

ERIKA GISSETH LEÓN RAMÍREZ

INTERVENÇÃO BREVE GRUPAL PARA REDUÇÃO DO PADRÃO DE USO DE
ÁLCOOL EM HOMENS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Versão corrigida da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde/Enfermagem Psiquiátrica

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2020

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: ___/___/___

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

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

León Ramírez, Erika Gisseth

Intervenção breve grupal para a redução do padrão de uso de álcool em homens: ensaio clínico randomizado / Erika Gisseth León Ramírez. São Paulo, 2020.

114 p.

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

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

Área de concentração: Cuidados em Saúde/Enfermagem Psiquiátrica

1. Álcool. 2. Ensaio Clínico. 3. Atenção primária à saúde. 4. Homens. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Erika Gisseth León Ramírez

Título: Intervenção breve grupal (IBG) para redução do padrão de uso de álcool em homens: ensaio clínico randomizado

Aprovado em: Data: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

Instituição: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Este trabalho está dedicado aos meus pais , meu irmão e à minha querida esposa que sempre estiveram do meu lado, nos momentos bons e em outros não tão bons, me dando força, me animando. Cada um do seu jeito, mas com o mesmo objetivo, me fazer crescer e o mais importante não desistir dos meus sonhos.... Amo vocês!!

AGRADECIMENTOS

Ao universo, e todas as forças superiores a mim nele contidas, que permitiram que eu chegasse até aqui em meio de dificuldades e momentos maravilhosos, que sem dúvida trouxeram grandes aprendizados.

Ao professor Divane de Vargas, pela orientação, por ter me acolhido, e depositado sua confiança em mim desde o primeiro momento, quando cheguei no Brasil sem falar português direito; pelos conhecimentos compartilhados além da academia, por ser meu porto seguro nos momentos mais difíceis, por esse seu sorriso e seu jeito de ser, pelo seu apoio e preocupação constante durante a elaboração desse trabalho. Minha eterna admiração e gratidão.

A Mily Moreno, minha companheira nesta caminhada, agradeço a você por estar junto, em cada crise, nas alegrias, nos momentos de dúvida. Você fez com que o caminho percorrido até a finalização desse trabalho fosse mais agradável e feliz.

Aos meus colegas, amigos e cúmplices, Janaina, Marina, Fernanda Matos, Simone, Carol Serna, Margarita, Inês, Maryke, Carlos, Perpétua, Priscila que fizeram o possível por estar junto, cada um de uma forma diferente, mas estatisticamente significativa. E porque cada um é um exemplo de inspiração, parceria, luta, e amor pelo próximo.

Aos meus colegas do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem em Adições (NEPEAA) pelo apoio durante a realização dessa pesquisa, especialmente a Janaina Soares, que inspirou a sua realização, a Caroline Figueira, pela amizade, sinceridade e pelas intermináveis discussões de madrugada, de forma geral por ter me acompanhado desde a minha chegada ao Brasil e a esta Escola. A minha amiga

Talita Dutra Ponce pela força e apoio constante, pelas pequenas e grandes conquistas que vivemos juntas e a Gabriella Boska pela parceria, pelas aventuras, as largas conversas e a leveza nos momentos de angústia.

Às Professoras Doutoras, Margareth Ângelo, Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni por compartilhar da sua vasta experiência em pesquisa, pela sua disponibilidade sempre e pelas valiosas contribuições realizadas para a realização deste trabalho.

Às bibliotecárias Juliana Takahashi e Fabiana Palácio, pela disposição e pelas orientações.

As secretarias do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, Fernanda e Ana Clélia e aos funcionários da secretaria da Pós graduação pelo carinho e por sempre me atenderem cordialmente e de maneira tão resolutiva.

Aos enfermeiros e agentes comunitários da UBS Sé, especialmente à psicóloga Luiza e a assistente social Wilza por serem tão solícitas e pelo interesse em melhorar a qualidade do cuidado prestado à população usuária de álcool e outras drogas.

Aos homens atendidos na UBS Sé que participaram desse estudo e que fizeram possível a finalização dessa tese, agradeço o aprendizado e por terem compartilhado suas histórias de vida comigo, com toda certeza, eu posso dizer que não fui a mesma pessoa após cada encontro com os grupos.

Finalmente e não menos importantes devo agradecer aos meus filhotes Arturo e Agatha, por me acalmarem e me tirarem da rotina cada vez que eu precisava.

León, EG. Intervenção breve grupal para redução do padrão de uso de álcool em homens: Ensaio clínico randomizado [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: Apesar dos esforços mundiais, para redução do uso problemático de álcool, observa-se que este uso na população masculina continua a ser um problema de saúde pública no mundo. No Brasil, a prevalência do uso nocivo de álcool em população maior de 15 anos é de 5,2 % para mulheres, enquanto entre os homens é de 20,7%. Nesse sentido, a aplicação da Intervenção Breve (IB) vem se configurando como uma estratégia efetiva na mudança do padrão de uso de risco e nocivo de álcool na população. Mais recentemente, em decorrência das limitações das IB individuais, no que se refere à otimização dos recursos humanos e à maior cobertura nos serviços de saúde, a Intervenção Breve Grupal (IBG) tem sido proposta como uma estratégia com potencial para enfrentar essas limitações. **Objetivo:** Avaliar a efetividade da IBG na redução do padrão de uso e no aumento da prontidão para mudança de comportamento em homens com uso de risco e nocivo de álcool atendidos na atenção primária à saúde. **Metodologia:** Ensaio clínico randomizado, com seguimento de 30 e 90 dias, conduzido em uma unidade de atenção primária à saúde, na região central de São Paulo (Brasil) de abril de 2018 a dezembro de 2019. Foram randomizados 112 homens, dos quais 55 foram alocados no grupo experimental e 57 no grupo controle. Os desfechos padrão de uso e prontidão para mudança foram avaliados em ambos os grupos, utilizando o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e a régua de prontidão para mudança (RPM). O grupo experimental recebeu uma sessão de intervenção breve grupal tendo como ingrediente ativo o modelo FRAMES, enquanto o grupo controle foi orientado a continuar com o atendimento padrão da unidade. Os dados foram analisados por intenção de tratar, utilizando o método GEE (Generalized Equations Estimating). **Resultados:** Os resultados são apresentados em três artigos. Artigo 1: Revisão sistemática que verificou a evidência disponível sobre a efetividade da intervenção breve grupal na redução do uso de álcool em população adulta. Os estudos indicaram que a IBG tem um efeito positivo na redução do padrão de uso de álcool, constatando-se também escassez de evidências sobre a questão. Artigo 2: Estudo piloto randomizado, cujos resultados apontaram que a condução da IBG no contexto da atenção primária foi considerada factível necessitando, de ajustes para estudos que busquem investigar sua efetividade. Artigo 3: Ensaio clínico randomizado que visou avaliar a efetividade da IBG. Observou-se diferença significativa ($p < 0,001$) entre os grupos experimental (GE) e controle (GC), em todos os tempos avaliados, quanto ao padrão de uso e à prontidão para mudança de comportamento com relação ao uso de álcool. **Conclusões:** Os resultados deste estudo sugerem que homens com uso de risco ou nocivo de álcool atendidos em serviços de APS podem se beneficiar da aplicação da IBG, a qual se apresentou como uma abordagem efetiva e com potencial na redução do uso de álcool e no aumento da prontidão para mudança de comportamento nesta população.

Palavras chave: Intervenção breve, Grupo, Álcool, Atenção primária à saúde, Enfermagem.

Leon, EG. Brief group intervention to reduce the alcohol use in men: Randomized clinical trial [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Despite worldwide efforts to reduce the problematic alcohol use, it is observed that this use in the male population continues to be a public health problem in the world. In Brazil, the prevalence of harmful alcohol use in a population over 15 years old is 5.2% for women, while among men it is 20.7%. In this sense, the application of Brief Intervention (BI) has been configured as an effective strategy in changing the risk and harmful alcohol use in the population. More recently, due to the limitations of individual IB, regarding the optimization of human resources and greater coverage in health services, the Brief Group Intervention (BGI) has been proposed as a strategy with the potential to face these limitations. **Objective:** To evaluate the effectiveness of the IBG in reducing the alcohol use and increasing the readiness for behavior change in men with risk and harmful alcohol use treated in primary health care. **Methodology:** Randomized clinical trial, with a follow-up of 30 and 90 days, conducted in a primary health care unit, in the central region of São Paulo (Brazil) from April 2018 to December 2019. Were randomized 112 men, of which 55 were allocated to the experimental group and 57 to the control group. The alcohol use and the readiness for change were assessed in both groups, using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the Readiness for Change (RTC) rule. The experimental group received a brief group intervention session with the FRAMES model as an active ingredient, while the control group was instructed to continue with the usual care of the unit. The data were analyzed by intention to treat, using the GEE method (Generalized Equations Estimating). **Results:** The results are presented in three articles. Article 1: Systematic review that verified the available evidence on the effectiveness of the brief group intervention in reducing alcohol use in an adult population. Studies have indicated that IBG has a positive effect in reducing the pattern of alcohol use, and there is also a lack of evidence on the issue. Article 2: A randomized pilot study, showed that the conduct of IBG in the context of primary care was considered feasible, requiring adjustments for studies that seek to investigate its effectiveness. Article 3: Randomized clinical trial aimed at assessing the effectiveness of IBG. There was a significant difference ($p < 0.001$) between the experimental (GE) and control (CG) groups, at all times evaluated, regarding the pattern of alcohol use and the readiness to change behavior related with the alcohol use. **Conclusions:** The results of this study suggest that men with risky or harmful alcohol use seen in PHC services may benefit from the application of IBG, which has been shown to be an effective approach with the potential to reduce alcohol use and increase readiness to change behavior in this population.

Keywords: Brief intervention, Group, Alcohol, Primary health care, Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Qualidade metodológica dos ensaios clínicos randomizados.....	45
Tabela 2. Qualidade metodológica de estudos quase experimentais.....	45
Tabela 3. Descrição da amostra conforme grupos de alocação.....	60
Tabela 4. Comparações intra e intergrupo - padrão de uso e prontidão para mudança.....	61
Tabela 5. Características sociodemográficas GE e GC.....	76
Tabela 6. Comparações intra e intergrupo - padrão de uso e prontidão para mudança ensaio clínico.....	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Régua de prontidão para mudança.....	27
Figura 2. Fluxograma da intervenção breve grupal.....	30
Figura 3. Fluxo da informação- revisão sistemática (PRISMA).....	43
Figura 4. Fluxograma de recrutamento Estudo piloto.....	59
Figura 5. Fluxograma de recrutamento Ensaio clínico.....	74

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção primária à saúde
AUDIT	Alcohol use disorders test.
ECR	Ensaio clínico randomizado
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FRAMES	Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Self-efficacy
GC	Grupo controle
GE	Grupo experimental
IB	Intervenção Breve
IBG	Intervenção Breve Grupal
IBI	Intervenção Breve Individual
LGBT	Lesbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
NEPEAA	Núcleo de estudos e pesquisas em Enfermagem em adições
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
RPM	Régua de prontidão para mudança
SBIRT	Screening, Brief intervention, e Referral to treatment
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
UBS	Unidade básica de saúde
WHO	World Health Organization

SUMARIO

APRESENTAÇÃO	14
CAPÍTULO I	
1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Intervenção breve (IB)	18
CAPÍTULO II	
2. OBJETIVOS	24
3. MÉTODOS	25
3.1 Tipo de estudo....	25
3.2 Local do estudo.....	25
3.3 Amostra.....	25
3.3.1 Cálculo amostral.....	25
3.4 Desfechos do estudo	26
3.5 Variáveis de estudo	26
3.6 Instrumento para coleta de dados	27
3.7 Procedimentos do estudo	27
3.7.1 Etapa 1	27
3.7.2 Etapa 2 - Treinamento.....	27
3.7.3 Etapa 3 - Estudo Piloto.....	28
3.7.4 Etapa 4 - Rastreo.....	28
3.7.5 Etapa 5 – Randomização.....	28
3.7.6 Etapa 6 – Grupo experimental e Grupo Controle.....	29
3.7.7 Etapa 7 – Seguimento.....	29
3.7.8 Fluxograma da intervenção.....	30
3.8 Análise dos dados.....	31
4. ASPECTOS ÉTICOS.....	31

CAPÍTULO III

5. MANUAL DA INTERVENÇÃO BREVE GRUPAL	33
5.1 Informação geral.....	33
5.2 Dose e forma de entrega da IBG.....	33

CAPÍTULO IV

6. RESULTADOS.....	37
6.1 Artigo 1	37
6.2 Artigo 2	53
6.3 Artigo 3	66

CAPÍTULO V

7. CONCLUSÕES	90
8. IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA.....	90

REFERÊNCIAS	92
-------------------	----

APÊNDICES	99
-----------------	----

Apêndice A - Questionário sociodemográfico.....	100
---	-----

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	102
--	-----

Apêndice C – Formulário de agendamento	104
--	-----

Apêndice D – SBIRT Checklist	105
------------------------------------	-----

ANEXOS	106
--------------	-----

Anexo 1 - AUDIT	107
-----------------------	-----

Anexo 2- Aprovação comitê de ética em pesquisa EEUSP.....	108
---	-----

Anexo 3- Aprovação comitê de ética Secretaria Municipal da Saúde SP.....	110
--	-----

Anexo 4 – Folheto educativo PAI PAD.....	112
--	-----

Anexo 5 – Balança decisória	114
-----------------------------------	-----

APRESENTAÇÃO

Esta tese está estruturada em cinco capítulos, contendo uma coletânea de artigos apresentados na seção de resultados.

O primeiro capítulo inclui a introdução ao problema de pesquisa, o capítulo seguinte contém os objetivos e o percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento do estudo de forma geral e alguns detalhes do método utilizado em cada artigo que será apresentado posteriormente.

O terceiro capítulo apresenta o manual da intervenção breve grupal, com o processo de aplicação detalhado, voltado para profissionais da saúde na atenção primária à saúde.

O quarto capítulo dá início à apresentação dos resultados, com a descrição do artigo 1, com a revisão sistemática de literatura sobre a efetividade da intervenção breve grupal na redução do padrão de uso de álcool em população adulta. Seguido do artigo 2, apresentando dados do estudo piloto, sobre a efetividade da intervenção breve grupal na redução do uso de álcool em homens na atenção primária à saúde. E finalizando com o artigo 3, sobre a efetividade da intervenção breve grupal na redução do padrão de uso de álcool e na prontidão para mudança em homens que foram atendidos em uma unidade de atenção primária à saúde na cidade de São Paulo.

O quinto e último capítulo apresenta as conclusões, as implicações desta pesquisa para prática, as referências, os apêndices e os anexos.

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

Os usuários de álcool representam mais da metade da população mundial (57%) (World Health Organization, 2018). Historicamente, o álcool tem sido considerado como uma substância que permeia diversas esferas sociais, incorporando-se às diversas culturas que existem no mundo, por meio de rituais, festas, comemorações, tornando-o uma das substâncias psicoativas mais consumida no mundo (Nelson, 2016).

Estima-se que 28,7% das mortes no mundo estão relacionadas direta ou indiretamente com o uso nocivo de álcool, com diferenças relevantes entre homens e mulheres, sendo 237 milhões e 46 milhões, respectivamente (World Health Organization, 2018). Nos Estados Unidos, cerca de 13,7% da população apresenta algum transtorno relacionado ao uso nocivo de álcool. Desses, 7,7% já procuraram ajuda ou tratamento, sendo que grande parte dessa porcentagem é representada por homens (Nolen-Hoeksema, 2004).

A região das Américas e a região europeia são definidas, pela Organização Mundial da Saúde, como as áreas de maior prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool entre homens e mulheres no mundo, sendo: região europeia, 14,8% e 3,5%, e região das Américas, 11,5% e 5,1%, respectivamente (World Health Organization, 2018). Entre 2013 e 2015, o uso nocivo de álcool nas Américas aumentou de 4,6% a 13%, nas mulheres, e de 17,9% a 29,4%, nos homens. No Chile, as mulheres apresentam porcentagens de uso nocivo muito baixas (0,1%), enquanto a população masculina apresenta frequência desse uso de 13,5%. No Brasil, também tem se apontado diferenças do uso nocivo de álcool entre gêneros, com aumento de 38% a 47%, em homens, e de 17% a 27 %, em mulheres, entre 2006 e 2012 (INPAD, 2013). Além disso, estudo salienta que, nos últimos 10 anos houve aumento de 3,4 % em relação ao uso nocivo da bebida alcoólica na população geral do país (Ministério da Saúde do Brasil, 2017). Tais dados indicam a necessidade de oferecer maior cuidado à população que faz uso nocivo do álcool e prestar atenção às particularidades de gênero, pois observa-se, de forma geral, que apesar da quantidade de mulheres que fazem uso nocivo de álcool, ainda há porcentagem maior de homens exposta às consequências desse uso.

O uso problemático de álcool na população masculina e as alterações decorrentes desse uso têm sido evidenciados no cenário mundial. Estudo realizado em Oregon (Capaldi et al., 2015) apontou que a maioria dos homens entrevistados fazia uso de altas quantidades de bebida alcoólica e que, especificamente aqueles na faixa etária de 35 a 36 anos (13,3 %), evidenciaram em algum momento problemas crônicos relacionados a esse uso. Na Europa, o uso de álcool entre homens encontra-se relacionado fortemente à masculinidade como conceito social, a qual

desempenha papel fundamental nos padrões de uso de álcool em homens, pois esse padrão está influenciado pelo estereótipo do papel masculino na sociedade, fazendo com que o uso de álcool se torne um instrumento de medida para outros domínios da identidade do homem; ou seja, quem mais bebe, é considerado mais homem entre seus pares (De Visser & Smith 2007).

Estudo realizado na Suíça (Studer et al., 2014) apontou que 49,9% dos homens apresentavam pelo menos uma situação de risco relacionada à bebida ou faziam uso nocivo dessa substância, além de pontuar que a pressão realizada por outros homens e a busca de métodos de afrontamento a situações de estresse tornam-se os motivos mais persistentes associados ao uso abusivo da bebida (Studer et al., 2014). Dentre outros fatores associados a esse padrão de uso, encontrou-se uma tendência da população masculina a desenvolver comportamentos impulsivos que colocam em risco sua saúde.

Em outros continentes, não é diferente: na África do Sul, o consumo abusivo de álcool entre homens é o maior problema psicossocial que o país enfrenta (Gossage et al., 2014), pois esse consumo é considerado como um ícone da perpetuação da hegemonia masculina no decorrer da história, sempre atrelado à socialização entre pares do mesmo sexo (Lesch, 2017). No que diz respeito à América Latina, a masculinidade também aparece como um constructo ligado ao consumo abusivo do álcool. A Organização Pan-Americana da Saúde (Organización Panamericana de la Salud, 2016) indica que o número de homens que fazem uso nocivo dessa substância tem aumentado nos últimos anos, passando de 18% para 30 %, entre 2010 e 2015. Além disso, 6% da população desta região já apresentaram algum transtorno relacionado com o seu uso.

No Brasil, a prevalência do uso nocivo é de 20,7%, para homens em relação à população geral, desses, 28,8 % desenvolveram doenças graves como cirrose hepática. Cerca de 12% dessa população precisam de atendimento eventual de saúde mental, tornando-se necessário pensar em “problemas associados ao uso nocivo de álcool” além de apenas se pensar na “dependência”, devido às tendências de consumo encontradas, que podem levar a sérios danos à saúde e a outras esferas do contexto dos indivíduos (World Health Organization, 2014).

Aliado a isso, sabe-se das dificuldades presentes, no território brasileiro, com relação à baixa procura dos serviços de atenção primária à saúde, porque evidencia-se que os homens possuem dificuldade ainda maior, pois possuem taxa de concentração de consultas/ano 71 vezes menor (0,06) do que as mulheres (4,3) (Ministério de saúde do Brasil, 2012). Uma provável explicação para essa diferença é relatada em um estudo realizado com profissionais em diversas unidades de atenção primária à saúde, o qual aponta que historicamente esses serviços têm sido desenhados para priorizar os cuidados à mulher e à criança, o que pode ter influenciado a baixa

participação dos homens nesses espaços de cuidado, fragilizando ainda mais a criação do vínculo com os profissionais do serviço (Gomes et al., 2011).

A partir da política nacional de atenção integral à saúde do homem (Ministério da saúde do Brasil, 2008), pretendeu-se garantir o acesso dessa população aos serviços de saúde; entretanto, esta acessibilidade mostra-se prejudicada, já que essa população apresenta procura bastante reduzida dos serviços de atenção primária à saúde (Brito et al., 2010). Esse fenômeno pode se associar aos diferentes modelos de masculinidade, que não reconhecem o autocuidado como prática, o que acaba revertendo no afastamento do usuário (Gomes et al., 2011; Peres et al., 2015). Existem também dificuldades derivadas do sistema de saúde, como falta de recursos físicos e de infraestrutura das unidades, pobre mobilização da população, estigma e resistência dos profissionais, pouca participação e envolvimento dos gestores e horários de funcionamento que competem com o horário de trabalho o que acaba contribuindo à baixa adesão e à baixa procura da população masculina.

No que diz respeito às intervenções para redução do uso nocivo de álcool na atenção básica, não é diferente, pois trata-se de uma condição presente na população masculina, que deve ser atendida neste cenário de cuidado. Entretanto, apesar dos esforços mundiais em promover estratégias para redução desse uso na população, observa-se que o uso problemático de álcool continua a ser um problema de saúde pública, especificamente na América Latina, por ser uma das regiões que mais apresenta uso nocivo da substância, atingindo majoritariamente a população masculina (Organização Pan-Americana da Saúde, 2015).

Diversas estratégias têm sido utilizadas para atender as necessidades das pessoas que fazem uso nocivo de álcool no âmbito da atenção primária à saúde; no entanto, ainda apresentam limitações importantes (Costa et al., 2013b). Dentre as estratégias mais utilizadas no mundo, para redução do uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde, encontra-se a intervenção breve (IB) (Babor et al., 2007). A IB tem sido definida, pela *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), como uma abordagem de saúde pública globalizada cujo foco é identificar precocemente as pessoas que fazem uso de risco e nocivo de álcool, prevenir e encaminhar oportunamente aquelas que desenvolveram algum transtorno relacionado com o uso nocivo dessa substância (Babor et al., 2007; Strobbe, 2014).

1.1 Intervenção breve (IB)

A intervenção breve trata-se de uma técnica utilizada inicialmente para tratamento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool, cujos objetivos são aumentar a motivação e auxiliar a pessoa a desenvolver habilidades para promover mudanças no

comportamento de beber, seja reduzindo o uso ou diminuindo os danos decorrentes do mesmo (Babor et al., 2007). A Organização Mundial da Saúde sugere a aplicação da técnica da intervenção breve, utilizando uma única sessão, mostrando indicadores de efetividade com duração aproximada de 30 minutos (Bien et al., 1993; Minto et al., 2007). Com relação aos indicadores de efetividade, múltiplas revisões sistemáticas (Ballesteros et al., 2004; Babor et al., 2007; Pereira et al., 2013; Clossick, 2014; Elzerbi et al., 2015; Kaner et al., 2018) têm sustentado vasta evidência acerca do impacto da intervenção breve na redução do padrão de uso de álcool em diversas populações, dentre elas a população masculina.

O efeito da intervenção breve depende diretamente dos seus componentes e ingredientes ativos, pois são eles os responsáveis por sua efetividade na motivação dos usuários para mudança de comportamento em relação ao uso do álcool. Apesar de existirem diferentes modelos, de forma geral, utiliza-se o modelo FRAMES, para aplicação da intervenção breve. Em 1993, o acrônimo FRAMES foi apresentado por Miller e Sanchez como uma forma de sintetizar o conjunto de elementos críticos encarregados de promover mudanças nas pessoas, o acrônimo foi traduzido para o português como “ADERIR”, após uma conferência realizada pelo Doutor Miller no Brasil (Miller, 2001); no entanto, a sigla utilizada continua sendo FRAMES. O significado do acrônimo contém os seguintes termos por extenso:

Feedback (F) ou Devolução, trata-se de esclarecer ao usuário sua situação atual em relação ao álcool e as consequências negativas decorrentes do seu uso. Isso pode ser realizado discutindo com o usuário o resultado de testes objetivos, como o AUDIT, o CAGE ou o ASSIST (Miller, 2001).

Responsabilidade (R), deve-se trabalhar para responsabilizar o usuário sobre seu cuidado, ou seja, ele deve compreender que é o único que pode aceitar e participar das ações de saúde a serem tomadas.

Aconselhamento (A), trata-se de estabelecer uma relação na qual o profissional de saúde possa ajudar e orientar o indivíduo na compreensão das dificuldades que ele está enfrentando naquele momento.

Menu de opções (M), – o usuário deve escolher a melhor opção que se adeque a suas necessidades, a partir de uma gama de possibilidades construída conjuntamente com o terapeuta.

Empatia (E), é um aspecto importante na comunicação e nas interações humanas (Melchers et al., 2016), que influencia determinantemente a prontidão para mudança de comportamentos.

Self-efficacy (*S*) ou Autoeficácia, seu objetivo é conseguir que o usuário acredite em que ele mesmo tem a capacidade de mudar (Miller, 2001).

Em relação a sua efetividade, pesquisas têm sido realizadas em diversos contextos, populações e regiões no mundo todo. Os primeiros estudos sobre a efetividade da intervenção breve (Chafetz, 1962) foram realizados com pacientes diagnosticados com alcoolismo em unidades hospitalares, cujos resultados apontaram a intervenção breve como um facilitador, para encaminhar os pacientes a serviços especializados, e como um fator relacionado a maiores taxas de adesão ao tratamento quando comparada com outros tipos de abordagem de cunho confrontador (Chafetz et al., 1962).

Apesar de ser muito aplicada na década de 1970, a intervenção breve passou a ser reconhecida e detalhadamente descrita somente em 1989 (Sanchez, 1989), com uma publicação ampliada sobre seus componentes e formas de aplicação. Posteriormente, conforme revisão sistemática de literatura (Bien et al., 1993), que avaliou 32 ensaios clínicos com aproximadamente 6.000 participantes, a intervenção breve mostrou-se como uma estratégia consolidada, útil e efetiva na atenção a indivíduos que fazem uso nocivo de álcool, ressaltando sua influência direta no seu comportamento ainda no âmbito hospitalar, incluindo serviços de emergência e diversos ambulatórios (Bien et al., 1993).

Os resultados publicados até esse momento servem como alavanca para que a OMS promova um dos maiores ensaios clínicos em nível mundial, aplicado em dez países e em duas fases: a validação de testes de identificação precoce do uso problemático de álcool; e a avaliação da efetividade da intervenção breve no âmbito da atenção primária à saúde (Saunders et al., 1993a, 1993b; McCambridge, 2014). Os resultados da aplicação da intervenção breve em indivíduos que faziam uso de risco e nocivo de álcool foram positivos, indicando maior efetividade na população masculina. Tais achados têm promovido a realização de múltiplos estudos sobre a aplicação da intervenção breve.

Estudo realizado nos Estados Unidos, no qual participaram 459.599 indivíduos, dos quais 22,7% indicaram uso nocivo de álcool, apontou que a utilização combinada dos instrumentos de identificação precoce e da intervenção breve foi efetiva, indicando diminuição de 38,7% do uso de álcool em até 6 meses após a intervenção (Madras et al., 2009). Outro estudo, realizado nos Emiratos Árabes, corroborou a efetividade da IB quando aplicada a 21 indivíduos com uso de risco e nocivo de álcool, indicando que aqueles participantes que tiveram melhores resultados eram do sexo masculino (Matheson et al., 2017). A aplicação da IB em homens com uso de risco e nocivo de álcool tem sido documentada como uma prática altamente efetiva no contexto da atenção primária à saúde em âmbito internacional (Babor, 2000; Lock et

al., 2006). Conforme revisão realizada por Pereira (2013), na maioria de estudos que incluíram a intervenção breve, os homens representavam grande porcentagem que se beneficiou desta no contexto da atenção primária à saúde (Pereira et al., 2013).

No que diz respeito ao território brasileiro, existem estudos (Ronzani et al., 2005, 2007; Humeniuk et al., 2012; Soares, 2019) que têm visado avaliar a efetividade do uso da IB na atenção primária à saúde, os quais apontam que a aplicação da intervenção breve é promissória na redução do uso de álcool em indivíduos que fazem uso de risco e nocivo dessa substância, especialmente na população masculina. No entanto, os autores apontam algumas dificuldades na implantação dessa estratégia, que não são alheias àquelas encontradas no contexto latino-americano (Ronzani et al., 2005, 2007; Costa et al., 2013). Dentre as dificuldades citadas, as limitações de infraestrutura e recurso humano são as mais destacadas, seguidas de aspectos ligados ao próprio sistema de saúde, à falta de engajamento e à descrença dos profissionais de saúde neste tipo de abordagens (Ronzani et al., 2005).

Contudo, diversos autores (Flórez, 2009; Soares 2016; Bernstein et al., 2017) têm se preocupado com a elaboração de propostas alternativas que auxiliem no processo de implementação da intervenção breve, apontando a utilização de estratégias grupais com o intuito de usufruir as vantagens dessa modalidade na redução do padrão de uso de álcool nesta população. A aplicação da intervenção breve em formato de grupo pode ser uma estratégia potencial na mudança do padrão de uso de risco e nocivo no âmbito da atenção primária à saúde e no âmbito comunitário, além de ter se mostrado útil no aumento da prontidão para mudança de comportamento. Tais fatos são sustentados por um estudo piloto realizado nos Estados Unidos (Van Horn, 2001), que utilizou a intervenção breve em formato grupal, por meio da técnica da entrevista motivacional, aplicada a 304 pacientes de um hospital psiquiátrico, os quais possuíam algum transtorno relacionado ao uso de álcool. Os encontros foram realizados com grupos de no máximo cinco pessoas, com duração de 45 minutos. O estudo não apresenta dados quantitativos robustos; no entanto, pode-se evidenciar que a intervenção grupal foi capaz de gerar alteração nos estágios de prontidão para mudança nesta parcela de usuários.

Na América Latina, estudo colombiano de Flórez (2009) avaliou as diferenças entre formatos da intervenção breve, dentre os quais o formato grupal. As intervenções foram aplicadas a 180 estudantes universitários que apresentavam uso de risco e nocivo de álcool. Os resultados indicaram que a intervenção grupal teve maior impacto, diminuindo a frequência e a intensidade do uso quando comparada com a intervenção individual. Esses resultados se mantiveram inclusive durante o seguimento de avaliação (Flórez, 2009). Mais recentemente, no Brasil, estudo realizado no contexto da atenção primária à saúde (Soares, 2019), com 180

indivíduos que faziam uso de risco e nocivo de álcool, mostrou que a aplicação da intervenção breve em formato de grupo foi efetiva, indicando redução estatisticamente significativa de cerca de 10 pontos no escore do AUDIT após a intervenção, mantendo os usuários em padrão de baixo risco durante o seguimento. Com relação à efetividade da intervenção, nos estágios de prontidão para mudança do padrão do uso do álcool, o estudo apresentou aumento dos escores de motivação após a IBG (antes $IBG=6,55\pm 3,41$ – preparação; após $IBG=8,00\pm 2,88$ – ação) e manutenção desses escores durante o seguimento ($7,92\pm 3,06$ -ação), evidenciando assim que a intervenção breve grupal, no contexto da APS, é uma tecnologia de cuidado efetiva para redução do consumo de álcool em indivíduos com padrão de uso de risco e nocivo, bem como influencia positivamente nos estágios de prontidão para mudança do hábito de beber nesses usuários.

Diante dos dados que a literatura apresenta, pode-se afirmar que a intervenção breve grupal pode ser considerada como uma alternativa às abordagens individuais, algumas vezes pouco exequíveis pelas características particulares dos sistemas de saúde na América Latina – dentre eles o brasileiro. Evidencia-se também que há escassez de estudos sobre a aplicação desta técnica em formato grupal e aqueles existentes representam algumas das limitações a serem superadas, dentre as quais a definição do número de sessões que garantam a efetividade e a adesão das pessoas que participam da intervenção. Isto foi abordado no estudo de Soares (2016), cuja caracterização da população masculina desistente resgatou a importância de diminuir o número de sessões, com o intuito de controlar o número de desistências entre uma sessão e outra.

Além disso, destaca-se a importância da oferta, uma vez que a maioria da população não tem disponibilidade em horário laboral (Soares, 2019), sendo necessário analisar horários alternativos junto à gestão para garantir o direito dessa população ao acesso aos serviços de saúde oferecidos no âmbito da atenção primária à saúde – no qual encontra-se inserida a prevenção do uso abusivo de álcool.

Portanto, é um desafio realizar um estudo que permita resgatar a importância e demonstrar a efetividade da intervenção breve grupal na redução do padrão de uso em homens, no âmbito da atenção primária à saúde, utilizando o modelo FRAMES, com vistas a superar as limitações apontadas em estudos anteriores e garantir sua aplicação com confiabilidade e segurança no território brasileiro.

CAPÍTULO II

2. OBJETIVOS

- * Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a utilização e a efetividade da intervenção breve grupal na redução do padrão de uso de álcool em população adulta (Artigo 1).

- * Verificar a factibilidade da utilização da intervenção breve grupal na redução do padrão de uso de álcool e no aumento da prontidão para mudança em homens com uso de risco e nocivo de álcool atendidos em uma unidade de atenção primária à saúde (Artigo 2).

- * Avaliar a efetividade da intervenção breve grupal na mudança do padrão de uso e da prontidão para mudança em homens com uso de risco e nocivo de álcool quando comparada ao cuidado usual recebido em uma unidade de atenção primária à saúde (Artigo 3).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um ensaio clínico de intervenção complexa, com distribuição randômica e seguimento de 30 e 90 dias. O ensaio clínico é considerado o padrão ouro em relação a estudos que avaliam a eficácia de uma intervenção, devido ao rigor e à exigência dos seus procedimentos. Caracteriza-se por envolver pelo menos um tratamento experimental e um grupo controle e por utilizar, de preferência, um processo de aleatorização dos indivíduos do estudo (Parfrey, 2015). Esse tipo de estudo visa reduzir a probabilidade de viés nos resultados, favorecendo sua reprodutibilidade (Schulz, 2002).

3.2 Local do estudo

Os dados foram coletados no período de abril de 2018 a dezembro de 2019 nas instalações da unidade de atenção primária à saúde Sé, localizada no centro da cidade de São Paulo, região que, segundo a Prefeitura Municipal de São Paulo, atende aproximadamente 416.851 pessoas, distribuídas em 8 UBS – dentre essas Sé. Os usuários que frequentam esta UBS se caracterizam por serem: adultos jovens (20 a 39 anos = 34,3%), seguidos de idosos (14,5%) e 54,9% mulheres. As doenças com maior prevalência são hipertensão (12,8%) e diabetes (4,4%), evidenciando dependência alcoólica em 0,2% (Datusus 2015). Apesar das particularidades presentes na região central da cidade de São Paulo, tais dados são condizentes com as características populacionais de outras unidades de atenção primária à saúde da cidade de São Paulo.

3.3 Amostra

O estudo foi configurado para homens usuários de álcool, que frequentavam a unidade de atenção primária à saúde e que preenchiam os seguintes **critérios de inclusão**: ser maior de 18 anos, saber ler e escrever e obter pontuação no AUDIT entre 8 e 19; ou seja, aqueles indivíduos classificados como usuários de risco ou nocivo de álcool. **Critérios de exclusão**: estar em tratamento ou frequentar algum grupo relacionado com o uso de álcool, ser portador de incapacidade cognitiva, que impeça a compreensão dos termos da pesquisa, estar intoxicado ou sob efeito de alguma substância psicoativa e aqueles que, por algum motivo de saúde, forem internados após inclusão no estudo.

3.3.1 Cálculo amostral

Foi realizado um estudo piloto, com 70 indivíduos randomizados aleatoriamente, no grupo experimental (36) e no grupo controle (34). O objetivo do estudo piloto foi verificar a factibilidade da intervenção grupal no contexto descrito e fornecer subsídios para o cálculo amostral no desenvolvimento de um estudo posterior.

Para o ensaio clínico, o dimensionamento amostral foi calculado com base no tamanho do efeito identificado no estudo piloto ($d^2=0,018$), utilizando o *Generalized liner mixed model* com poder de 0,80.

3.4 Desfechos do estudo

- * Mudança do padrão de uso – refere-se à redução da quantidade ou da frequência do uso de álcool em participantes classificados com uso de risco ou nocivo. O padrão de uso foi classificado conforme o instrumento AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) em quatro categorias: uso de baixo risco, uso de risco, uso nocivo e provável dependência.
- * Avanço nos estágios de prontidão para mudança – é avaliado mediante a RPM (régua de prontidão para mudança), com o intuito de identificar qual abordagem é mais adequada conforme o desejo de mudança.

3.5 Variáveis do estudo

- * Variáveis dependentes: padrão de uso (frequência e quantidade) e estágio de prontidão para mudança.
- * Variáveis independentes: intervenção breve grupal (grupo experimental), cuidado usual (grupo controle) e variáveis sociodemográficas.

3.6 Instrumentos para coleta de informações no estudo

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados:

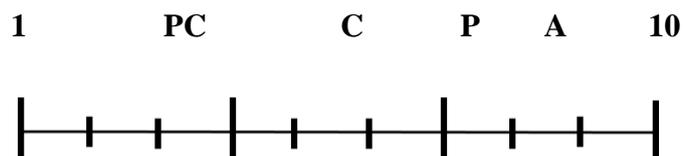
O AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Anexo 1), elaborado nos Estados Unidos e divulgado em outras línguas (World Health Organization, 2001), é uma ferramenta com evidência robusta de validade e confiabilidade em diversos países, as quais possuem demonstrada sensibilidade (100 %) e especificidade (76%) para identificar uso de risco e nocivo de álcool na população masculina (Méndez, 1999). Foi validado no Brasil em diversos tipos de população por diversos estudos (Lima et al., 2005; Moretti-Pires, 2011; Santos et al., 2012), sendo que só um avaliou índices de sensibilidade (76,4%) e especificidade (75%). É composto por 10 itens, distribuídos em dois fatores – o primeiro, encarregado de medir o

consumo em termos de quantidade e frequência (padrão de uso), e o segundo, que avalia problemas relacionados com o uso de álcool (Lima et al., 2005; Santos et al., 2012).

A pontuação total do AUDIT oferece a classificação do padrão de uso por zonas, o que permite realizar a identificação precoce de possíveis problemas relacionados com o uso de álcool. A Zona I (até 7 pontos) é do uso de baixo risco ou abstinência; a Zona II (8 a 15 pontos) indica uso de risco; a Zona III (16 a 19 pontos) é do uso nocivo ou prejudicial; e a Zona IV (acima de 20 pontos) sugere uma provável dependência (Babor, 2000).

Para avaliação da prontidão para mudança, foi utilizada a régua de prontidão para mudança (RPM), uma escala de 0 a 10 elaborada por Rollnick (2008), cujo objetivo é avaliar a prontidão de mudança de um indivíduo frente a um comportamento específico. Posteriormente, a régua foi adaptada por Sobell (2013), o qual acrescentou pontos de corte mais específicos para facilitar a identificação do estado de prontidão: Pré-Contemplanção 1-3 (PC); Contemplanção 4-5 (C); Preparação 6-7 (P); Ação 8-9 (A); e Manutenção 10 (M) (Figura 1) (Sobell, 2013). Ao utilizar a régua de prontidão para mudança, deve-se perguntar ao indivíduo quão pronto ele se sente para mudar x comportamento, em uma escala de 10 pontos, onde 1 é definitivamente não está pronto e 10 definitivamente encontra-se pronto para mudar. Além de identificar o estágio de motivação de forma individual, a régua permite trabalhar em grupo aspectos diretamente relacionados com a motivação, o compartilhamento de desejos e as experiências de mudanças e interações que potencializam as intervenções realizadas.

Figura 1. Régua de prontidão para mudança (Sobell, 2013).



Foi aplicado, conjuntamente, um questionário (Apêndice A) de dados sociodemográficos – como sexo, idade, estado civil, raça, escolaridade e ocupação. Dados clínicos – como patologias prévias e atuais, além de tratamento farmacológico. Finalmente, dados comportamentais contendo informações sobre uso de substâncias psicoativas e realização de atividade física.

3.7 Procedimentos do estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida em sete etapas, conforme detalhadas a seguir.

3.7.1 Etapa 1

Imersão direta no campo de trabalho de agosto a dezembro de 2017, período no qual foram realizadas apresentações da pesquisa para as oito equipes da estratégia saúde da família (ESF), para cada grupo de categoria profissional (médicos e enfermeiras) e foram realizadas jornadas de sensibilização para toda a equipe da unidade de atenção primária à saúde.

3.7.2 Etapa 2 - Treinamento

Conforme é citado na literatura, o treinamento da equipe de pesquisa torna-se fundamental para evitar vieses de *performance* e atrito relacionados com a forma como os usuários são captados para pesquisa (Sidani, 2013).

Nesta etapa, foi realizado o treinamento dos colaboradores do processo de rastreamento, o qual aconteceu em dois dias, com duração de 4 horas em cada encontro. Os temas abordados no treinamento foram:

- * Abordagem dos usuários
- * Leitura do manual do colaborador, elaborado previamente pela pesquisadora
- * Preenchimento dos instrumentos
- * Dúvidas mais frequentes em relação aos instrumentos
- * Descrição dos pontos de coleta de dados: espaços coletivos da unidade
- * Processo de randomização (ver detalhamento na etapa 4)

3.7.3 Etapa 3 - Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado com 70 indivíduos escolhidos aleatoriamente e alocados nos grupos por processo de randomização.

3.7.4 Etapa 4 - Rastreio

Início do rastreio dos usuários no local da pesquisa. Este procedimento foi aplicado tanto no estudo piloto quanto no ensaio clínico. Cada usuário foi abordado dentro da unidade de APS, nos espaços coletivos, e indagado sobre o uso de álcool. Se a pessoa fazia uso de álcool, o colaborador procedia a aplicação dos instrumentos de rastreio (Audit) e o questionário de dados sociodemográficos. Caso o participante preenchesse os critérios de elegibilidade, ele podia ser incluído na pesquisa e convidado a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

3.7.5 Etapa 5 - Randomização

Previamente ao início do rastreamento, um dos colaboradores não envolvido no processo realizou dois sorteios no *site* randomization.com; o primeiro deles, com números de 1 a 70, para o estudo piloto e, o segundo, com números de 1 a 112, para o ensaio clínico. Uma vez gerada a lista com a alocação nos grupos, o colaborador colocou cada papel em um envelope opaco e devidamente lacrado, para serem entregues ao pesquisador principal, com o intuito de ocultar a alocação dos participantes, evitando assim o viés de seleção.

3.7.6 Etapa 6 - Aplicação da intervenção breve grupal (GE) ou Cuidado Usual (GC)

Grupo experimental (GE)

Conforme alocação do usuário, foi realizado um convite para participar do grupo de intervenção (GE) em data e horário previamente estabelecidos, os quais possuíam múltiplas opções por dia, levando-se em consideração a disponibilidade dos usuários. Durante a intervenção, foi aplicada a técnica de intervenção breve grupal no modelo FRAMES, desenvolvida em uma única sessão (ver manual da intervenção).

Grupo Controle (GC)

Os participantes alocados no grupo controle foram orientados a continuarem com o atendimento padrão da unidade. Durante esse atendimento, que correspondia à consulta médica ou de enfermagem, era realizada uma pergunta do tipo dicotômica para os usuários sobre o uso da bebida alcoólica.

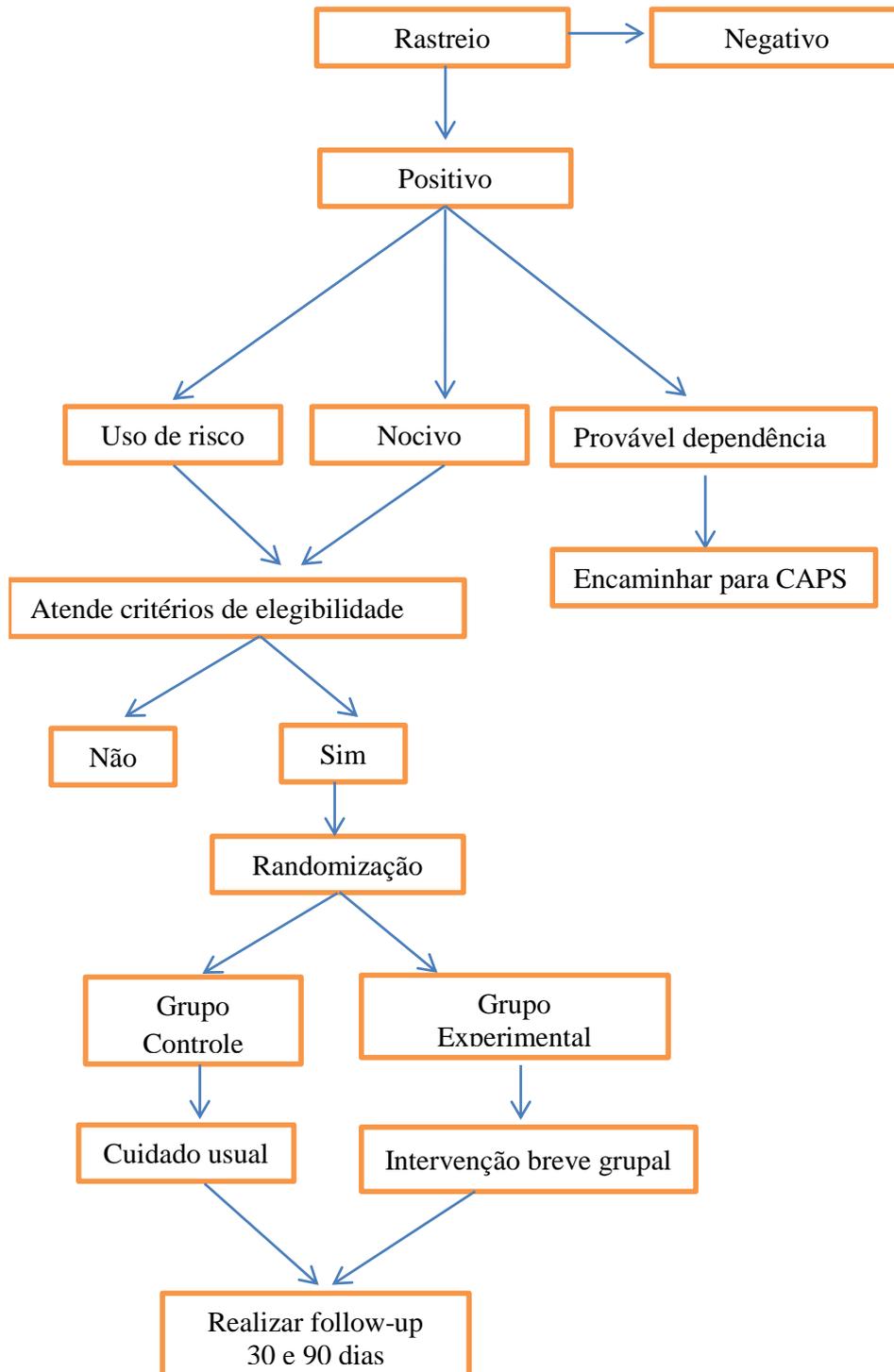
3.7.7 Etapa 7 - Seguimento

Foram realizadas duas avaliações posteriores à intervenção, em ambos os grupos (GE e GC), 30 e 90 dias, via telefone (Pinto, 2017). As ligações foram realizadas por um colaborador externo à pesquisa, diferente daquele que realizou o rastreamento e sem conhecimento do grupo de alocação do participante, garantido assim o cegamento desse processo.

Durante as ligações, o avaliador aplicou o instrumento AUDIT e a RPM. Foram realizadas cinco tentativas de localizar o usuário telefonicamente; caso não fosse possível, entrou-se em contato com o pessoal da unidade de atenção primária, para se tentar localizar o usuário pessoalmente. Se, após essas tentativas de localização, não fosse possível entrar em contato com esse usuário, deveria se criar um registro, notificando tal incidente, sem retirar o participante do estudo.

3.7.8 Fluxograma da intervenção

Figura 2. Fluxograma da intervenção breve grupal



3.8 Análise dos dados

Os dados foram digitados e armazenados no programa Excel, utilizando o método de dupla entrada, para minimizar erros de digitação e posteriormente importados para análise no *software* R (versão 3.6.2). A fim de testar a homogeneidade dos grupos com relação às variáveis de caracterização iniciais, foi utilizado o teste Exato de Fisher, de variáveis categóricas, e o teste de Mann-Whitney, em casos de variáveis numéricas, tanto no estudo piloto quanto no ensaio clínico. Para avaliação da efetividade da IBG, utilizou-se a análise intragrupo e intergrupo, com método GEE (Generalized Equations Estimating), para ambos os estudos. A análise intragrupo consiste em comparar os tempos em cada um dos grupos, enquanto a análise intergrupo consiste em analisar a homogeneidade dos grupos em cada tempo.

Além disso, foi apresentado o Tamanho de Efeito (d de Cohen), que representa a diferença em desvios padrões entre as médias de dois grupos. Segundo Cohen (1988), d entre 0,20 e 0,50 representa tamanho de efeito pequeno; d entre 0,50 e 0,80 representa tamanho de efeito médio e d superior a 0,80 representa tamanho de efeito grande. A evidência de hipóteses, foi avaliada com o Fator de Bayes (K). Assim, um valor de K entre 1 e 3,2 representa força de evidência fraca; K entre 3,2 e 10 representa força de evidência substancial; K entre 10 e 100 representa força de evidência forte e K superior a 100 representa força de evidência decisiva.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos deste estudo, em todas as suas etapas, foram garantidos pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob parecer 2.490.658, de 2018 (Anexo 2), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sob parecer 2.565.764 (Anexo 3). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em conformidade com a Resolução 466, de 2012, a qual sustenta a pesquisa em seres humanos, segundo determinação do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil. O estudo também consta no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos, conforme RBR-6ZK87M/UTN U1111-1205-8313.

CAPÍTULO III

5. MANUAL DA INTERVENÇÃO BREVE GRUPAL (IBG)

5.1. Informação geral

A IBG é uma intervenção de cunho grupal cujo propósito é aumentar a motivação e auxiliar a pessoa que faz uso de risco e nocivo de álcool a desenvolver habilidades e autonomia para promover mudanças no seu comportamento relacionado com o uso de álcool, diminuindo os danos decorrentes desse uso (Babor et al., 2007; Formigoni et al., 2017). Esse manual está voltado para facilitar a aplicação da IBG pelos profissionais de saúde que atuam no cuidado a pessoa com uso de risco e nocivo de álcool.

5.2 Dose e forma de entrega da intervenção

O número mínimo de participantes para a intervenção é 2, porém, quanto maior o grupo, a interação é melhor e mais enriquecedora para os participantes do grupo. A duração da IBG deve ser de 30 a 45 minutos, realizada em uma única sessão presencial, após preenchimento do instrumento de rastreio (AUDIT, ASSSIT). Sugere-se realizar a intervenção imediatamente depois da aplicação do rastreio; caso não seja possível, pode-se utilizar uma ficha de agendamento (Apêndice C) para marcar o encontro conforme a disponibilidade dos usuários.

Os indivíduos que recebem a IBG devem estar classificados como de uso de risco ou nocivo de álcool, conforme identificado com os instrumentos de rastreio.

No dia da sessão de IBG, o profissional de saúde deve apresentar-se, identificando-se como o facilitador do grupo, indicando seu nome e sua profissão. A seguir, deve explicar do que se trata a intervenção e o objetivo do encontro. Deve-se solicitar aos participantes para se apresentarem, apontando qual é sua expectativa em participar no grupo. Posteriormente, o profissional facilitador deve esclarecer ao grupo as regras do encontro, quais sejam:

- * Respeitar a fala do outro
- * Manter a confidencialidade
- * Não fazer uso de álcool ou outras drogas antes do encontro
- * Pontualidade

O conteúdo da IBG foi construído sob as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) para aplicação da IB individual, assim, devem abordar-se os seguintes conteúdos:

Feedback: Durante o início da sessão distribui-se para os membros do grupo, um folheto educativo elaborado pelo programa de ações integradas para prevenção e atenção ao uso de álcool e drogas na comunidade (PAI-PAD). Com ajuda desse material (Anexo 4) o profissional discute com os participantes o resultado obtido no AUDIT. A discussão deve estar

orientada a esclarecer o significado do uso de risco e nocivo e quais as consequências desse uso.

Responsabilidade: Discutir com os participantes a questão da responsabilidade frente às escolhas realizadas, reforçando a ideia de que, o próprio usuário pode tomar decisões frente a seu tratamento ou frente as suas ações, uma vez que conhece as consequências decorrentes do seu uso.

Aconselhamento: Utilizar a tabela de conversão de doses presente no material educativo, salientando sobre o número de doses que são consideradas como de uso de baixo risco, conforme a OMS indica para cada gênero. O objetivo é entregar uma mensagem clara sobre os riscos que o uso de risco ou nocivo de álcool traz para a saúde. Sugere-se incluir questões relacionadas a gênero que permitam refletir sobre o papel da masculinidade no uso problemático de substâncias psicoativas-dentre elas o álcool.

Menu de opções: Identificar junto ao grupo os fatores de risco que aumentam o uso de álcool, tais como situações ou sentimentos. O profissional que conduz a sessão orienta a cada membro para apontar uma atividade alternativa frente às situações mencionadas.

Empatia: O profissional de saúde sempre deve estar atento aos apontamentos dos usuários, evitando os julgamentos de cunho moral e a abordagem confrontadora, lembrando que é um espaço de construção coletiva e que a troca de experiências entre os usuários é o que mais enriquece a intervenção.

Autoeficácia: Utilizando a atividade da balança decisória (Anexo 5), o profissional de saúde deve encaminhar a discussão para abordar as coisas boas e não tão boas sobre o uso de álcool. Desenhar em uma cartolina pequena um quadro, no qual devem ser colocados os prós e os contras do uso apontados pelo grupo, com o intuito de trabalhar e superar a ambivalência do usuário. Logo depois, pedir para que os participantes escrevam, em uma folha em branco, metas (no máximo 2) de curto, médio e longo prazos. Refletir sobre as metas e a capacidade de cada um para cumpri-las, lembrando que todos esses conteúdos devem ser socializados – sempre com prévio acordo entre os participantes.

Encerramento

O profissional deve informar o encerramento da sessão e agradecer aos participantes, lembrá-los da confidencialidade das informações e informar que será realizado um acompanhamento, incluindo avaliações periódicas sobre o padrão de uso e a sua motivação para a mudança. O profissional deve verificar dados de contato, como telefone fixo, celular e endereço.

Fidelidade da intervenção

Com vistas a avaliar o desempenho das intervenções e sua fidelidade (Sidani, 2013), sugere-se preencher um *checklist* (Apêndice D) sobre os componentes e os ingredientes ativos da intervenção. O *checklist* foi elaborado com base na proposta SCORE (Vendetti et al., 2017) para observação e avaliação em tempo real da SBIRT.

CAPÍTULO IV

6. RESULTADOS

6.1 Artigo 1

Efetividade da intervenção breve grupal na redução do uso de álcool em adultos:

Revisão sistemática

Efectividad de la intervención breve grupal en la reducción del consumo de alcohol en adultos:

Revisión Sistemática

Effectiveness of a brief group intervention on reducing alcohol use in adults:

Systematic review

Resumo

Objetivo: Fornecer evidências sobre a efetividade da intervenção breve grupal (IBG) na redução do padrão de uso de álcool em população adulta. **Método:** Revisão sistemática realizada sob as diretrizes do manual de revisão do Joanna Briggs Institute (JBI). Foram utilizadas as fontes de informação Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science e PsyInfo (Via APA Net) nos idiomas espanhol, português e inglês, sem limite de tempo. A apreciação da qualidade metodológica foi realizada utilizando o JBI MASTARI Critical Appraisal Tools. **Resultados:** Foram incluídos três artigos para análise, a maioria realizados na América Latina. As técnicas utilizadas junto a intervenção breve grupal foram a automudança guiada, as técnicas de grupo operativo e a entrevista motivacional. A síntese dos estudos apontou que a intervenção breve grupal pode ser efetiva na mudança do padrão de uso de álcool. **Conclusões:** A evidência encontrada oferece indicativos de que a intervenção breve grupal possui efeito positivo na redução do uso de álcool em adultos com uso de risco e nocivo de álcool, o que sugere que se trata de uma abordagem com potencial para ser utilizada pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Intervenção breve; Grupo; Álcool; Enfermagem

Introdução

As intervenções breves (IB) são técnicas de abordagem individual baseadas em teorias motivacionais que auxiliam na mudança do comportamento relacionado ao uso problemático de álcool (Babor, 2001). A IB tem-se configurado, na última década, como uma das principais estratégias de prevenção do uso de risco e nocivo de álcool, em âmbito mundial, na atenção primária à saúde (Ronzani et al., 2009; Strobbe, 2014; Joseph, 2017; Matheson et al., 2017) e, mais recentemente, em outros cenários – como instituições educativas de níveis médio e superior (Flórez, 2009; Winters et al., 2012; Hamza et al., 2018) e inclusive no meio hospitalar (D’Onofrio et al., 2012; Elzerbi et al., 2017).

A IB tem como finalidades a prevenção do uso nocivo de álcool e a promoção de informação para indivíduos que fazem uso desta substância (Sanchez, 1989; Marques, 2004). Foca-se no uso de álcool, pois tem-se evidenciado que a bebida alcóolica é uma substância de grande aceitação social, legal na maioria de países, com acessibilidade diferenciada frente a outras substâncias psicoativas. Estima-se que o seu uso envolve 24,7% das pessoas no mundo (World Health Organization, 2014); entretanto, a grande barreira do álcool não é simplesmente o seu uso e sim os problemas decorrentes dele. O uso prejudicial de álcool é uma das principais causas de perda de anos de vida por incapacidade, sendo responsável por aproximadamente 5,3% de todas as mortes no mundo, chegando a ser maior do que as mortes causadas por doenças como tuberculose, HIV e diabetes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as regiões que apresentam as maiores taxas relacionadas com o uso problemático de álcool são a Europa (10,1%) e as Américas (5,5%) (World Health Organization, 2018).

Conforme a *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA), têm sido criados diversos modelos de aplicação da intervenção breve; dentre eles, os mais utilizados são o modelo FRAMES (*Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Self-efficacy*) e o modelo F.O.L. (*Feedback, Listening and Understanding, and Exploring options*). Percebe-se que todos os modelos têm algumas variações, porém eles possuem elementos em comum, como a devolutiva que é dada ao usuário sobre seu padrão de uso de álcool, a escuta e o menu de opções, dentre outros componentes oriundos da entrevista motivacional (SAMHSA, 2018).

Os estudos vêm indicando a efetividade e as limitações da intervenção breve na redução do uso de álcool em diversas populações e contextos nos Estados Unidos, na Europa e na América Latina. Entretanto, a maioria das publicações faz referência às intervenções realizadas de forma individual (O’Donnell et al., 2014; Kaner et al., 2018). Somente nos últimos dez anos tem-se evidenciado o uso das intervenções breves em outros formatos, como o grupal (Flórez,

2009; Soares, 2019). As principais justificativas da busca por outras alternativas de implementação desse modelo estão relacionadas às dificuldades encontradas na utilização da intervenção breve individual em diferentes contextos, como a configuração dos sistemas de saúde, a escassez de recursos humanos, a estrutura física dos espaços de atendimento, o pouco conhecimento e a falta de tempo dos profissionais de saúde, dentre outras apontadas pelos autores (Ronzani et al., 2005, 2007; Johnson et al., 2011; Soares, 2019).

Um estudo (Soares, 2019) ressalta ainda que o formato grupal pode ser de grande valia para os profissionais de saúde, especificamente para enfermagem, visto que é uma categoria que representa uma grande parcela dos trabalhadores de saúde e, portanto, tem intenso contato com pessoas que fazem uso de risco e nocivo de álcool no seu cotidiano de trabalho, além de ser uma categoria que com frequência participa no planejamento e na execução de grupos educativos, com foco na prevenção de agravos e na promoção da saúde nos contextos de atenção primária à saúde. Frente ao surgimento dessa nova tecnologia, utilizando-se de uma avaliação rigorosa da evidência produzida até o momento, é imperativo responder à questão: “A intervenção breve grupal tem efeito na redução do uso de álcool na população adulta?”.

Método

Esta revisão sistemática foi realizada sob as diretrizes do manual de revisão do Joanna Briggs Institute (JBI). Foram utilizadas as seguintes fontes de informação, no período de dezembro de 2019 até janeiro de 2020: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of science e PsycInfo (Via APA Net).

Verificou-se, inicialmente, a ausência de revisões sistemáticas que avaliavam o efeito da intervenção breve grupal na redução do uso de álcool, nas bases de dados Cochrane Database of Systematic Reviews, Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews, PubMed e PRÓSPERO.

Utilizou-se a estratégia PICO (P – population; I – intervention; C – comparison; O – outcomes) para estabelecer a pergunta norteadora e a estratégia de busca. A população definida foram adultos a partir de 18 anos. A intervenção avaliada definiu-se como a intervenção breve no modelo grupal. Foram consideradas como comparadores intervenções não farmacológicas aplicadas para redução do uso de risco e nocivo de álcool. O desfecho avaliado foi a redução do uso de álcool.

Foram considerados os seguintes critérios de elegibilidade: estudos que incluíram indivíduos adultos (a partir de 18 anos), com uso de risco ou nocivo de álcool, e que avaliaram o efeito da intervenção breve grupal na redução do uso de álcool; estudos em línguas inglesa,

espanhol ou português; ensaios clínicos randomizados ou não randomizados; e estudos quase experimentais, disponíveis na íntegra nas fontes de informação. Não houve limitação de período de publicação.

Inicialmente, foi realizada uma busca para identificação dos termos controlados e das palavras-chave nos artigos disponíveis, visando obter uma estratégia de busca mais adequada. A estratégia de busca utilizada na etapa seguinte foi elaborada com a colaboração de três revisores e uma bibliotecária, resultando nas seguintes configurações para cada fonte de informação: BVS (intervenção breve OR terapia breve) AND (grupo OR grupal) AND álcool AND adult, CINAHL ("Brief intervention" OR "Brief therapy" OR "motivational intervention") AND "Group" AND ("Alcohol drinking" OR "Alcohol behavior") AND adult, PubMed (("Early Medical Intervention"[Mesh] OR "Brief Intervention"[Word Text]) AND "Group Processes" [Mesh] AND "Alcohol Drinking"[Mesh]), Web of Science TS= ("Brief intervention" OR "Brief therapy" OR "motivational intervention") AND TS= "Group" AND TS= ("Alcohol drinking" OR "Alcohol behavior"), PsycINFO Brief intervention AND Alcohol Drinking Patterns AND Group AND adult.

Os títulos e os resumos dos registros encontrados durante a busca foram analisados por dois revisores, de forma independente no programa Microsoft Excel. Em caso de divergência na inclusão ou não dos trabalhos, um terceiro revisor foi consultado.

Avaliação da qualidade metodológica

Os estudos incluídos foram avaliados metodologicamente por três revisores, utilizando-se o JBI MASTARI *Critical Appraisal Tools* correspondente para cada tipo de estudo. Em caso dos ensaios clínicos randomizados, o instrumento avaliou 13 itens, dentre eles o processo de randomização, a análise por intenção de tratar, o tipo de cegamento utilizado no estudo e se as técnicas de análise foram adequadas. Já, para os estudos não randomizados ou quase experimentais, a ferramenta de análise permite ao avaliador verificar a existência de um grupo controle, além de avaliar a maneira como foram realizadas as comparações e as análises e o seguimento.

Para efeito de classificação dos estudos conforme nível de qualidade, utilizou-se um ponto corte apontado em estudo prévio (Pereira, 2015), o qual estabeleceu que os estudos que preenchem até 40% dos critérios deviam ser classificados com qualidade metodológica baixa, estudos com porcentagem entre 41% e 70%, com qualidade metodológica moderada, e os que apresentavam porcentagens acima de 70%, com alta qualidade metodológica. Assim, definiu-se que os estudos com qualidade menor a 50% seriam excluídos.

Uma vez avaliada a qualidade metodológica, os revisores realizaram a extração dos

dados dos estudos incluídos nesta revisão, utilizando o *MAStARI Data Extraction Instrument*, do *Joanna Briggs Institute* (JBI), apresentando dados sobre a intervenção, os critérios de elegibilidade e os desfechos.

A síntese dos estudos foi apresentada de forma descritiva, contendo dados sobre o autor, o local do estudo, o ano de publicação, o tipo de estudo, a qualidade metodológica, a população, as intervenções, o comparador, o instrumento de medida de desfechos e os resultados. Não foi possível realizar metanálise devido à heterogeneidade dos estudos.

Resultados

Foram encontrados 489 registros com as estratégias de busca selecionadas nas diferentes bases de dados. Desses, foram excluídos 57 estudos, por serem duplicados, resultando assim em 432 registros. Após revisão dos critérios de inclusão, em títulos e resumos, foram excluídos 421 artigos que não preencheram os critérios estabelecidos. Finalmente, foram selecionados 11 artigos para serem avaliados na íntegra. Após essa fase da avaliação, foram selecionados 3 manuscritos (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017; Soares, 2019) para avaliação metodológica. O fluxo de seleção é apresentado na Figura 1.

Caracterização dos estudos

Dos estudos incluídos na revisão, a maioria (n=2) pertence à América Latina, um (n=1) é oriundo do Brasil (Soares, 2019), um (n=1) é da Colômbia (Flórez, 2009) e um (n=1) é do Reino Unido (Bernstein et al., 2017). Tais estudos foram publicados em formato de artigo em línguas inglesa, espanhol e português durante os últimos 11 anos. Na avaliação metodológica, os estudos foram classificados em seus níveis de qualidade, sendo entre moderado e forte, conforme o instrumento utilizado. A caracterização metodológica detalhada desses estudos encontra-se no Quadro 1.

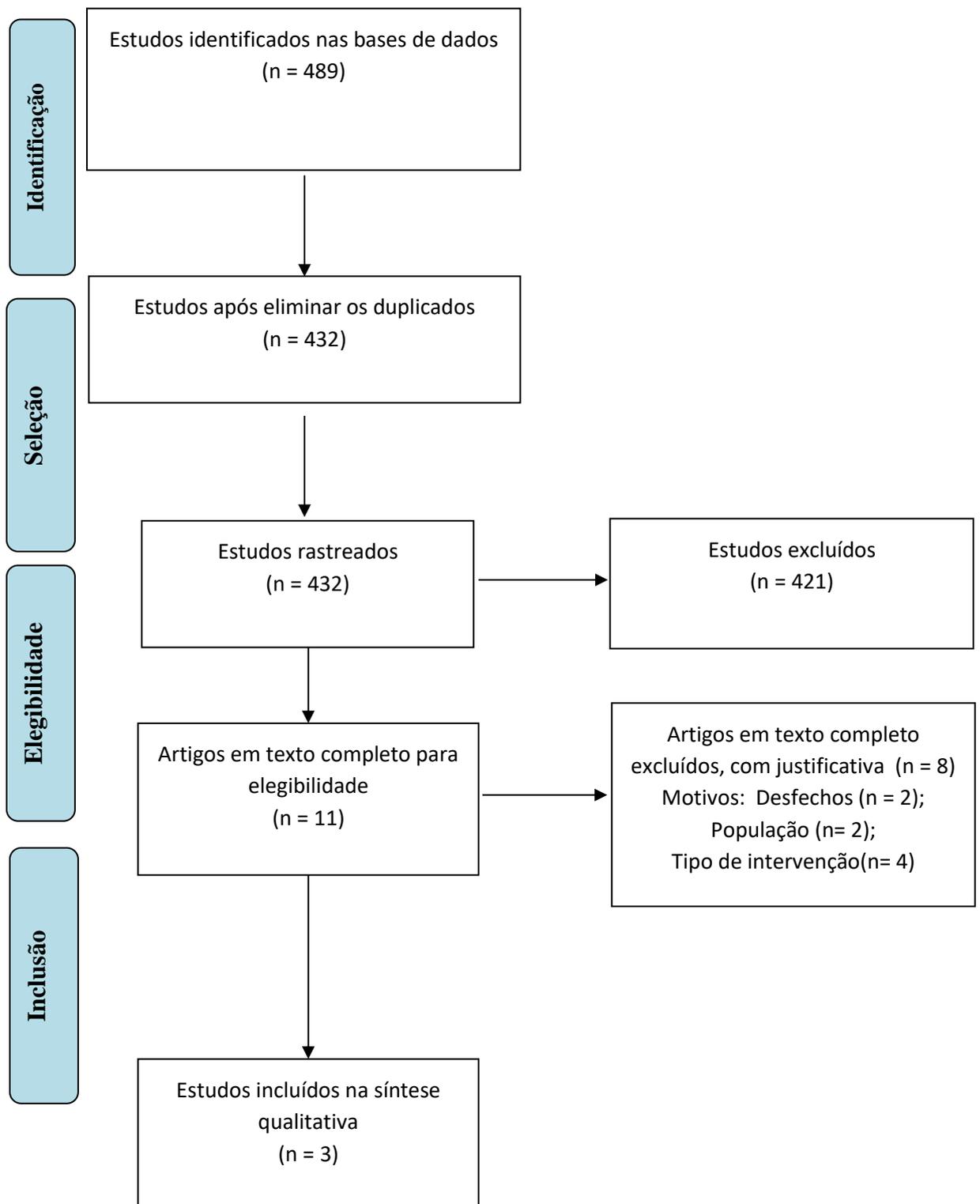
Na totalidade, os estudos selecionados utilizaram técnicas de intervenção breve em formato de grupo, agregando abordagens teóricas grupais e motivacionais, dentre elas a automudança guiada (n=1) (Soares, 2019) e a entrevista motivacional (n=2) (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017), com o intuito de gerar mudanças de comportamento relacionadas ao uso de risco e nocivo de álcool. No grupo controle, alguns estudos utilizaram abordagens, como o *feedback* associado à entrega de um folheto (n=1) (Soares, 2019) e a intervenção breve individual (n=2) (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017). Somente um dos estudos incluídos foi desenvolvido no âmbito da atenção primária à saúde e aplicado por enfermeiros (Soares, 2019); os demais estudos ocorreram no contexto universitário, aplicados por profissionais psicólogos (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017).

Síntese narrativa dos estudos

Com relação às características da IBG utilizada em cada estudo, o número de sessões foi de quatro (Flórez, 2009; Soares, 2019), apresentando duração entre 30 e 60 minutos (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017) e, no máximo, 120 minutos (Soares, 2019). Em todos os estudos, houve treinamento específico sobre a aplicação da IBG para as pessoas que realizaram a intervenção. Os conteúdos abordados foram variados, dentre eles: os interventores utilizaram-se de discussões sobre os prós e os contras do uso do álcool; as expectativas frente à bebida; as estratégias para o desenvolvimento de fatores de proteção e efeitos do uso nocivo da substância (Bernstein et al., 2017); os motivos que levam a usar o álcool; a identificação do risco e elaboração de estratégias de enfrentamento; e o uso da balança decisória (Flórez, 2009).

O desfecho principal em todas as publicações incluídas foi o padrão de uso de álcool; entretanto, foram identificadas diferentes maneiras de mensuração, como número de doses por semana durante os últimos 30 dias; consumo pesado episódico (*Binge*) (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017); problemas relacionados com o uso do álcool utilizando instrumentos como o Young Adult Alcohol Consequences Questionnaires (Bernstein et al., 2017) e o Alcohol use disorders identification test (AUDIT) (Soares, 2019). No que diz respeito aos seguimentos de avaliação, houve divergências relacionadas ao tempo de medição; um dos estudos realizou duas avaliações 30 e 90 dias após a aplicação da IBG (Soares, 2019); outro estudo realizou avaliações cinco e dez semanas depois, sem apresentar dados de base referentes ao padrão de uso (Flórez, 2009); e o terceiro estudo (Bernstein et al., 2017) apresentou medições que correspondiam a uma única avaliação após 30 dias de aplicação da IBG.

Figura 1. Fluxo da informação nas diferentes fases da revisão sistemática (PRISMA). São Paulo, SP, Brasil, 2020



Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos – São Paulo, SP, Brasil, 2020.

Autor/Ano/loca l	Nível de qualidade	Tipo de estudo	Tamanho da amostra	Intervenção	Comparador	Duração da Intervenção	Instrumento de avaliação padrão de uso	Resultado
Soares, 2018. Brasil	Forte	ECR	44 Adultos (> 18 anos) com uso de risco e nocivo de álcool	Intervenção breve grupal	Feedback individual + Folheto	4 sessões - 60 a 120 min	AUDIT	Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p \leq 0,01$). O grupo experimental diminuiu 10 pontos do AUDIT e o grupo controle diminuiu 3 pontos.
Florez, 2009. Colômbia	Moderado	Quase experimental	180 estudantes universitários adultos (> 18 anos) com uso de risco e nocivo de álcool	Grupo experimental1: Intervenção breve grupal	Grupo Controle1: Intervenção breve individual. Grupo Controle 2: Lista de espera para intervenção	5 sessões, sem definição de tempo aproximado.	CAGE, CEMA. Doses por semana, Ocasião de consumo por semana e doses por ocasião.	Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O grupo experimental apresentou diminuição maior do consumo médio de álcool quando comparado aos outros dois grupos entre a semana 5 e a 10 após intervenção. Apresentou uma diferença de médias de 2 para o desfecho número de doses por semana e de 1,69 para o número de doses por ocasião. Entretanto, não há dados sobre medidas iniciais de tais desfechos, tornando impossível a comparação real do efeito.
Bernstein, 2017. Inglaterra	Forte	Quase experimental	290 estudantes universitários adultos (> 18 anos) com uso de risco e nocivo de álcool.	Intervenção motivacional breve em grupo "BASICS".	Intervenção motivacional breve individual	2 sessões, sem definição de tempo aproximado.	Doses por semana e o <i>Young Adult Alcohol Consequences Questionnaires</i> (YAACQ)	O grupo experimental diminuiu 62% do número de doses por semana, enquanto o grupo controle teve diminuição de 82% para o mesmo desfecho. Identificou-se viés de seleção, pois os indivíduos com maior número de doses por semana foram alocados propositalmente no grupo com intervenção breve individual, o que é evidenciado pela diferença maior no uso de álcool neste grupo quando comparado com o grupo que recebeu a intervenção grupal.

Avaliação de qualidade metodológica

Os estudos foram classificados conforme o nível de qualidade metodológica, por três revisores independentemente. Foram avaliados um ensaio clínico randomizado (Soares, 2019) e dois estudos quase experimentais (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017). Todos os artigos apresentaram índices de qualidade adequados, superiores a 60%. Os itens avaliação estão descritos na Tabela 1 e na Tabela 2.

Tabela 1. Avaliação de qualidade metodológica dos ensaios clínicos randomizados. São Paulo, SP, Brasil, 2020.

Item avaliado	Soares, 2018
Randomização	S
Cegamento na locação	N
Homogeneidade dos grupos	NC
Cegamento dos indivíduos no tratamento	N
Cegamento de quem faz a intervenção	N
Cegamento na análises de resultados	S
Ambos os grupos foram analisados igualmente	S
Os participantes completaram o <i>follow-up</i> e se não o processo foi bem descrito	S
Análise por intenção de tratar	N
Os desfechos foram analisados igualmente em ambos os grupos	S
Foram avaliados os mesmos desfechos em ambos os grupos	S
A análise estatística foi apropriada	S
O delineamento foi adequado para um Ensaio clínico randomizado	S
Qualidade metodológica	61%

* S=Sim; N=Não ; NC= Não é claro

Tabela 2 . Avaliação de qualidade metodológica dos ensaios clínicos não randomizados ou dos ensaios quase experimentais. São Paulo, SP, Brasil, 2020.

Item avaliado	Flórez, 2009	Bernstein,2017
Há clareza com relação à causa e efeito	S	S
Os indivíduos incluídos têm características semelhantes	S	S
Os participantes receberam só a intervenção de interesse	S	N
Há grupo controle	S	S
Foram realizadas medidas pré e pós-exposição	N	S
Os participantes completaram o <i>follow-up</i> e, se não, o processo foi bem descrito	S	S
Os desfechos foram analisados igualmente em ambos os grupos	S	S
A análise estatística foi apropriada	S	S
Qualidade metodológica	90%	90%

* S=Sim; N=Não; NC= Não é claro

Discussão

A presente revisão teve por objetivo analisar a evidência científica existente acerca da efetividade da intervenção breve grupal na redução do uso de álcool em população adulta. Durante a busca realizada, percebeu-se que esse formato de intervenção é muito recente. Os poucos estudos que foram encontrados, realizados com população adulta (Flórez, 2009; Hustad et al., 2014; Bernstein et al., 2017; Soares, 2019), datam dos últimos 11 anos.

As abordagens teóricas utilizadas pelos estudos analisados apresentaram variações, sendo elas a automudança guiada e a entrevista motivacional – essa última a mais citada. Todas estas abordagens possuem características que também são comumente utilizadas em intervenções breves individuais, sugerindo que as abordagens teóricas empregadas nas intervenções breves grupais não diferem daquelas utilizadas nas individuais.

Os grupos controle dos estudos analisados também apresentaram diferenças em suas composições, alguns estudos aplicaram a intervenção breve em formato individual como comparador, enquanto outros utilizaram o cuidado usual aplicado no contexto em que foi desenvolvida a pesquisa; também se observou o uso do *feedback* associado a um folheto informativo. A escolha do grupo controle na realização de um estudo experimental deve ser planejada de acordo com os objetivos do estudo e pode ter influência direta nos resultados. Estudo de revisão da literatura mostrou que quando um grupo recebe o *feedback* sobre os resultados do AUDIT, o seu uso de álcool apresenta redução significativa quando comparado ao seu consumo anterior ao seguimento (Ivers et al., 2012) – o que pode explicar a diminuição do uso de álcool em alguns estudos que utilizaram a estratégia do *feedback* como intervenção no grupo controle. Entretanto, a maioria de estudos utilizou grupos controle que permitem observar claramente e sem interferências a efetividade da IBG, dentre eles a técnica da lista de espera, conforme indicado internacionalmente (Barkauskas et al., 2005)

Além disso, os resultados desta revisão também identificaram que os enfermeiros e os psicólogos foram os profissionais de saúde envolvidos no desenvolvimento das intervenções e que todos receberam treinamento. Estudo de revisão (Joseph, 2017) relatou que o treinamento de profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) foi um indicador de qualidade da intervenção breve oferecida, sendo a maioria conduzida por enfermeiros. Outros estudos (Joseph et al., 2014; Platt et al., 2016) acrescentam, ainda, que as intervenções breves conduzidas por enfermeiros demonstram maior efeito na redução do uso de risco ou nocivo de álcool, isso porque, na maioria dos cenários nos quais é aplicada a intervenção breve, o enfermeiro possui papel dominante e chave na identificação precoce de pessoas que fazem uso de risco e nocivo de álcool; além disso, a enfermagem é uma categoria com potencial para

difundir o uso da IB entre outros profissionais pela perspectiva de trabalho interdisciplinar (Gonzalez et al., 2020).

Os indivíduos que faziam uso de risco ou nocivo de álcool e que receberam a intervenção breve grupal apresentaram redução estatisticamente significativa no uso da substância quando comparado ao grupo controle nos estudos incluídos. Este resultado sugere que a intervenção breve em formato de grupo caracteriza-se como uma estratégia com potencial de efetividade na mudança do padrão de uso de risco e nocivo – no âmbito da atenção primária à saúde (Soares, 2019) e no âmbito comunitário e escolar (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017).

Tendo em vista o panorama atual da atenção primária à saúde no mundo, que implica a otimização dos recursos humanos e financeiros, buscando sempre a melhora na qualidade da atenção oferecida aos indivíduos (World Health Organization United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2018), é fundamental promover o uso de tecnologias custo-efetivas (Chiumento et al., 2017). Sabe-se que o grupo é um modelo de atendimento de menor custo, que otimiza o tempo do profissional de saúde (Soares, 2019) e que torna a intervenção breve grupal uma ferramenta que permite o atendimento de qualidade, com número maior de indivíduos no mesmo período de tempo, quando comparada a intervenção breve individual, requerendo, portanto, quantidade menor de recursos.

No que diz respeito à população-alvo, os estudos desta revisão foram realizados majoritariamente com população masculina, mostrando ainda a alta efetividade da intervenção breve no modelo grupal nesta população. Estudos que aplicaram a intervenção individualmente já documentaram amplamente o efeito da IB aplicada individualmente em homens que faziam uso de risco e nocivo de álcool, no contexto da atenção primária à saúde – nos âmbitos nacional e internacional (Babor, 2000; Lock et al., 2006; Pereira et al., 2013).

Contudo, serão necessários estudos que ainda confirmem a efetividade da IBG em homens e que explorem em profundidade seu efeito em outras populações específicas, sejam mulheres, adolescentes, LGBT, dentre outras, com o intuito de garantir a aplicação segura dessa intervenção e de maneira mais abrangente.

Esta revisão é a primeira que se ocupou de verificar a efetividade da intervenção breve grupal na diminuição do padrão de uso de álcool em população adulta com uso de risco e nocivo dessa substância. Os dados encontrados apontam para o grande potencial de aplicação da IBG, visto que descreve resultados capazes de serem considerados no planejamento do cuidado preventivo prestado à população, nas unidades de atenção primária à saúde e em outros contextos comunitários, no que tange às questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

No entanto, apesar de ter sido realizada uma exaustiva busca, houve escassez de estudos primários selecionados pelos critérios de inclusão, o que limita as evidências e as conclusões desta revisão. Durante o processo de busca dos estudos, houve dificuldade em encontrar os dados primários mais relevantes nos títulos e nos resumos, muitas vezes não era claro o tipo de intervenção utilizada – grupal ou individual – e a faixa etária da população participante, o que demandou, muitas vezes, na leitura integral desses estudos para determinar se se tratava realmente de uma intervenção breve em formato grupal. Aliado a isso, não foi possível encontrar nos estudos disponíveis um padrão relativo à estrutura da intervenção breve grupal na população adulta – o que dificulta realizar comparações mais robustas, pois há divergências entre número e tempo das sessões e sobre componentes da intervenção.

Implicações para prática e pesquisa

Os resultados do presente estudo podem incentivar a realização de pesquisas futuras voltadas a verificar a efetividade da intervenção breve grupal e a sua implementação, nas unidades de atenção primária à saúde e em outros contextos de cuidado à população que faz uso de risco e nocivo de álcool, pois trata-se de uma intervenção custo-efetiva que tem potencial para auxiliar os profissionais de saúde na prevenção de transtornos relacionados ao uso de álcool.

Conclusão

A evidência encontrada sugere que a IBG possui efeito positivo na diminuição do uso de álcool em população adulta, o que a torna uma ferramenta potencial a ser utilizada pelos profissionais de saúde. Portanto, recomenda-se a realização de mais estudos primários que fortaleçam e incrementem a qualidade e o nível de evidência da sua efetividade – quando utilizada em população adulta e no contexto da atenção primária à saúde.

Referências

Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*. 2000;95(5):677–86.

Barkauskas VH, Lusk SL, Eakin BL. Selecting control interventions for clinical outcome studies. *West J Nurs Res*. 2005; 27(3):346–63. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945904271446>

Bernstein MH, Baird GL, Yusufov M, Mastroleo NR, Carey KB, Graney DD, et al. A novel approach for streamlining delivery of brief motivational interventions to mandated college

students: using group and individual sessions matched to level of risk. *Subst Use Misuse*. 2017;52(14):1883–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28812420>

Chiumento A, Hamdani SU, Khan MN, Dawson K, Bryant RA, Sijbrandij M, et al. Evaluating effectiveness and cost-effectiveness of a group psychological intervention using cognitive behavioral strategies for women with common mental disorders in conflict-affected rural Pakistan: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. BioMed Central. 2017;18(1):190. Available from: <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-017-1905-8>

D’Onofrio G, Fiellin DA, Pantalon M V, Chawarski MC, Owens PH, Degutis LC, et al. A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in Emergency Department patients. *Ann Emerg Med*. 2012; 60(2):181–92. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064412001515>

Elzerbi C, Donoghue K, Boniface S, Drummond C. Variance in the Efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between injury and non-injury patients in emergency departments: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Emerg Med*. 2017;70(5):714-723.e13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064417305851>

Flórez L, Gantiva CA. Brief motivational therapy: Differences between individual and group application for the moderation in alcohol consumption and other psychological variables associated with change. *Acta Colomb Psicol*. 2009;12(1):13–26. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000100002&lng=en&nrm=iso%3E. ISSN 0123-9155

Gonzalez Y, Kozachik SL, Hansen BR, Sanchez M, Finnell DS. Nurse-led delivery of brief interventions for at-risk alcohol use: An integrative review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2020;26(1):27–42. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078390319872536>

Hamza DM, Bercov M, Suen VYM, Allen A, Cribben I, Goodrick J, et al. School-based screening, brief interventions, and referral to treatment (SBIRT) significantly decreases long-term substance abuse in 6,227 students aged 11-18. *J Addict Behav Ther*. 2018;2(1). Available from: <http://www.imedpub.com/articles/schoolbased-screening-brief-interventions-and-referral-to-treatment-sbirt-significantly-decreases-longterm-substance-abuse-in-6227.php?aid=22616>

Hustad JTP, Mastroleo NR, Kong L, Urwin R, Zeman S, LaSalle L, et al. The comparative effectiveness of individual and group brief motivational interventions for mandated college students. *Psychol Addict Behav.* 2014;28(1):74–84. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0034899>

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.* 2012;13(6):CD000259. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000259.pub3>

Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health (Bangkok).* 2011;33(3):412–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21169370>

Joseph J, Basu D. Efficacy of brief interventions in reducing hazardous or harmful alcohol use in middle-income countries: Systematic review of randomized controlled trials. *Alcohol.* 2017;52(1):56–64. Available from: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/agw054>

Joseph J, Basu D, Dandapani M, Krishnan N. Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous or harmful alcohol use? A systematic review. *Int Nurs Rev.* 2014;61(2):203–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24645911>

Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004148.pub4>

Lock CA, Kaner E, Heather N, Doughty J, Crawshaw A, McNamee P, et al. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2006;54(4):426–39. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2006.03836.x>

Marques ACPR, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004 10;(26):28–32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Matheson C, Pflanz-Sinclair C, Almarzouqi A, Bond CM, Lee AJ, Batieha A, et al. A controlled trial of screening, brief intervention, and referral for treatment (SBIRT) implementation in

primary care in the United Arab Emirates. *Prim Health Care Res Dev.* 2017;1–11. Available from:

https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1463423617000640/type/journal_article

O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary health care: A systematic review of reviews. *Alcohol.* 2014;49(1):66–78. Available from: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/agt170>

Pereira MO, Anginoni BM, Ferreira N da C, Oliveira MAF de, Vargas D de, Colvero L de A. Effectiveness of the brief intervention for the use of abusive alcohol in the primary: systematic review. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(3):420–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Platt L, Melendez-Torres GJ, O'Donnell A, Bradley J, Newbury-Birch D, Kaner E, et al. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ Open* [Internet]. British Medical Journal Publishing Group; 2016 Aug 11 [cited 2020 Feb 13];6(8):e011473. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27515753>

Ronzani TM, Belchior D, Weiss I. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(1):51–61.

Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad Saude Publica.* 2005;21(3):852–61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Ronzani TM, Rodrigues TP, Batista AG, Lourenço LM, Formigoni MLOS. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. *Estud Psicol.* 2007;12(3):285–90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2007000300011&lng=pt&tlng=pt

SAMHSA-HRSA Center for integrated health solutions. 2018. Available from: <https://www.integration.samhsa.gov/about-us/about-cihs>

Sanchez C, Wilkinson D. Brief treatments for alcohol and drug problems: practical and methodological issues. In: Swets & Zeitlinger, editor. *Addict Behav Prev early Interv*. 1st ed. Amsterdam; 1989. p. 233–52.

Soares J, Vargas D. Effectiveness of brief group intervention in the harmful alcohol use in primary health care. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2019 Jan 29;53:4. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154071>

Soares MH, Rolin TF de C, Machado FP, Ramos LKF, Rampazzo ARP. Impact of brief intervention and art therapy for alcohol users. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1485–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601485&tlng=en

Strobbe S. Prevention and screening, brief intervention, and referral to treatment for substance use in primary care. *Prim Care Clin Off Pract*. 2014;41(2):185–213. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2014.02.002>

Winters KC, Fahnhorst T, Botzet A, Lee S, Lalone B. Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: Outcomes and mediating factors. *J Subst Abuse Treat*. 2012;42(3):279–88. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547211001681>

World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva; 2018.

World Health Organization United Nations Children’s Fund (UNICEF). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva; 2018.

6.2 Artigo 2

Rastreo, intervenção breve grupal e encaminhamento de usuários de álcool na atenção primária à saúde: estudo piloto randomizado de factibilidade

Cribado, Intervención breve grupal y referencia de usuarios de alcohol en la atención primaria en salud: Estudio piloto aleatorizado de factibilidad

Screening, Brief group intervention and referral to treatment in alcohol users at primary health care: Feasibility randomized pilot study

Resumo

Objetivo: estudo piloto randomizado que visou avaliar a factibilidade da aplicação da Intervenção Breve Grupal (IBG) e sua efetividade na diminuição do uso de álcool na população masculina, no contexto da atenção primária à saúde (APS) em uma região metropolitana do Brasil. **Método:** foram randomizados 70 indivíduos que aceitaram participar do estudo e que preencheram os critérios de inclusão – ser maior de 18 anos, saber ler e escrever, obter pontuação no *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) entre 8 e 19. Os participantes foram alocados no grupo experimental (36), para receber a intervenção breve grupal, e no grupo controle (34), para receber o tratamento usual da unidade básica de saúde. Ambos os grupos tiveram seguimento de 30 e 90 dias. **Resultados:** a condução da IBG no contexto da APS foi considerada factível, necessitando, entretanto, de ajustes para estudos que busquem investigar sua efetividade. Apesar de não serem encontradas diferenças significativas entre os grupos, a IBG apontou ser benéfica na diminuição do uso de álcool em homens atendidos em serviços de APS. O efeito observado na análise intergrupos foi de $d^2=0,18$, ($p=0,77$). **Conclusões:** há evidências iniciais da efetividade e da factibilidade da aplicação da IBG entre homens atendidos em serviços de APS. Sugere-se a realização de ensaio clínico randomizado levando em consideração os ajustes recomendados neste trabalho, com o intuito de buscar evidência mais robusta que permita a reprodutibilidade e a utilização segura desta intervenção.

Palavras-chave: Estudo piloto; Intervenção breve; Grupo; Álcool; Homens.

Introdução

O uso nocivo de álcool é um dos fatores de risco mais relevantes para morte prematura, tanto para homens quanto para mulheres; a taxa global de morte prematura para ambos os sexos é de 35 mortes a cada 100.000 pessoas; desses, 28% correspondem à população menor de 50 anos (Ritchie, 2020). A região das Américas apresentou um dos maiores índices de uso problemático de álcool, entre 2013 e 2015. O uso nocivo de álcool nessa região aumentou de 4,6% a 13%, nas mulheres, e de 17,9% a 29,4%, nos homens. No Brasil, as diferenças do uso nocivo entre gêneros também têm sido documentadas, indicando aumento de 38% a 47%, em homens, e de 17% a 27 %, em mulheres, entre 2006 e 2012 (INPAD, 2013).

Diante desse panorama na região das Américas, evidencia-se a necessidade de cuidados à população que faz esse uso de risco ou nocivo de bebidas alcoólicas, por meio de abordagens preventivas e acolhedoras. O que sugere pensar que o local mais indicado para desenvolver tais atividades seja a atenção primária em saúde, por se tratar de um serviço mundialmente reconhecido como o centro integrador de um sistema de saúde focado em oferecer cuidados em saúde essenciais para a população nas diversas etapas da vida (Bitton et al., 2017).

Partindo dessa lógica, a OMS vem propondo o uso das intervenções breves no modelo FRAMES (Babor, 2001), dentro do contexto da atenção primária à saúde, com intuito de promover a diminuição do uso de risco e nocivo de álcool, de mitigar os danos causados por este uso e de prevenir a ocorrência de transtornos relacionados ao uso dessa substância. Há evidência da aplicação dessas intervenções no âmbito da APS nos Estados Unidos (Nilsen et al, 2008), no Brasil (Ronzani et al., 2005, 2007) e no México (Medina Mora et al., 2010), porém, autores apontam dificuldades estruturais na implementação das intervenções, dentre elas, as dificuldades da equipe com o planejamento e a organização do sistema de saúde, as crenças e atitudes negativas de profissionais e gestores frente às questões relacionadas com o álcool e a aplicação da IB (Zerbetto et al., 2017; Ronzani, 2018).

Diante das dificuldades apontadas, e levando-se em consideração a dinâmica das unidades de atenção primária à saúde no Brasil, identifica-se a utilidade e o sucesso das intervenções grupais lideradas por enfermagem no cuidado a diversos grupos populacionais no seu contexto (Neto, 2010). Assim, alguns autores (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017; Soares, 2019) propõem a utilização de intervenções breves, em formato de grupo, para serem utilizadas pela equipe multidisciplinar e principalmente pela equipe de enfermagem nessas unidades. Embora os achados desses estudos tragam validade à utilização das intervenções breves em grupo, não estão disponíveis publicações que tenham se ocupado de descrever a aplicação exclusiva da intervenção breve no modelo FRAMES, no formato grupal, no contexto da

atenção primária à saúde.

Essa constatação suscita algumas dúvidas relacionadas à factibilidade do delineamento de um ensaio clínico randomizado (ECR) que permita testar a efetividade da IBG nesse contexto. Frente a isso, a Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) (Thabane et al. 2016) recomenda a realização de um estudo piloto que permita identificar as fragilidades, as potencialidades e as estratégias mais adequadas a serem utilizadas, antes de realizar um ensaio clínico randomizado, para testar a efetividade de qualquer intervenção e garantir, assim, o sucesso metodológico do ECR. Assim, propôs-se este estudo piloto, desenvolvido com o intuito de verificar a viabilidade do recrutamento, a randomização, a aplicação da intervenção breve grupal (tempo, local, número de participantes), a forma de avaliação mais adequada para os desfechos e a aderência da população masculina no contexto da atenção primária à saúde de uma região metropolitana do Brasil.

Método

Local de estudo e população

O presente estudo randomizado foi conduzido de abril de 2018 a setembro de 2018 em uma unidade de atenção primária à saúde na cidade de São Paulo, Brasil. Foram rastreados 303 indivíduos, sendo 145 elegíveis para a pesquisa; desses, 75 recusaram a participação (Figura 1). A amostra constituiu-se de 70 indivíduos que aceitaram participar do estudo e que atenderam aos critérios de elegibilidade: ser maior de 18 anos, saber ler e escrever e obter pontuação no Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) entre 8 e 19. Foram excluídos da amostra os sujeitos em tratamento para dependência de álcool, aqueles que frequentavam outros grupos relacionados com o uso da substância ou que apresentavam sinais visíveis de intoxicação.

Processo de randomização

A randomização foi realizada por um sistema computadorizado; os números resultantes desse processo foram inseridos em envelopes opacos e lacrados, respeitando-se a sequência randômica. Com o intuito de manter o cegamento da locação dos participantes, esse processo foi realizado por um auxiliar de pesquisa. Finalmente, foram distribuídos 36 indivíduos, no grupo experimental, e 34, no grupo controle.

Os indivíduos foram abordados nas instalações da unidade de atenção primária à saúde (sala de espera, fila da farmácia) antes ou depois do atendimento padrão realizado por profissionais de saúde dessa unidade. Inicialmente, foi feito um convite formal para participar do estudo, momento no qual também foram explicados os objetivos da pesquisa. Uma vez aceita a participação no estudo, eram preenchidos os instrumentos de mensuração. Caso a pessoa

preenchesse os critérios de inclusão, ela era alocada nos grupos conforme a sequência randômica.

Grupo experimental

Aos participantes do grupo experimental possibilitou-se escolher o melhor dia da semana e o melhor horário para receber a Intervenção Breve Grupal no modelo FRAMES, conforme as diretrizes da OMS. Os grupos deveriam ser conformados no mínimo por três pessoas, as quais foram organizadas conforme afinidade de horário e dia. Tratou-se de um encontro em um espaço aberto (sala de espera), dentro das instalações da unidade de saúde, determinado para tal fim. A IBG foi aplicada exclusivamente pela pesquisadora principal (enfermeira) e teve duração de aproximadamente 25 minutos.

Grupo controle

Este grupo recebeu um *feedback* individual sobre a pontuação do AUDIT e um folheto educativo com informações relacionadas às consequências do uso prejudicial de álcool. A duração dessa intervenção foi de aproximadamente 10 minutos, tendo sido aplicada pela pesquisadora principal e por enfermeiros do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem em Adições (NEPEAA).

Mensuração dos desfechos

As medidas testadas foram avaliadas equitativamente em ambos os grupos – controle e experimental – por meio de um *follow-up* de 30 e 60 dias. Foram avaliados dois desfechos principais: padrão de uso e prontidão para mudança.

Padrão de uso – refere-se à quantidade e à frequência do uso de álcool. É classificado, conforme a pontuação do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), em quatro categorias: uso de baixo risco (entre 0 e 7 pontos), uso de risco (entre 8 e 15), uso nocivo (entre 15 e 19) e provável dependência (entre 20 e 40 pontos) (Babor et al., 1989; Babor, 2001).

Prontidão para mudança – é um conceito, considerado por Miller como “o estado ou estágio interno de disposição para mudança de um indivíduo, que pode ser influenciado por fatores externos” (Miller, 1983), e propõe utilizar o modelo transteórico de mudança elaborado por James Prochaska e Carlo Di’ Clemente, em 1980, com o objetivo de sintetizar e avaliar o mecanismo pelo qual as pessoas mudam e as fases existentes nesse processo. Durante o processo de mudança, o indivíduo pode transitar por diferentes estágios, que podem ir desde a pré-contemplação até a manutenção (Miller, 2001). Os estágios de motivação são identificados por meio da Régua de Prontidão para Mudança, uma escala de 0 a 10, com pontos de corte

específicos que facilitam a identificação do estado de prontidão: Pré-Contemplanção 1-3 (PC); Contemplanção 4-5 (C); Preparação 6-7 (P); Ação 8-9 (A); Mudança 10 (M) (Sobell, 2013).

Análise de dados

Os dados foram analisados no *software* R (versão 3.6.2), utilizando o método de dupla entrada. Na análise descritiva das variáveis de caracterização, foram usadas as frequências absolutas e relativas. Para as análises intragrupo e intergrupo do padrão de uso e da prontidão para mudança, foi utilizado o método GEE (Generalized Equations Estimating). A análise intragrupo consiste em comparar os tempos em cada um dos grupos, enquanto a análise intergrupo consiste em analisar a homogeneidade dos grupos em cada tempo. Após análise estatística, os achados foram discutidos com pesquisadores do NEPEAA, para definir se era viável a realização do estudo principal e, posteriormente, efetivar os devidos ajustes – conforme recomendado por Lancaster (2004) (Lancaster et al., 2004).

Resultados

No total, 24 (34.3%) homens concluíram todas as etapas do estudo, incluindo 8/36 (22%) indivíduos no grupo experimental, cujas principais razões de desistência, foram, incompatibilidade de horário para participar da intervenção ou para realizar os seguimentos de avaliação e ter fornecido telefone inexistente, o que impossibilitou o contato. E 19/34 (55.8%) no grupo controle, tendo, como razões para desistência, telefone inexistente ou não atendimento das ligações durante o seguimento (figura 1, pág. 59). A média de idade dos participantes foi de 38,40 (+/- 13,51); a maioria (90%) se autodeclarou heterossexual e pardo (45,7%), com estado civil solteiro como o mais prevalente (44,2%). Com relação à escolaridade, 27% tinham 2º grau completo. Os homens possuíam, como ocupação, emprego formal (42,8%) no momento da pesquisa. A Tabela 1 (pág.60) apresentam as características sociodemográficas dos participantes dos dois grupos, indicando que os grupos experimental e controle foram comparáveis.

Análise intragrupos

No que diz respeito ao padrão de uso , avaliado por meio do instrumento AUDIT, houve diferença significativa (valor-p < 0,050) entre todos os tempos e o T1 no grupo experimental, sendo que a menor média dessa variável foi observada no T3 (6,71±6,02). Quanto ao grupo controle, houve diferença significativa (valor-p < 0,050) entre todos os tempos e o T1 quanto à variável, sendo que a menor média foi observada no T1 (5,82±4,42). Não houve diferença significativa entre os grupos em nenhum dos tempos quanto ao padrão de uso de álcool, dado

que o valor-p foi superior a 0,050 em todos os casos (Tabela 2, pág.61).

Com relação à prontidão para mudança, houve diferença significativa (valor-p < 0,050) entre o T3 e o T1, no grupo experimental, sendo que a maior média dessa variável foi observada no T3. Quando comparados os grupo experimental e o grupo controle, não se encontrou diferença significativa em nenhum dos tempos.

Quanto à porcentagem de adesão dos participantes, esta foi avaliada pelo número de indivíduos que permaneceram no estudo até os 90 dias – que correspondia à última avaliação realizada. No grupo experimental, os homens apresentaram porcentagem de adesão de 30% e, no grupo controle, de 52%.

Discussão

Este estudo piloto fornece evidência sobre a factibilidade do recrutamento, a randomização, a aplicação da intervenção breve grupal (tempo, local, número de participantes), a forma de avaliação mais adequada para os desfechos padrão de uso e prontidão para mudança, além de identificar os fatores de aderência da população masculina à intervenção proposta, no contexto da atenção primária à saúde no território brasileiro.

Nesse sentido, as estratégias utilizadas para o processo de recrutamento de randomização podem ser consideradas adequadas, havendo a necessidade, entretanto, de ajustar alguns aspectos, como a abordagem dos usuários. Percebeu-se que realizar um convite mais informal, relacionando as perguntas com a saúde do homem e promovendo um ambiente descontraído e gentil, para os homens que frequentaram a unidade durante esse tempo, permitiam melhor aproximação do público-alvo e, como consequência, diminuição no número de recusas a participar.

Recomenda-se incluir, como critério de inclusão, o fato de possuir telefone e um local de residência fixa, além de incluir a verificação obrigatória desses dados fornecidos, pois a maioria dos motivos de perda esteve relacionada à ausência de número de telefone para contato e aos dados de residência não existentes. Outros estudos que realizaram avaliações de intervenções não farmacológicas também consideraram, como critério de inclusão, possuir telefone para contato, ressaltando a importância da verificação dos dados de contato, com vistas a evitar o maior número de perdas possível (Santos et al., 2018). É necessário se pensar em um critério de inclusão relacionado ao o local de moradia, já que, por tratar-se de uma região que recebe pessoas oriundas de outros estados e cidades, possibilita-se a inclusão de indivíduos que têm alta probabilidade de abandono do estudo por retornar aos seus lugares de origem.

Figura 1. Fluxograma de recrutamento.

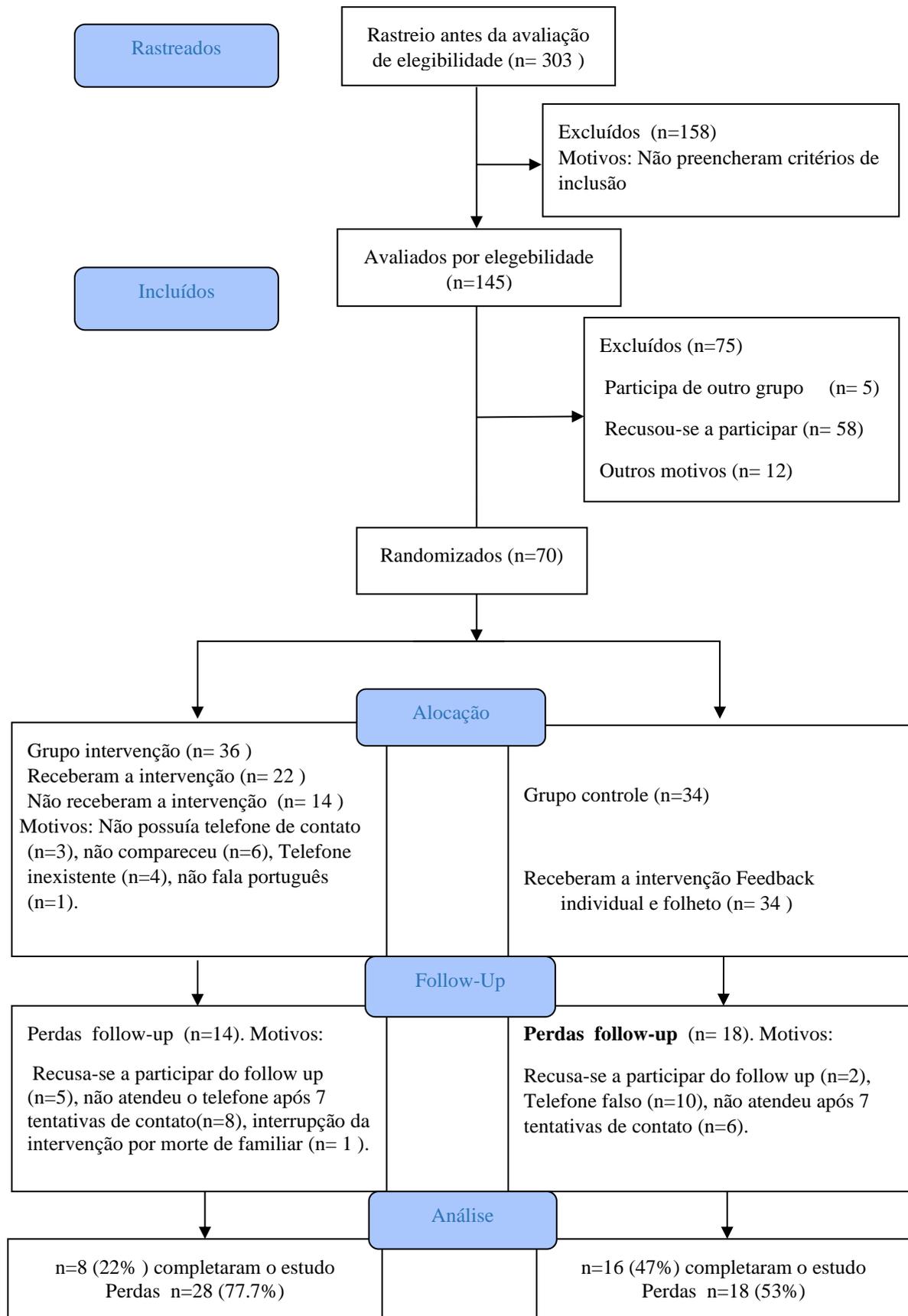


Tabela 1. Descrição da amostra conforme grupos de alocação. São Paulo, SP, Brasil, 2020

Variáveis		Intervenção (n = 36)		Controle (n = 34)		Valor-p ¹
		N	%	N	%	
Orientação Sexual	Bissexual	1	2,8%	0	0,0%	0,664
	Heterossexual	33	91,7%	30	88,2%	
	Homossexual	2	5,6%	3	8,8%	
	Pansexual	0	0,0%	1	2,9%	
Cor/Raça	Branca	9	25,0%	14	41,2%	0,537
	Parda	19	52,8%	13	38,2%	
	Preta	6	16,7%	6	17,6%	
	Amarela	1	2,8%	0	0,0%	
	Indígena	1	2,8%	1	2,9%	
Estado civil	Solteiro	13	36,1%	18	52,9%	0,074
	Casado	15	41,7%	5	14,7%	
	Divorciado	3	8,3%	4	11,8%	
	Viúvo	1	2,8%	0	0,0%	
	Amasiado	4	11,1%	7	20,6%	
Escolaridade	Analfabeto	0	0,0%	0	0,0%	0,126
	1º. grau incompleto	9	25,0%	5	14,7%	
	1º. grau completo	6	16,7%	6	17,6%	
	2º. grau incompleto	1	2,8%	6	17,6%	
	2º. grau completo	8	22,2%	11	32,4%	
	Superior incompleto	6	16,7%	5	14,7%	
	Superior completo	6	16,7%	1	2,9%	
Ocupação	Nenhuma	6	16,7%	6	17,6%	0,861
	Estudante	0	0,0%	0	0,0%	
	Emprego formal	14	38,9%	16	47,1%	
	Emprego informal	13	36,1%	10	29,4%	
	Aposentado	3	8,3%	2	5,9%	
	Desempregado	0	0,0%	0	0,0%	
Moradia	Albergue	1	2,8%	1	2,9%	1,000
	Casa própria/aluguel	35	97,2%	33	97,1%	
	Rua	0	0,0%	0	0,0%	
Renda familiar	Não tem	0	0,0%	0	0,0%	0,183
	A	0	0,0%	0	0,0%	
	B	0	0,0%	2	5,9%	
	C	7	20,0%	2	5,9%	
	D	12	34,3%	14	41,2%	
	E	16	45,7%	16	47,1%	
Transtorno mental	Sim	5	13,9%	6	17,6%	0,750
	Não	31	86,1%	28	82,4%	
Usa drogas	Sim	6	16,7%	6	17,6%	1,000
	Não	30	83,3%	28	82,4%	
Fuma tabaco	Sim	8	22,2%	15	44,1%	0,090
	Não	28	77,8%	19	55,9%	
Classificação AUDIT	Uso de baixo risco	1	2,8%	1	2,9%	0,775
	Uso de risco	29	80,6%	25	73,5%	
	Uso nocivo	6	16,7%	8	23,5%	
	Provável dependência	0	0,0%	0	0,0%	

* Teste Exato de Fisher.

Tabela 2. Comparações intra e intergrupo para padrão de uso e prontidão para mudança. São Paulo, SP, Brasil. 2020.

Fonte	Tempo	Intervenção		Controle		Intervenção x Controle ^t
		Média (D.P.)	Valor-p ^t	Média (D.P.)	Valor-p ^t	
Total AUDIT	T1	12,58 (3,37)		12,21 (3,59)		0,646
	T2	6,50 (4,81)	0,004	6,92 (5,53)	0,009	0,851
	T3	6,71 (6,02)	0,040	5,82 (4,42)	<0,001	0,771
RPM	T1	6,18 (3,42)		6,79 (3,01)		0,427
	T2	7,13 (2,9)	0,198	7,69 (2,9)	0,327	0,925
	T3	8,57 (1,81)	0,003	7,64 (2,98)	0,701	0,295

Inicialmente, não era esperado que o grupo controle tivesse diminuição no padrão de uso e aumento na pontuação da régua de prontidão para mudança, como encontrados neste estudo, o que contribuiu para a ausência de diferença significativa nos grupos – e que pode ser explicado pela intervenção mínima (*feedback*) aplicada no grupo controle. Alguns autores (DiClemente et al., 2017) apontam que a aplicação do *feedback* individual e a utilização do folheto têm efeito significativo na diminuição do padrão de uso, sugerindo manter o grupo controle no fluxo de atendimento usual da unidade e não aplicar nenhuma intervenção adicional – o que parece ter acontecido em nosso estudo. O cuidado usual é uma opção adequada que pode servir como grupo de comparação lógica para a avaliação inicial de novas intervenções, que precisam ser comparadas com abordagens estabelecidas, para a identificação da sua efetividade, entretanto, sua utilização implica em alguns riscos, dentre os quais, a falta de controle sobre o tratamento usual e a variabilidade da intervenção entre um aplicador e outro (Barkauskas et al., 2005) . Ainda assim, com vistas a verificar a efetividade da intervenção breve grupal, quando comparada com o cuidado prestado nas unidades de atenção primária à saúde, recomenda-se esta opção para o delineamento do ensaio clínico randomizado.

Com relação ao tempo de duração da sessão de IBG, sugere-se o aumento, em estudos posteriores, já que a média de tempo vivenciada neste estudo foi de 35 minutos. Um estudo que utilizou a intervenção breve grupal em população de idosos vinculada a um órgão da administração pública federal, com o objetivo de prepará-los para aposentadoria (França et al., 2013), indicou que o tempo de execução considerado para interações de grupo deve ser maior, mesmo se tratando de uma intervenção breve, devido a fatores cognitivos, que envolvem a relação com as informações partilhadas entre os indivíduos que participam do grupo, os sentimentos frente à mudança individual e à observada nos outros e a oportunidade única de desenvolver e fortalecer habilidades comunicativas.

Apesar de não ter sido demonstrada diferença significativa entre a aplicação da intervenção breve grupal e a aplicação do *feedback* individual junto com o folheto educativo, houve diminuição do padrão de uso e aumento na prontidão para mudança entre ambos os grupos, o que indica que a IBG tem efeito positivo sobre esses desfechos – o que deve ser avaliado novamente, levando-se em consideração os ajustes aqui destacados. O aumento da prontidão para mudança é consistente com alguns estudos que apontam esse efeito após a aplicação da intervenção breve em diversas populações. (Grenard et al., 2007; Myers et al., 2016; Prendergast et al., 2017). Além disso, os autores acrescentam que, a prontidão para mudança também possui papel mediador na mudança de comportamentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Achados que são consistentes com os resultados deste estudo piloto e que fornecem dados importantes para a elaboração de posteriores estudos mais aprofundados.

Conclusões

Este estudo piloto apresenta informações relevantes para auxiliar na elaboração de desenhos mais robustos para pesquisas que tenham por objetivo avaliar a efetividade da intervenção breve grupal no contexto da atenção primária à saúde, contribuindo, assim, para diminuição de vieses em futuros ensaios clínicos randomizados. O próximo passo, conforme o raciocínio metodológico desta pesquisa, é desenvolver um ensaio clínico randomizado que avalie a efetividade da intervenção breve grupal em homens, quando comparada com o tratamento usual no contexto da atenção primária à saúde, visto que os resultados deste estudo apontaram para a factibilidade da intervenção.

Referências

Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT The alcohol use disorders identification test. 2nd ed. World Health Organization. Geneva. 1989.

Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A Manual for Use in Primary Care. World Health Organization. Geneva. 2001.

Barkauskas VH, Lusk SL, Eakin BL. Selecting control interventions for clinical outcome studies. *West J Nurs Res.* 2005;27(3):346–63. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945904271446>

Bernstein MH, Baird GL, Yusuf M, Mastroleo NR, Carey KB, Graney DD, et al. A Novel approach for streamlining delivery of brief motivational interventions to mandated college students: using group and individual sessions matched to level of risk. *Subst Use*

Misuse.2017;52(14):1883–91. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28812420>

Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle-Income Countries. *J Gen Intern Med.* 2017;32(5):566–71. Available from:
<http://link.springer.com/10.1007/s11606-016-3898-5>

DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, Wiprovnick AE, Knoblach DJ. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychol Addict Behav.* 2017 Dec;31(8):862–87. Available from:
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/adb0000318>

Flórez L, Gantiva CA. Brief motivational therapy: Differences between individual and group application for the moderation in alcohol consumption and other psychological variables associated with change. *Acta Colomb Psicol.* 2009;12(1):13–26. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000100002&lng=en&nrm=iso%3E. ISSN 0123-9155

França CL, Murta SG, Negreiros JL, Pedralho M, Carvalhedeo R. Intervenção breve na preparação para aposentadoria *Rev. Bras. Orientação Prof.* 2013;14(1). Available from:
<https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=203027936010>

Grenard JL, Ames SL, Wiers RW, Thush C, Stacy AW, Sussman S. Brief intervention for substance use among at-risk adolescents: A pilot study. *J Adolesc Heal.* 2007;40(2):188–91. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X0600303X#bib3>

INPAD. Consumo de Álcool no Brasil Tendências entre 2006/2012. 2013. Available from:
http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LLENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf

Lancaster GA, Dodd S, Williamson PR. Design, and analysis of pilot studies: recommendations for good practice. *J Eval Clin Pract.* 2004;10(2):307–12. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.2002.384.doc.x>

Medina M M, García Téllez I, Cortina D, Orozco R, Robles R. Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Ment.* 2010;33(5):373–9.

Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother.*

1983;11(02):147. Available from: doi: 10.1017/S0141347300006583

Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. 1st ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2001.

Myers B, van der Westhuizen C, Naledi T, Stein DJ, Sorsdahl K. Readiness to change is a predictor of reduced substance use involvement: findings from a randomized controlled trial of patients attending South African emergency departments. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):35. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/16/35>

Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2010;20(4):1119–42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400004&lng=pt&tlng=pt

Nilsen P, Kaner E, Babor TF. Brief intervention, three decades on. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2008;12;25(6):453–67. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/145507250802500608>

Prendergast ML, McCollister K, Warda U. A randomized study of the use of screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for drug and alcohol use with jail inmates. *J Subst Abuse Treat*. 2017;74:54–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547216303750>

"Drug Use". Published online at OurWorldInData.org. Available from: <https://ourworldindata.org/drug-use> [Online Resource]

Ronzani TM. O que aprendemos sobre implementação das intervenções breves na América Latina? *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog*. 2018;14(3):125–7. Available from: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/152064>

Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB do, Formigoni MLO de S. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad Saude Publica*. 2005;21(3):852–61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Ronzani TM, Rodrigues TP, Batista AG, Lourenço LM, Formigoni MLO de S. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre

bombeiros. *Estud Psicol.* 2007;12(3):285–90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2007000300011&lng=pt&tlng=pt

Santos MA dos, Conceição AP da, Ferretti-Rebustini R, Ciol MA, Heithkemper MM, Cruz D A, et al. Non-pharmacological interventions for sleep and quality of life: a randomized pilot study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26(0). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100379&lng=en&tlng=en

Soares J, Vargas D. Effectiveness of brief group intervention in the harmful alcohol use in primary health care. *Rev Saude Publica.* 2019;53:4. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154071>

Sobell L, Sobell M. *Terapia de Grupo para transtornos por abuso de substâncias: abordagem cognitivo-comportamental motivacional*. 1st ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2013.

Thabane L, Hopewell S, Lancaster GA, Bond CM, Coleman CL, Campbell MJ, et al. Methods and processes for development of a CONSORT extension for reporting pilot randomized controlled trials. *Pilot Feasibility Stud.* 2016;2(1):25. Available from: <http://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-016-0065-z>

Zerbetto SR, Furino F de O. A implementação da intervenção breve na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev APS.* 2017;20(1). Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15782>

6.3 Artigo 3

Efetividade da intervenção breve grupal em homens usuários de álcool atendidos em serviços de atenção primária à saúde no Brasil: ensaio clínico randomizado
Effectiveness of brief group intervention for men alcohol use in primary care in Brazil: randomized clinical trial

Efecto de la Intervención Breve Grupal en hombres usuarios de alcohol atendidos en servicios de atención primaria de salud en Brasil: ensayo clínico aleatorizado

Resumo

Objetivo: avaliar a efetividade da Intervenção Breve Grupal (IBG) na redução do uso de álcool e no aumento da prontidão para mudança em homens que fazem uso de risco e nocivo dessa substância. **Método:** ensaio clínico randomizado, com seguimento de 30 e 90 dias, conduzido em uma unidade de atenção primária à saúde na região central de São Paulo (Brasil) de setembro de 2018 a dezembro de 2019. Foram randomizados 112 homens – no grupo experimental (n=55) e no grupo controle (n=57). Para coleta dos dados, utilizaram-se o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e a régua de prontidão para mudança (RPM). O grupo experimental recebeu uma sessão de IBG aplicada por enfermeiros utilizando o modelo FRAMES. O grupo controle foi orientado a continuar com o atendimento padrão da unidade após entrevista inicial. Análises intragrupo e intergrupo utilizando o método GEE (Generalized Equations Estimating) foram realizadas. A fim de verificar a evidência da hipótese, utilizou-se o fator de Bayes. Para avaliar a relação do padrão de uso e a prontidão para mudança, utilizou-se a correlação de Pearson. **Resultado:** na análise do efeito da IBG, observou-se diferença significativa entre os grupos experimental (GE) e controle (GC) em todos os tempos avaliados quanto ao padrão de uso (GE T1 (7,73±5,14) GC T1 (12,48±5,62)) e (GE T2 (6,65±4,83) GC T2 (11,68±6,65)). Foram encontradas diferenças entre os grupos na prontidão para mudança nos três tempos (GE T1 (8,50±2,44) GC T1 (5,67±3,10)) e (GE T2 (8,80±1,73) GC T2 (5,36±3,33)). **Conclusão:** os dados sugerem que a IBG se mostrou efetiva quando comparada ao grupo controle, pois houve redução no padrão de uso de risco e nocivo de álcool para o uso de baixo risco, conforme os escores do AUDIT, e aumento nos estágios de prontidão para mudança.

Palavra-chave: intervenção breve, grupo, ensaio clínico, álcool, enfermagem.

Introdução

A intervenção breve é uma abordagem amplamente utilizada em diversos países (Babor et al., 2007; Kaner et al., 2018) com o intuito de promover mudanças no comportamento de beber e prevenir agravos à saúde em indivíduos que fazem uso de risco ou nocivo de álcool (Babor et al., 2007). O uso problemático de álcool é uma condição de saúde pública que acomete mais da metade das pessoas que fazem uso da substância no mundo, sendo que a maior prevalência de consumo excessivo da substância é encontrada na população masculina (World Health Organization, 2018). Conforme a Organização Mundial da Saúde, a América Latina ocupa o segundo lugar com maior uso de álcool per capita (8,4L). O Brasil ocupa o quinto lugar da lista dos países americanos, com consumo per capita de 8,7 L (World Health Organization, 2014), com importantes diferenças do uso nocivo entre gêneros e com aumento de 38% a 47%, em homens, e de 17% a 27%, em mulheres, entre 2006 e 2012 (INPAD, 2013).

Diante desses dados, é importante incluir também, nas intervenções de prevenção, conteúdos que permeiem as particularidades de gênero, pois, mesmo que o uso de álcool entre mulheres tenha aumentado, a população masculina ainda apresenta a maior taxa de uso de álcool e de problemas decorrentes dele. É bem descrita na literatura a dificuldade na abordagem do uso de álcool e outras substâncias psicoativas no contexto da atenção primária à saúde (O'Donnell et al., 2014; McNeely et al., 2018), além da baixa procura da população masculina pelos serviços oferecidos na APS (Moura et al. 2014; Rosu et al. 2017). No Brasil, estima-se que os homens possuem concentração de consultas/ano 71 vezes menor do que as mulheres (Ministério de Saúde do Brasil, 2012). Historicamente, os serviços de APS têm sido desenhados para priorizar os cuidados à mulher e à criança, o que provavelmente tem fragilizado a participação dos homens nesses espaços de cuidado (Gomes et al., 2011). Por outro lado, esse fenômeno pode se associar também aos diferentes modelos de masculinidade, que não reconhecem o autocuidado como prática, o que acaba revertendo no afastamento do homem dos serviços de saúde (Gomes et al., 2011; Peres et al., 2015).

Diante desse panorama, que coloca o homem em uma situação de risco para sua saúde, devido às inúmeras consequências negativas atreladas ao uso problemático do álcool, é necessário investir em estratégias que auxiliem a mudança desse comportamento, com vistas a prevenir agravos à saúde e melhorar a qualidade de vida. Abordagens como a intervenção breve podem ser um elemento importante para motivar as mudanças de comportamento que levem à diminuição da prevalência do uso de risco e nocivo de álcool na população masculina, pois se trata de uma intervenção cujo principal objetivo é motivar as pessoas a realizar ações específicas, como a procura de serviços de saúde, além da elaboração de estratégias que

promovam comportamentos saudáveis (Miller, 2001).

No Brasil, há evidência da implementação das intervenções breves individuais (IBI) em serviços de APS em diversas cidades (Ronzani et al., 2005; Souza-Formigoni et al., 2008) que, além de apontarem suas potencialidades para motivar a mudança no padrão de uso de álcool e outras drogas, também indicam algumas limitações a serem superadas para otimizar sua adequada utilização; dentre as mais citadas, limitações de infraestrutura e recurso humano, seguidas de aspectos ligados ao próprio sistema de saúde, falta de engajamento e descrença dos profissionais de saúde neste tipo de abordagens (Formigoni et al., 2017; Ronzani, 2018).

Tais limitações permitem pressupor a necessidade de propor novos modos de aplicação da IBI, o que nos leva a pensar que a aplicação da intervenção breve em formato grupal pode ser um subsídio potencial para isto. A utilidade e a eficiência dos grupos com finalidade terapêutica têm sido amplamente discutidas no contexto da atenção primária à saúde (Menezes, 2016). Dentre as vantagens apontadas em estudos que utilizaram intervenções grupais com usuários de álcool e outras drogas, identifica-se que o número de pessoas a se beneficiar da intervenção é maior, representado menor custo para a instituição. Com relação à interação entre os membros do grupo, estudos indicam que o apoio emocional entre o grupo facilita processos de mudança e disponibiliza um espaço de reconhecimento mútuo de dificuldades similares – o que favorece a elaboração conjunta de estratégias, a promoção da autonomia e a responsabilidade sobre as escolhas de cada indivíduo (Marques, 2001; Sobell, 2013).

A atenção primária à saúde, no Brasil, tem se apropriado do uso de tecnologias grupais conduzidas na sua maior parte, pelos profissionais de enfermagem (Silva et al., 2006), com o intuito de favorecer as atividades de cuidado em populações específicas. As intervenções breves de cunho grupal podem ser uma ferramenta terapêutica útil, voltada à prevenção e à redução do padrão de uso de risco e nocivo de álcool, com alto potencial para ser aplicada nesse contexto, ressaltando-se, ainda, como vantagens, a economia de recursos humanos e o potencial do grupo na promoção da saúde dos seus membros (Soares, 2019).

Embora os estudos publicados que buscaram avaliar a efetividade da intervenção breve grupal em população adulta (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017; Soares, 2019) apontem a IBG como uma abordagem com potencial para reduzir o uso de álcool, esses estudos apresentam limitações e não utilizaram exclusivamente o modelo FRAMES. Portanto, o objetivo deste estudo é fornecer maior evidência sobre a efetividade da IBG na redução do padrão de uso de álcool em homens no âmbito da atenção primária à saúde, com vistas a superar as limitações encontradas e garantir seu uso com confiabilidade e segurança no território brasileiro.

Método

Delineamento do estudo

Ensaio clínico randomizado de intervenção não farmacológica, realizado sob as diretrizes propostas na extensão do Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT). O estudo foi conduzido em uma unidade de atenção primária à saúde, na região central da cidade de São Paulo (Brasil). Os dados foram coletados de setembro de 2018 a dezembro de 2019. A equipe de pesquisa constituiu-se por enfermeiros do Núcleo de estudos e pesquisa em enfermagem em álcool e outras drogas, da Universidade de São Paulo (NEPEAA), e por uma psicóloga da unidade de APS. Ambos receberam treinamento, com carga horária de 8 horas, sobre a utilização dos instrumentos e a aplicação da intervenção breve grupal, além do reconhecimento do fluxo da pesquisa, o manual de intervenção e o uso do *checklist*, conforme indicado por Sidani (2013), com o intuito de evitar o viés de *performance*.

Participantes

Todos os homens que procuraram o serviço de saúde, independentemente do motivo de procura, foram convidados a participar da pesquisa, sendo incluídos aqueles que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos de idade, saber ler e escrever, obter pontuação no AUDIT entre 8 e 19, com endereço residencial fixo na cidade de São Paulo e telefone para contato devidamente verificado pelo auxiliar de pesquisa no momento da entrevista. Aqueles que obtiveram pontuações acima de 20, no AUDIT, foram encaminhados para serviços especializados em transtornos relacionados ao uso de álcool. Os indivíduos que estavam em tratamento ou frequentavam algum grupo relacionado com o uso de álcool não foram incluídos no estudo, da mesma maneira que os indivíduos portadores de incapacidade cognitiva visível, que impedisse sua compreensão dos termos da pesquisa, e aqueles sob efeito de alguma substância psicoativa ou com sinais de intoxicação.

Os participantes elegíveis foram randomizados no grupo experimental (Intervenção Breve Grupal) ou no grupo controle (Cuidado Usual) imediatamente após a entrevista inicial com a aplicação do AUDIT. Foram randomizados 112 homens, utilizando um programa computadorizado ([http:// www.randomization.com/](http://www.randomization.com/)). Os números da sequência foram distribuídos por um auxiliar de pesquisa, em envelopes opacos e lacrados, entregues ao pesquisador principal posteriormente, com o intuito de cegar a alocação dos participantes, evitando assim o viés de seleção.

Grupo experimental

Os participantes que receberam uma sessão de intervenção breve grupal (n=55) foram organizados em grupos que oscilaram em sua composição entre 2 e 4 pessoas. A duração da sessão foi de 30 a 60 minutos. A IBG podia ser realizada imediatamente após preenchimento do AUDIT; mas, caso o participante não tivesse disponibilidade, o profissional agendava o próximo encontro conforme melhor horário para o participante. A intervenção foi realizada conforme as indicações da Organização Mundial da Saúde (Babor, 2001), contendo os ingredientes ativos (FRAMES)(Miller,1994).

Antes de dar início à sessão de IBG, realizava-se a introdução do grupo, com apresentação breve dos participantes presentes e do profissional de saúde que conduzia a intervenção. Ao finalizar cada sessão, informava-se novamente que os participantes seriam contatados 30 dias e 90 dias depois para responder algumas perguntas. Além disso, o profissional devia verificar novamente o telefone e o endereço de cada participante.

Intervenção Breve Grupal

A intervenção foi conduzida sob a diretriz do manual de intervenções breves na atenção primária à saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (Babor, 2001), utilizando-se, adicionalmente, técnicas de grupo.

Feedback: Durante o início da sessão, foi distribuído para todo os participantes, um folheto educativo elaborado pelo programa de ações integradas para prevenção e atenção ao uso de álcool e drogas na comunidade (PAI-PAD). Depois, era discutido entre os participantes o motivo pelo qual estavam participando do grupo, o resultado obtido no AUDIT, explicando com detalhe a definição do uso de risco e nocivo de álcool. **Responsabilidade:** Discutiu-se a questão da responsabilidade frente às escolhas realizadas, reforçando a ideia de que o próprio usuário pode tomar decisões frente a seu tratamento ou frente as suas ações, uma vez que conhece as consequências decorrentes do seu uso em diversas esferas da vida. **Aconselhamento:** Utilizou-se a tabela de conversão de doses, presente no folheto educativo, salientando sobre o número de doses que são consideradas uso de baixo risco, conforme a Organização Mundial da Saúde. O objetivo era entregar uma mensagem clara sobre os riscos que o uso de álcool traz para a saúde. Além disso, foram incluídas discussões sobre redução de danos e a saúde do homem, levantando questões relacionadas ao papel da masculinidade no uso prejudicial de álcool. **Menu de opções:** Identificavam-se os fatores de risco que aumentavam o uso de álcool, tais como situações ou sentimentos. O profissional que conduzia a sessão orientava cada membro para apontar uma atividade alternativa frente às situações mencionadas.

Empatia: O profissional de saúde sempre esteve atento aos apontamentos dos usuários, evitando julgamentos de cunho moral e uma abordagem confrontadora. **Autoeficácia:** Utilizando a atividade da balança decisória, o profissional de saúde encaminhou a discussão para abordar os prós e os contras do uso de álcool, enfatizando a potencialidade e as habilidades que cada um tem para realizar mudanças importantes nas suas vidas. A discussão entre o grupo era conduzida de maneira a reforçar e socializar os aspectos positivos apontados pelos membros.

Fidelidade da intervenção

Com vistas a verificar a fidelidade da intervenção, conforme a literatura sugere (Sidani, 2013), o profissional que aplicava a intervenção devia preencher um *checklist* sobre os componentes e os ingredientes ativos da intervenção. O *checklist* foi elaborado com base na proposta SCORE (Vendetti et al., 2017) para observação e avaliação em tempo real da SBIRT.

Grupo Controle

Os participantes alocados no grupo controle (n=57) foram orientados a continuarem com o atendimento padrão da unidade após a entrevista inicial. Durante esse atendimento, que correspondia à consulta médica ou de enfermagem, era realizada uma pergunta do tipo dicotômica para os usuários sobre o uso da bebida alcoólica (“Você faz uso de bebida alcoólica?”). Nenhum procedimento específico ou padronizado foi implementado caso a resposta fosse afirmativa.

Seguimento

A avaliação dos seguimentos foi realizada 30 e 90 dias tanto no grupo experimental quanto no grupo controle. No caso dos indivíduos alocados no grupo controle, os 30 dias foram considerados após a entrevista inicial; já, para os participantes do grupo experimental, o tempo para realizar o seguimento das avaliações foi após os indivíduos terem recebido a intervenção breve grupal. Esse contato foi realizado por um auxiliar de pesquisa via telefone, com cegamento de alocação, no qual era avaliado o padrão de uso, por meio da aplicação do AUDIT, e a prontidão para mudança, por meio da aplicação da RPM.

Instrumentos de coleta de dados

Todos os participantes que aceitaram os termos da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, responderam a um questionário sociodemográfico contendo

perguntas sobre sexo, orientação sexual, idade, estado civil, raça, escolaridade e ocupação. Dados clínicos, como patologias prévias e atuais. E, finalmente, dados comportamentais contendo informações sobre uso de substâncias psicoativas e realização de atividades de lazer. Para avaliar o padrão de uso, os participantes responderam o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Lima et al., 2005; Santos et al., 2012), o qual possibilita classificar o uso de álcool em zonas de risco, conforme o escore obtido: uso de baixo risco (até 7 pontos), uso de risco (entre 8 e 15 pontos), uso nocivo (entre 15 e 19 pontos) e provável dependência (acima de 20 pontos). Com o objetivo de avaliar a prontidão para mudança, utilizou-se a régua de prontidão para mudança adaptada por (Sobell, 2013), sendo uma escala de 0 a 10 que verifica o estágio de motivação do indivíduo: Pré-Contemplanção 1-3 (PC); Contemplanção 4-5 (C); Preparação 6-7 (P); Ação 8-9 (A); e Manutenção 10 (M).

Análise dos dados

A fim de testar a homogeneidade dos grupos, com relação às variáveis de caracterização iniciais, foi utilizado o teste Exato de Fisher, de variáveis categóricas, e o teste de Mann-Whitney, em casos de variáveis numéricas. Para avaliação da efetividade da IBG, utilizou-se a análise intragrupo e intergrupo com método GEE (Generalized Equations Estimating). Para verificar o tamanho de efeito da intervenção, utilizou-se o d de Cohen, sendo que um valor d entre 0,20 e 0,50 pode se considerar baixo, d entre 0,50 e 0,80 (médio) e d superior a 0,80 (alto). A evidência de hipóteses foi avaliada utilizando-se o Fator de Bayes (K). Um valor de K superior a 1 significa que a hipótese alternativa é mais fortemente suportada pelos dados em detrimento da hipótese nula; assim, um valor de K entre 1 e 3,2 representa força de evidência fraca; entre 3,2 e 10 (substancial); entre 10 e 100 (forte) e superior a 100 (força de evidência decisiva). Avaliaram-se também a correlação entre a prontidão para a mudança e o padrão de uso, utilizando a correlação de Pearson e a raiz quadrada do coeficiente de determinação (R^2) marginal de um modelo de efeitos mistos com a RPM prevendo o AUDIT.

Dimensionamento amostral

O tamanho amostral foi estimado com base no tamanho do efeito ($d^2=0,018$) identificado no estudo piloto (León, 2020), utilizando a análise *Generalized liner mixed model*, assumindo um poder de 0,80. O que resultou em 88 indivíduos necessários para o estudo. Considerou-se 28% de perdas, com base no observado no estudo piloto, chegando-se a 112 participantes a serem randomizados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de

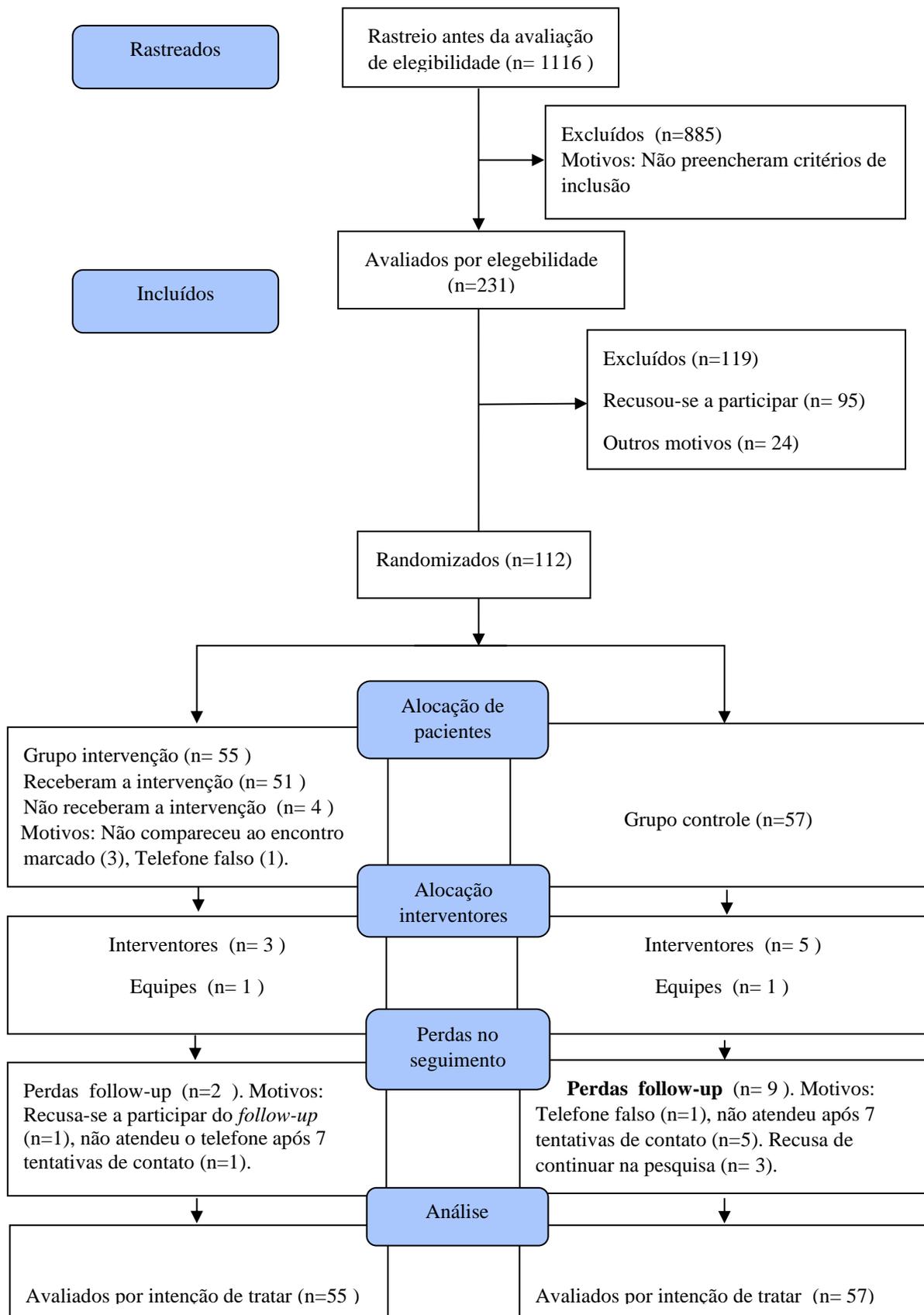
Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo também consta no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (número UTN: U1111-1205-8313).

Resultados

Foram rastreados 1.116 homens pelo período de quinze meses; desses, 885 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão. Dos 231 potencialmente elegíveis, foram excluídos outros 119, resultando na amostra de 112 homens, os quais foram alocados em dois grupos. No grupo experimental, 55 homens, dos quais 4 não receberam a intervenção porque não compareceram ao encontro marcado ou por terem fornecido um número de telefone inexistente. Dentre os que receberam a IBG, 2 não finalizaram o estudo, devido à impossibilidade de entrar em contato, para os seguimentos, e à recusa a continuar participando da pesquisa. Assim, 49 indivíduos completaram o estudo nesse grupo. No grupo controle, alocaram-se 57 homens; desses, todos receberam o tratamento padrão da unidade; entretanto, somente 48 completaram o estudo. As causas relacionadas à inconclusão foram a perda de contato (por telefone indisponível) ou a recusa em continuar com a pesquisa (Figura 1). Para realização da intervenção breve grupal, foram compostos 16 grupos, com a participação em cada grupo de no mínimo duas pessoas (4 grupos) e no máximo quatro (5 grupos).

Os participantes deste estudo possuíam idade média de 39 anos ($\pm 11,5$). Quanto ao padrão de uso de álcool, o uso de risco foi o mais prevalente (70,5%), seguido do uso nocivo (26,7%). No que diz respeito à prontidão para mudança, 20,5% encontravam-se em fase de pré-contemplação, seguidos de 21,4% na fase de manutenção, 19,6% na fase de ação e, em menor porcentagem, daqueles que estavam em fase de preparação (11,1%). A comparação das características sociodemográficas iniciais entre o grupo controle e o grupo experimental é apresentada na Tabela 1 (Pág. 76).

Figura1. Fluxograma de recrutamento



Fonte: Consolidated Standards of Reporting Trials (Boutron et al. 2017)

*Efeito da IBG intragrupo no padrão de uso de álcool e na prontidão para mudança**Grupo experimental*

A Tabela 2 (pág.77) apresenta o efeito da intervenção breve grupal no padrão de uso de álcool. Pode-se observar que, na análise intragrupo do grupo experimental (IBG), houve diferença significativa ($p = 0,000$) entre todos os tempos e o tempo T0, sendo que a menor média dessa variável foi observada no tempo T2 ($6,65 \pm 4,83$), indicando redução de 6,39 pontos no AUDIT quando comparado com o T0 ($13,04 \pm 4,14$) ($K=18,5$). Com relação à frequência de consumo de álcool no último mês (Item 1 do AUDIT), foi observada diferença significativa entre o T0 ($2,18 \pm 0,94$) e o T2 ($1,59 \pm 1,22$) ($K=1,6$), apontando redução de 0,54 pontos no AUDIT.

No que diz respeito à quantidade de doses ingeridas tipicamente ao beber durante o último mês, houve diferença estatisticamente significativa entre todos os grupos, T0 ($3,00 \pm 1,17$), T1 ($1,88 \pm 1,23$), T2 ($1,63 \pm 1,18$), ($K=12,3$), apontando redução de aproximadamente 2 pontos no score do AUDIT. Com relação ao beber episódico pesado ou beber em *binge* (Item 3 do AUDIT), houve diferença estatística nos três tempos, T0 ($2,96 \pm 0,92$), T1 ($1,23 \pm 1,13$), T2 ($0,94 \pm 1,09$), apontando que os participantes do grupo experimental que faziam uso de álcool em binge, semanalmente, passaram a fazer esse uso com menor frequência. A análise do efeito da intervenção breve grupal na prontidão para mudança indicou diferença significativa ($p=0,000$) entre todos os seguimentos de avaliação, T1 ($8,50 \pm 2,24$), T2 ($8,80 \pm 1,73$), sendo que a maior média da RPM foi observada no tempo T2 (8,80) (Tabela 2).

Grupo controle

No grupo controle, não houve diferença significativa entre os tempos de avaliação com relação ao padrão de uso (AUDIT). Com relação à frequência durante o último mês, observou-se diferença significativa ($p=0,013$) entre as avaliações T0 ($1,96 \pm 0,80$), T1 ($2,50 \pm 1,11$) e T2 ($2,40 \pm 1,31$); ou seja, os indivíduos que fizeram parte desse grupo aumentaram a frequência de uso de álcool um mês depois da entrevista e mantiveram esse aumento até a última avaliação aos 90 dias. Quanto à variável “quantidade de doses”, também houve diferença entre os tempos ($p=0,005$), observando-se leve redução da quantidade de doses consumidas. Já, para o beber episódico pesado ou beber em *binge*, houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,039$) entre T0 ($2,28 \pm 0,88$) e T2 ($1,89 \pm 1,36$), apontando redução de 0,60 pontos no item 3 do AUDIT. Com relação à prontidão para mudança, não foram observadas diferenças entre os participantes do grupo controle nos 3 tempos.

Tabela 1. Características sociodemográficas e padrão de uso do grupo experimental e do grupo controle. São Paulo, SP, Brasil

Variáveis	Intervenção (n = 55)		Controle (n = 57)		Valor-p [†]	
	N	%	N	%		
Orientação sexual	Assexuado	0	0,0%	0	0,0%	0,908
	Bissexual	3	5,5%	2	3,5%	
	Heterossexual	49	89,1%	51	89,5%	
	Homossexual	3	5,5%	4	7,0%	
	Pansexual	0	0,0%	0	0,0%	
Cor/raça	Branca	12	21,8%	18	31,6%	0,487
	Parda	26	47,3%	22	38,6%	
	Preta	16	29,1%	16	28,1%	
	Indígena	0	0,0%	1	1,8%	
	Não declara	1	1,8%	0	0,0%	
Estado conjugal	Solteiro	27	49,1%	34	59,6%	0,108
	Casado	9	16,4%	11	19,3%	
	Divorciado	4	7,3%	7	12,3%	
	Viúvo	1	1,8%	0	0,0%	
	Amasiado	14	25,5%	5	8,8%	
Moradia	Albergue/centro de acolhida	4	7,3%	3	5,3%	0,512
	Casa própria	20	36,4%	15	26,3%	
	Aluguel	29	52,7%	35	61,4%	
	Rua	0	0,0%	0	0,0%	
	Ocupação	1	1,8%	0	0,0%	
	Pensão	1	1,8%	3	5,3%	
	De favor	0	0,0%	1	1,8%	
Problema de saúde	Sim	14	25,5%	13	22,8%	0,827
	Não	41	74,5%	44	77,2%	
Transtorno mental	Sim	5	9,1%	1	1,8%	0,110
	Não	50	90,9%	56	98,2%	
Drogas ilícitas	Sim	10	18,2%	8	14,0%	0,613
	Não	45	81,8%	49	86,0%	
Fuma tabaco	Sim	19	34,5%	12	21,1%	0,140
	Não	36	65,5%	45	78,9%	
Padrão de uso	Uso de baixo risco	3	5,5%	0	0,0%	0,100
	Uso de risco	35	63,6%	44	77,2%	
	Uso nocivo	17	30,9%	13	22,8%	
	Provável dependência	0	0,0%	0	0,0%	

Efeito da IBG intergrupo no padrão de uso de álcool e na prontidão para mudança

Na análise intergrupo, observou-se diferença significativa entre os grupos experimental (GE) e controle (GC) em todos os tempos avaliados quanto ao desfecho padrão de uso: (GE T1 (7,73±5,14) GC T1 (12,48±5,62)), (K=6,2) e (GE T2 (6,65±4,83) GC T2 (11,68±6,65)), (K=5,92). No que diz respeito à frequência de uso, à quantidade de doses e ao uso episódico pesado, houve diferença entre os dois grupos, indicando maior redução no grupo experimental em T1 (p=0,000) e T2 (p=0,000). Houve diferença significativa entre o grupo que recebeu a intervenção breve grupal e o grupo controle nos tempos T1 (30 dias) e T2 (90 dias) quanto à pontuação da RPM (valor-p < 0,050). (Tabela 2).

Relação da prontidão para mudança e do padrão de uso de álcool

A análise de correlação entre a prontidão para mudança e o padrão de uso indicou que a RPM foi inversamente proporcional quanto à pontuação do AUDIT durante as avaliações T0 (0,012), T1 (-0,333), T2 (-0,487) e geral (-0,440).

Tabela 2. Comparações intra e intergrupo para o padrão de uso de álcool e prontidão para mudança.

Fonte	Tempo	Experimental (IBG)				Controle (Cuidado usual)				Intervenção x Controle		
		Média (DP)	Valor-p ¹	d ²	K ³	Média (DP)	Valor-p ¹	d ²	K ³	Valor-p ¹	d ²	K ³
Freq.	T0	2,18 (0,94)	-	-	-	1,96 (0,80)	-	-	-	0,184	0,25	-0,84
	T1	1,92 (1,23)	0,113	0,24	-0,92	2,50 (1,11)	0,000	0,56	1,72	0,011	0,50	0,99
	T2	1,59 (1,22)	0,005	0,54	1,68	2,40 (1,31)	0,013	0,41	0,21	0,002	0,64	2,68
Quant	T0	3,00 (1,17)	-	-	-	3,16 (1,15)	-	-	-	0,468	0,14	-1,37
	T1	1,88 (1,23)	0,000	0,94	7,75	2,74 (1,20)	0,033	0,36	-0,14	0,000	0,71	3,52
	T2	1,63 (1,18)	0,000	1,16	12,39	2,57 (1,39)	0,005	0,46	0,75	0,000	0,73	3,85
Beber em Binge	T0	2,16 (0,92)	-	-	-	2,28 (0,88)	-	-	-	0,489	0,13	-1,39
	T1	1,23 (1,13)	0,000	0,91	7,10	2,09 (1,24)	0,381	0,18	-1,21	0,000	0,72	3,64
	T2	0,94 (1,09)	0,000	1,22	13,47	1,89 (1,36)	0,039	0,35	-0,31	0,000	0,78	4,56
Padrão de uso	T0	13,04 (4,14)	-	-	-	12,35 (3,84)	-	-	-	0,359	0,17	-1,24
	T1	7,73 (5,14)	0,000	1,15	11,58	12,48 (5,62)	0,502	0,03	-1,56	0,000	0,88	6,06
	T2	6,65 (4,83)	0,000	1,43	18,05	11,68 (6,65)	0,392	0,13	-1,40	0,000	0,87	5,92
RPM	T0	6,72 (2,86)	-	-	-	5,67 (3,10)	-	-	-	0,063	0,35	-0,05
	T1	8,50 (2,24)	0,000	0,69	3,74	5,37 (3,22)	0,398	0,09	-1,46	0,000	1,13	10,33
	T2	8,80 (1,73)	0,000	0,87	6,91	5,36 (3,33)	0,490	0,10	-1,47	0,000	1,30	13,87

¹Modelos marginais (GEE); ²d de Cohen ³Fator de Bayes.

Perfil das desistências

Durante a realização do estudo, 15 participantes (13,4%) desistiram de participar; desses, 6 indivíduos (11%) pertenciam ao grupo experimental e 9 (15,7%) ao grupo controle. No GE, 7,2% dos homens desistiram após a intervenção no T1, enquanto 3,6% desistiram no T2. Por outro lado, no grupo controle, a maior parte das desistências (8,6%) ocorreu no T1. Não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as características dos homens que participaram do estudo e aqueles que desistiram. A média de idade dos indivíduos que não finalizaram o estudo foi de 33 anos; sendo homens solteiros (53,3%) que não praticavam religião (46,7%), cuja situação laboral era autônomo (33,3%). A maioria dos homens que desistiram de participar no estudo não possuía nenhum problema de saúde (93,3%). Com relação ao padrão de uso de álcool, a média de escore obtido no AUDIT foi de 14,2, relatando-se, como principal motivo do uso, o uso social com amigos (86,7%).

Discussão

Esse estudo visou avaliar a efetividade da intervenção breve grupal na diminuição do padrão de uso e no aumento da prontidão para mudança em homens que faziam uso de risco e nocivo de álcool atendidos em uma unidade de atenção primária à saúde. Os participantes que receberam a IBG apresentaram diminuição significativamente maior do padrão de uso de álcool, a qual se manteve até a última avaliação do seguimento, em quanto aqueles que participaram do grupo controle (cuidado usual) mantiveram o padrão de uso de risco ou nocivo de álcool até a finalização do estudo, o que sugere evidências de efetividade da IBG para esse desfecho.

Nossos resultados são consistentes com estudos que apontam o efeito positivo das intervenções de cunho grupal na redução do uso de álcool e outras drogas em serviços de APS e outros contextos (Marques, 2001; Formigoni et al., 2008; Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017; Soares, 2019). O que permite reforçar a hipótese de que a IBG é uma estratégia com potencial de implementação e reprodutibilidade para prevenção do uso problemático de álcool.

No que tange à quantidade de doses ingeridas no último mês e ao beber episódico pesado (*binge*), houve redução significativa desses desfechos após aplicação da IBG no GE; entretanto, na frequência de uso de álcool, não houve mudanças na primeira avaliação do seguimento, somente durante a última avaliação, indicando também um tamanho do efeito baixo. Apesar disso, a IBG ainda se mostrou efetiva na redução desses desfechos, quando comparada ao grupo controle, que apresentou aumento na frequência de uso no último mês, acompanhada de leve redução no número de doses de álcool ingeridas durante o último mês.

A quantidade de doses ingeridas no último mês, o beber em binge e o padrão de uso (frequência e quantidade) são desfechos que aparecem mais comumente nos estudos que têm se ocupado de avaliar a efetividade das IB (Minto et al., 2007; Kaner et al., 2018). Entretanto, avaliações na frequência de uso de álcool como medida de desfecho independente são menos frequentes, sugerindo que maior atenção deve ser dada ao efeito da IBG na frequência do uso. Avaliando essa dimensão como uma covariável independente, observamos que a IBG não exerceu influência significativa na redução da frequência de uso de álcool nos homens que participaram do grupo experimental.

Ainda que não tenha se observado efeito sobre a frequência de uso, a IBG mostrou-se efetiva na diminuição do padrão de uso de forma geral, o que permite se dizer que a IBG é uma intervenção com potencial para ser usada como alternativa às abordagens tradicionais empregadas nas unidades de APS, já que os resultados aqui descritos sugerem sua efetividade na população masculina inserida neste contexto, o que é corroborado por outros estudos que visaram comparar o efeito da IBG com a IBI (Flórez, 2009; Bernstein et al., 2017), apontando que as duas intervenções possuem efeitos similares na redução do uso de álcool.

A maioria dos homens que participaram do grupo experimental estava em fase de preparação antes de receber a IBG; ou seja, em um estágio motivacional no qual eles tinham reconhecimento prévio do seu comportamento e prontidão para elaborar estratégias de mudança, o que pode ter potencializado o efeito da IBG nesse grupo, já que, durante a primeira avaliação de seguimento (T1) após a intervenção, a média da RPM aumentou e se manteve até a segunda avaliação de seguimento (T2), favorecendo o avanço do estágio motivacional daqueles indivíduos para uma fase de ação, o que sugere que a IBG é efetiva no aumento da RPM, quando comparada com os indivíduos do grupo controle, os quais estavam na fase de contemplação, previamente ao recebimento do cuidado usual na unidade de atenção primária à saúde, e não apresentaram mudança nas avaliações posteriores (T1 e T2).

O fato de o grupo controle não ter apresentado mudanças com relação ao padrão de uso e à prontidão para mudança apresenta indícios da necessidade de utilizar abordagens motivacionais como a IBG na atenção a pessoas com uso de risco e nocivo de álcool na APS, pois abordar esse tema durante o atendimento é relevante para passar informações claras e objetivas frente aos riscos desse uso e auxilia na busca de estratégias de mudança (Formigoni et al., 2017). É provável que a abordagem recebida pelos homens do grupo controle não tenha tocado elementos motivacionais suficientes para provocar uma mudança de comportamento com relação ao uso de álcool nesses indivíduos, o que reflete algumas das fragilidades já apontadas por alguns autores (Formigoni et al., 2017; Ronzani et al., 2019), nas unidades de

atenção primária à saúde, no tocante ao cuidado prestado às pessoas com uso de risco e nocivo de álcool.

Quando avaliada a correlação entre a prontidão para mudança e o padrão de uso ao longo do tempo, os dados sugerem afirmar que estas duas variáveis possuem uma relação inversamente proporcional; assim, quanto maior é a prontidão para mudança, a pontuação do AUDIT (padrão de uso) tende a diminuir durante os seguimentos de avaliação no grupo que recebeu a intervenção breve grupal – relação que tende a se fortalecer durante os seguimentos de avaliação. Este dado vem ao encontro de estudos prévios (Bertholet et al., 2009; Stein et al., 2009; Myers et al., 2016; Gaume et al., 2017) que reivindicam o papel da prontidão para mudança de comportamento como preditor de sucesso das intervenções breves na redução do padrão de uso de álcool em diversos cenários e populações.

Os resultados deste estudo permitem afirmar que a IBG aliada ao conhecimento prévio do estágio de prontidão para mudança é um elemento fundamental para o profissional de saúde que presta cuidados à população que faz uso de risco e nocivo de álcool. Nota-se que, ao conhecer o estágio de prontidão para mudança, pode se estabelecer uma diferenciação na abordagem e no cuidado que será dado a aquele indivíduo (Maisto et al., 2001), pois, durante o processo de mudança, as pessoas possuem necessidades diferentes que devem ser consideradas durante a IBG.

De forma geral, estudos que visaram avaliar a efetividade de intervenções breves em população com uso de risco e nocivo de álcool apresentaram níveis consideráveis de desistências (Crawford et al., 2010; Soares, 2019), porém, este estudo apresentou baixa taxa de desistências (13,4%), quando comparado a outros da mesma natureza (Bernstein et al., 2017; Soares, 2019). Acredita-se que isso possa estar relacionado com alguns aspectos diferenciais deste estudo, uma vez que levaram-se em consideração vários fatores evidenciados previamente no estudo piloto (León, 2020) e que foram ajustados no momento do delineamento do presente estudo. Dentre os quais, durante o treinamento da equipe de pesquisa, foram incluídas matérias relacionadas com a qualidade da abordagem dos participantes da pesquisa, sobre como evitar o julgamento, o estigma e a atitude negativa no momento de realizar perguntas sobre uso de álcool ou outras substâncias psicoativas, criando assim um ambiente descontraído e empático. A atitude do profissional de saúde, no momento de abordar as questões relacionadas ao uso de álcool, é fundamental e tem sido amplamente documentada como um desafio a ser vencido na implementação de intervenções breves (Marques, 2004) e como um fator que favorece a participação da comunidade nos serviços oferecidos pela unidade.

Além disso, outros cuidados, com vistas à manutenção do participantes na intervenção,

foram tomados. Houve a verificação obrigatória do número de telefone de contato fornecido pelo participante durante a entrevista e a flexibilização do horário de realização dos grupos, com o intuito de não competir com o horário de trabalho dos indivíduos – medidas que também podem ter contribuído para retenção dos participantes.

Potencialidades e limitações

Trata-se do primeiro estudo na América Latina que visou avaliar a efetividade de uma sessão de intervenção breve grupal aplicada maioritariamente por enfermeiros utilizando exclusivamente o modelo FRAMES. A aplicação desta intervenção apresenta algumas vantagens. Percebe-se o aproveitamento de um espaço de cuidado e de prevenção para o número maior de pessoas, as quais foram identificadas precocemente com uso de risco ou nocivo de álcool. Identifica-se o uso do grupo como uma ferramenta de socialização, de esclarecimento sobre o uso de álcool e de partilha de vivências comuns entre os homens.

A realização deste estudo em uma unidade de atenção primária à saúde e o contato com trabalhadores de saúde do serviço durante seu desenvolvimento permitiram a visibilidade da IBG entre os usuários, a gestão e os trabalhadores, fato que tem sido apontado, por autores com experiência na implementação de intervenções breves no país (Ronzani et al., 2005; Souza-Formigoni et al., 2008), como um fator que facilita a adoção de práticas relacionadas à prevenção do uso problemático de álcool nas unidades de atenção primária à saúde – salientando-se que a divulgação desses dados pode influenciar os gestores das unidades de APS a adotar tais programas (Formigoni et al., 2008).

Além de trazer resultados que reforçam a efetividade da IBG como uma modalidade inovadora na prevenção do uso de risco e nocivo de álcool e no aumento da prontidão para mudança, um diferencial do nosso estudo foi o fato de realizar um grupo exclusivamente com homens e incluir as questões de masculinidade atreladas ao uso problemático de álcool no decorrer do grupo. Esse é um fator que pode ter facilitado a elaboração de conceitos de prevenção e redução dos danos durante as discussões com participantes. Promover espaços de escuta exclusivamente masculinos, dentro da unidade de atenção primária a saúde voltada a atender as necessidades relacionadas com a saúde do homem, é importante, já que é uma população caracterizada pela baixa procura de serviços de saúde (Gomes et al., 2011). Frente a isso, é necessário construir uma outra lógica de cuidado, com base na reflexão e no respeito das particularidades do gênero masculino (Peres et al., 2015), que permita aproveitar de melhor maneira a presença do homem dentro da unidade para realizar atividades de prevenção ao uso de risco e nocivo de álcool. Nesse sentido, a IBG aplicada em um grupo de homens pode se

tornar um espaço de cuidado para essa população e – por que não? – pode aumentar a sua participação nos serviços de APS.

Embora este estudo evidencie os benefícios do uso da intervenção breve grupal, devem ser mencionadas algumas limitações encontradas durante o desenvolvimento desta pesquisa. Dentre elas, está o fato de que o estudo foi realizado em uma única unidade, dificultando a generalização dos resultados. Além disso, não há na unidade um protocolo sobre identificação precoce e prevenção do uso problemático de álcool, o que dificultou a definição do que seria o cuidado usual no grupo controle, devido à variabilidade das intervenções. Também não foi possível a configuração de grupos maiores, o que limitou a realização de uma análise inferencial sobre a existência de diferenças no efeito da intervenção breve grupal conforme o tamanho do grupo. Embora o tamanho da amostra tenha se mostrado maior do que em outros estudos que visaram avaliar a IBG no território brasileiro, ainda se trata de tamanho amostral pequeno. Portanto, sugere-se a replicação deste estudo em uma amostra maior com vistas a superar essas limitações e reforçar o uso da IBG com segurança e confiabilidade.

Implicações para prática e pesquisa

O presente estudo apresenta-se também como evidência inovadora, por ser o único estudo realizado no Brasil que visou explorar a relação da prontidão para mudança com o padrão de uso após exposição de uma população exclusivamente masculina à intervenção breve grupal no modelo FRAMES nas unidades de atenção primária à saúde, o que pode auxiliar o trabalho da equipe de saúde multidisciplinar. A IBG pode ser aplicada por diversas categorias profissionais, desde que treinadas adequadamente no uso de instrumentos de detecção precoce e na aplicação da intervenção. Entretanto, espera-se que os profissionais que representam grande parcela de trabalhadores nos serviços de saúde, como é o caso da enfermagem, possam obter o maior benefício com a IBG, sem esquecer que o enfermeiro tem papel fundamental na articulação de outros profissionais no serviço, no planejamento e na execução de grupos voltados para prevenção de doença e promoção da saúde, tonando-se um instrumento de difusão do uso da IBG entre os profissionais que trabalham na unidade de APS.

A respeito das implicações para futuras pesquisas, foi estabelecido um precedente para estudo da intervenção breve em formato grupal, pois evidenciou-se a necessidade de corroborar a efetividade desta intervenção, desenvolvendo estudos com tamanhos amostrais maiores e que superem as limitações aqui apontadas. Sugere-se a reprodução deste estudo em outras unidades de atenção primária à saúde do território brasileiro, estendendo-o a populações mais diversas, pois trata-se de um recurso valioso, de fácil aquisição e economicamente viável que sem dúvida

auxiliará no cuidado das pessoas com uso de risco e nocivo de álcool identificadas no contexto da APS em países em desenvolvimento.

Conclusão

Este estudo sugere a efetividade da intervenção breve grupal na redução do uso de álcool e no aumento da prontidão para mudança, em população masculina que faz uso de risco e nocivo dessa substância, e da sua aplicação no contexto da atenção primária à saúde pelos profissionais de saúde, desde que treinados adequadamente no uso dos instrumentos de identificação precoce e na aplicação da IBG. Também foi possível evidenciar que a intervenção breve grupal pode ser potencializada com o conhecimento prévio dos estágios de prontidão para mudança, já que esses estágios se encontram diretamente relacionados com o padrão de uso de álcool.

Referências

Allen E, Polikina O, Saburova L, McCambridge J, Elbourne D, Pakriev S, et al. The efficacy of a brief intervention in reducing hazardous drinking in working age men in Russia: the HIM (Health for Izhevsk men) individually randomized parallel group exploratory trial. *Trials*. 2011;12(1):238. Available from:

<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-12-238>

Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care. World Health Organization. 2001.

Babor TF, Mcree BG, Kassebaum P, Grimaldi PL, Ahmed K. Screening , Brief Intervention , and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of Substance Abuse. *Subst Abus*. 2007;7077:7–30.

Bernstein MH, Baird GL, Yusuf M, Mastroleo NR, Carey KB, Graney DD, et al. A Novel approach for streamlining delivery of brief motivational interventions to mandated college students: using group and individual sessions matched to level of risk. *Subst Use Misuse*. 2017;52(14):1883–91. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28812420>

Bertholet N, Cheng DM, Palfai TP, Samet JH, Saitz R. Does readiness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with unhealthy alcohol use? *Addict Behav*. 2009;34(8):636–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19428189>

Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF, Ravaud P. CONSORT Statement for Randomized

Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Ann Intern Med.* 2017;167(1):40. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M17-0046>

Crawford MJ, Csipke E, Brown A, Reid S, Nilsen K, Redhead J, et al. The effect of referral for brief intervention for alcohol misuse on repetition of deliberate self-harm: an exploratory randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2010;40(11):1821–8. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291709991899/type/journal_article

Flórez L, Gantiva CA. Brief motivational therapy: Differences between individual and group application for the moderation in alcohol consumption and other psychological variables associated with change. *Acta Colomb Psicol.* 2009;12(1):13–26. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000100002&lng=en&nrm=iso%3E. ISSN 0123-9155

Formigoni MLO, de Lacerda RB, Vianna VPT, Ronzani TM, Carneiro AP. Intervenção breve: módulo 4. In: SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 11. ed. – Brasília. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

Formigoni MLO, Boerngen-Lacerda R, Vianna VPT. Implementation of alcohol screening and brief intervention in primary care units in two Brazilian states: a case study. *Nord Stud Alcohol Drugs.* 2008;25(6):11–11. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/145507250802500612>

Gaume J, Bertholet N, Daeppen J-B. Readiness to change predicts drinking: findings from 12-month follow-up of alcohol use disorder outpatients. *Alcohol.* 2017;52(1):65–71. Available from: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/agw047>

Gomes R, Moreira M, Do Nascimento E, Rebello L, Couto M, Schraiber L. Os homens não vem! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primaria. *Cien Saude Colet.* 2011;16(suppl 1):983–92. Available from: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/9498>

Guibu IA, Moraes JC, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, Costa KS, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2017;51(suppl.2). Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139743>

INPAD. Consumo de álcool no Brasil tendências entre 2006/2012. 2013. Available from: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-

Preliminares.pdf

Jomar RT, Abreu ÂMM, 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):27–38. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100027&lng=pt&tlng=pt

Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Feb 24; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004148.pub4>

León, EG. Intervenção breve grupal para redução do padrão de uso de álcool em homens: Ensaio clínico randomizado [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the Audit in an urban Brazilian sample. 2005;40(6):584–9. Available from: doi: 10.1093/alcalc/agh202

Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Conigliaro RL, Kelley ME. Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *J Stud Alcohol.* 2001;62(5):605–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11702799>

Marques AC, Formigoni ML. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction.* 2001;96:835–46.

Marques ACPR, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26:28–32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

McNeely J, Kumar PC, Rieckmann T, Sedlander E, Farkas S, Chollak C, et al. Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addict Sci Clin Pract.* 2018;13(1):8. Available from: <https://ascjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13722-018-0110-8>

Menezes KKP de, Avelino PR. Grupos operativos na atenção primária à saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad saúde colet.* 2016;124–30. Available from:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-781543>

Miller W, Sanchez V. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. Alcohol use misuse by young adults. 1st ed. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1994. p. 55–81.

Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. 1st ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2001.

Ministerio de saúde do Brasil. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Brasília; 2012.

Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2007;16(3):207–20. Available from:

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Moura EC de, Santos W dos, Neves ACM das, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2014 Feb;19(2):429–38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200429&lng=pt&tlng=pt

Myers B, van der Westhuizen C, Naledi T, Stein DJ, Sorsdahl K. Readiness to change is a predictor of reduced substance use involvement: findings from a randomized controlled trial of patients attending South African emergency departments. *BMC Psychiatry*. 2016;16:35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26897614>

Peres PDO, Dos Santos WJ, Viegas SM, Da Silveira EAA, Bezerra AR. Experience of men in the context of Primary Health Care. *Investig y Educ en Enfermería*. 2015;33(2):227–36. Available from: doi: 10.1590/S0120-53072015000200005

Platt L, Melendez-Torres GJ, O'Donnell A, Bradley J, Newbury-Birch D, Kaner E, et al. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ Open*. 2016;6(8):e011473. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27515753>

Puskar K, Gotham H, Terhorst L, Hagle H, Mitchell A, Braxter B, et al. Effects of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) education and training on nursing students' attitudes toward working with patients who use alcohol and drugs. *Subst Abus*. 2013;34(2):122–8.

Ronzani TM. O que aprendemos sobre implementação das Intervenções Breves na América Latina? SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog. 2018;14(3):125–7. Available from: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/152064>

Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB do, Formigoni MLO. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. Cad Saude Publica. 2005;21(3):852–61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Ronzani TM, Fuentes-Mejía C, Belchior DC, Pinto GH, Leon FM, Cruvinel E, et al. Intervenciones breves para el abuso de sustancias en américa latina: una revisión sistemática. Psicol em Estud. 2019;24. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/44393>

Rosu MB, Oliffe JL, Kelly MT. Nurse Practitioners and Men’s Primary Health Care. Am J Mens Health. 2017;11(5):1501–11. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1557988315617721>

Santos WS Dos, Gouveia VV, Fernandes DP, Souza SSB, Grangeiro ASDM. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. J Bras Psiquiatr. 2012;61(3):117–23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000300001&lng=pt&tlng=pt

Sidani S, Braden CJ. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. Canada; 2013.

Silva MA, Bottaro de Oliveira AG, Teixeira Mandú EN, Reschetti S. Nurses & groups in the Family Health Program: possibility of social participation. Cogitare Enferm. 2006;11(2):143–9.

Soares J, Vargas D. Effectiveness of brief group intervention in the harmful alcohol use in primary health care. Rev Saude Publica. 2019;53:4. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154071>

Sobell L, Sobell M. Terapia de Grupo para transtornos por abuso de substâncias: abordagem cognitivo-comportamental motivacional. 1st ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2013.

Stein LAR, Minugh PA, Longabaugh R, Wirtz P, Baird J, Nirenberg TD, et al. Readiness to change as a mediator of the effect of a brief motivational intervention on posttreatment alcohol-related consequences of injured emergency department hazardous drinkers. *Psychol Addict Behav.* 2009;23(2):185–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19586135>

Vendetti JA, McRee BG, Del Boca FK. Development of the SBIRT checklist for observation in real-time (SCORE). *Addiction.* 2017;112:34–42. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/add.13657>

World Health Organization. Global Status Report on alcohol and health. OMS. 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

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

World Health Organization United Nations Children’s Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the sustainable development goals. Geneva; 2018.

CAPÍTULO V

7. CONCLUSÕES

Os resultados da presente investigação destacam a relevância do uso da IBG em homens que fazem uso de risco ou nocivo de álcool e que são atendidos em serviços de atenção primária à saúde. A revisão sistemática realizada constatou que se trata de uma intervenção com pouca evidência disponível no que diz respeito a sua efetividade. Como resultado do estudo piloto encontrou-se que a IBG é uma intervenção factível de ser aplicada no contexto da APS, salientando serem necessários ajustes para garantir uma melhor taxa participação dos indivíduos. O ensaio clínico realizado posteriormente, evidenciou que a IBG foi efetiva tanto na diminuição do uso problemático de álcool quanto no aumento da prontidão para mudança de comportamentos relacionados a esse uso na população masculina, indicando ainda que esta intervenção pode ser potencializada com o conhecimento prévio dos estágios de prontidão para mudança, já que estes apresentaram uma relação inversamente proporcional com o padrão de uso de álcool.

8. IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA E PESQUISA

Espera-se que os resultados desta pesquisa, tenham um impacto na visibilidade da IBG e de sua aplicabilidade nas rotinas de cuidado às pessoas que são atendidas diariamente nos serviços de APS, já que apresenta evidência inovadora, por ser o único estudo realizado no Brasil que visou explorar a relação da prontidão para mudança com o padrão de uso após exposição de uma população exclusivamente masculina à intervenção breve grupal no modelo FRAMES. A IBG pode ser aplicada por diversas categorias profissionais, desde que treinadas adequadamente no uso de instrumentos de detecção precoce e a aplicação da intervenção. Entretanto, espera-se que os profissionais de enfermagem que representam uma grande parcela de trabalhadores nos serviços de saúde possam obter o maior benefício com a IBG, sem esquecer que o enfermeiro tem um papel fundamental na articulação de outros profissionais tornando-se um instrumento de difusão do uso da IBG entre os profissionais que trabalham na unidade de APS.

No que diz respeito as implicações para futuras pesquisas, sugere-se a reprodução deste estudo em outras unidades de atenção primária a saúde do território brasileiro, estendendo-o a populações mais diversas, com o intuito de superar as limitações aqui apontadas, acrescentar evidências mais robustas da efetividade da IBG e o seu comportamento frente à diversidade dos serviços de APS no Brasil. Como consequência disso, tais ações podem-se transformar em recursos que auxiliem futuros processos de implementação da IBG, pois trata-se de um recurso valioso, de fácil aquisição e economicamente viável no contexto da APS.

REFERÊNCIAS

Referências

Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*. 2000;95(5):677–86.

Babor TF, Mcree BG, Kassebaum P, Grimaldi PL, Ahmed K. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a Public Health Approach to the Management of Substance Abuse. *Subst Abus*. 2007;7077:7–30.

Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analyses. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(4):608–18. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1097/01.ALC.0000122106.84718.67>

Bernstein MH, Baird GL, Yusufov M, Mastroleo NR, Carey KB, Graney DD, et al. A novel approach for streamlining delivery of brief motivational interventions to mandated college students: using group and individual sessions matched to level of risk. *Subst Use Misuse*. 2017;52(14):1883–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28812420>

Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993;88(3):315–36. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x>

Brito R, Santos D, Maciel P. Male view about the assistance care in the family health strategy. *Rev RENE*. 2010;11(4):135–42.

Capaldi DM, Tiberio SS, Washburn IJ, Yoerger K, Feingold A. Growth, persistence, and desistance of alcohol use for at-risk men in their 30s. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(7):1203–11. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/acer.12748>

Chafetz M, Blane H, Abram H, Golner J, Lacy E, McCourt W, et al. Establishing treatment relations with alcoholics. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 1962;134:395–409. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14141896>

Clossick E, Woodward S. Effectiveness of alcohol brief interventions in general practice. *Br J Nurs*. 2014;23(11):574–80. Available from: doi: 10.12968/bjon.2014.23.11.574

Costa PHA, Belchior DCM, Cruvinel E, Santana F de P, Ronzani TM. Developing a method of implementation of screening, brief intervention, and referral to treatment in primary health care settings of Brazil and Latin America. *Addict Sci Clin Pract*. 2013;8(Suppl 1). Available from:

doi:10.1186/1940-0640-8-S1-A6

Costa PHA da, Mota DCB, Cruvinel E, Santana F de P, Ronzani TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33(5):325–31. Available from: doi:10.1590/S1020-49892013000500003

Datasus. Sistema de informação de atenção básica. 2015.

De Visser RO, Smith JA. Alcohol consumption and masculine identity among young men. *Psychol Health*. 2007;22(5):595–614. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14768320600941772>

Elzerbi C, Donoghue K, Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*. 2015;110(7):1082–91. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/add.12960>

Flórez L, Gantiva CA. Brief motivational therapy: Differences between individual and group application for the moderation in alcohol consumption and other psychological variables associated with change. *Acta Colomb Psicol*. 2009;12(1):13–26. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000100002&lng=en&nrm=iso%3E. ISSN 0123-9155

Formigoni MLO, de Lacerda RB, Vianna VPT, Ronzani TM, Carneiro AP. Intervenção breve: módulo 4. In: SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 11. ed. – Brasília. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF do, Rebello LEF de S, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Cien Saude Colet*. 2011;16(suppl 1):983–92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700030&lng=pt&tlng=pt

Gossage J, Snell C, Parry C, Marais AS, Barnard R, de Vries M, et al. Alcohol use, working conditions, job benefits, and the legacy of the “dop” system among farm workers in the western Cape province, South Africa: hope despite high levels of risky drinking. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(7):7406–24. Available from: doi: 10.3390/ijerph110707406

- Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. *Lancet* [Internet]. 2002;359(9300):57–61. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673602072835>
- Van Horn DHA, Bux DA. A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *J Subst Abuse Treat*. 2001;20(2):191–5. Available from: doi: 10.1016/S0740-5472(00)00157-4
- Humeniuk R, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni MLO, de Lacerda RB, Ling W, et al. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction*. 2012;107(5):957–66. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2011.03740.x>
- INPAD. Consumo de Álcool no Brasil Tendências entre 2006/2012. 2013. Available from: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf
- Lesch E, Casper R. ‘Drinking with respect’: Drinking constructions of men who live in a Cape Winelands farm community in South Africa. *J Health Psychol*. 2017;22(4):409–21. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105315603476>
- Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. 2005;40(6):584–9. Available from: doi: 10.1093/alcalc/agh202
- Lock CA, Kaner E, Heather N, Doughty J, Crawshaw A, McNamee P, et al. Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2006;54(4):426–39. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2006.03836.x>
- Madras BK, Compton WM, Avula D, Stegbauer T, Stein JB, Clark HW. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1–3):280–95. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871608003104>
- Matheson C, Pflanz-Sinclair C, Almarzouqi A, Bond CM, Lee AJ, Batieha A, et al. A controlled trial of screening, brief intervention, and referral for treatment (SBIRT) implementation in primary care in the United Arab Emirates. *Prim Health Care Res Dev*. 2017;1–11. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1463423617000640/type/journal_ar

ticle

McCambridge J, Cunningham JA. The early history of ideas on brief interventions for alcohol. *Addiction*. 2014;109(4):538–46. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/add.12458>

Melchers M, Montag C, Reuter M, Spinath FM, Hahn E. How heritable is empathy? Differential effects of measurement and subcomponents. *Motiv Emot*. 2016;40(5):720–30. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11031-016-9573-7>

Méndez E. Uma versão Brasileira do AUDIT. [Tese] Universidade Federal de Pelotas; 1999.

Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. 1st ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2001.

Ministerio da saúde do Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasil; 2008 p. 40.

Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Vigilância em saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e promoção da saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados b*. Brasília; 2017.

Ministerio de saúde do Brasil. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Brasília; 2012.

Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2007;16(3):207–20. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(3):497–509. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300010&lng=pt&tlng=pt

Nelson JP, McNall AD. Alcohol prices, taxes, and alcohol-related harms: A critical review of natural experiments in alcohol policy for nine countries. *Health Policy (New York)*. 2016;120(3):264–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26861971>

Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev.* 2004;24(8):981–1010. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735804001047>

Organização Panamericana da Saúde. *Crece el consumo nocivo de alcohol en las Américas.* 2015.

Organización Panamericana de la Salud. *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas.* Washington, DC; 2016. p. 74.

Parfrey P, Barret B. *Clinical Epidemiology: Practice and Methods* [Internet]. 2nd ed. Parfrey PS, Barrett BJ, editors. New York, NY: Springer New York; 2015. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4939-2428-8>

Pereira MO, Anginoni BM, Ferreira N da C, Oliveira MAF de, Vargas D de, Colvero L de A. Effectiveness of the brief intervention for the use of abusive alcohol in the primary: systematic review. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(3):420–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Peres PDO, Dos Santos WJ, Viegas SM, Da Silveira EAA, Bezerra AR. Experience of men in the context of Primary Health Care. *Investig y Educ en Enfermería.* 2015;33(2):227–36. Available from: doi: 10.1590/S0120-53072015000200005

Pinto S. *Intervenção com familiares, usuários de álcool e álcool mais outras drogas: um estudo clínico.* [Tese] Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 2017.

Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB do, Formigoni MLO. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad Saude Publica.* 2005;21(3):852–61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Ronzani TM, Rodrigues TP, Batista AG, Lourenço LM, Formigoni MLO. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. *Estud Psicol.* 2007;12(3):285–90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2007000300011&lng=pt&tlng=pt

Santos WS, Gouveia VV, Fernandes DP, Souza SSB De, Grangeiro ASDM. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. *J Bras Psiquiatr.* 2012;61(3):117–23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000300001&lng=pt&tlng=pt

Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-I. *Addiction.* 1993;88(3):349–62. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00822.x>

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. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

Sidani S, Braden CJ. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. Canada; 2013.

Soares J, Vargas D. Effectiveness of brief group intervention in the harmful alcohol use in primary health care. *Rev Saude Publica.* 2019;53:4. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154071>

Sobell L, Sobell M. Terapia de Grupo para transtornos por abuso de substâncias: abordagem cognitivo-comportamental motivacional. 1st ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2013.

Strobbe S. Prevention and screening, brief intervention, and referral to treatment for substance use in primary care. *Prim Care Clin Off Pract.* 2014;41(2):185–213. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2014.02.002>

Studer J, Baggio S, Deline S, N’Goran AA, Henchoz Y, Mohler-Kuo M, et al. Peer pressure and alcohol use in young men: A mediation analysis of drinking motives. *Int J Drug Policy.* 2014;25(4):700–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395914000267>

World Health Organization. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. 2001. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

World Health Organization. Global Status Report on alcohol and health [Internet]. OMS. 2014 [cited 2015 Mar 11]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

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

APÊNDICES

Apêndices

Apêndice A

Questionário Sociodemográfico, clínico e comportamental (Estudo piloto)

N.º do Voluntário: _____

1-Idade: _____

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

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

4-Estado Conjugal:

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

5- Religião: _____

6-Escolaridade:

(1) Analfabeto

(6) Superior incompleto

(2)1º grau incompleto

(7) Superior completo

(3)1º grau completo

(8) Outro. Especificar:

(4)2º grau incompleto

(5)2º grau completo

7-Ocupação:

(1) Nenhuma

(5) Cargos Administrativos

(2) Estudante

(6) Outros (bicos etc.)

(3) Aposentado

(4) Empregado

8-Trabalhou no último ano:

(1) Tempo integral

9 – Vive em situação de rua?

(2) Tempo Parcial

(1) Não

(3) Não Trabalhou

(2) Sim

(4)

10 – Número de pessoas na família:

Outro: _____

_____.

11-Renda Familiar por classe social:

Classe salários mínimos (sm) renda familiar (r\$)

(1) A Acima 20 SM R\$ 14.500 ou mais

(2) B 10 a 20 SM De R\$ 7.250,00 a R\$ 14.499,99

(3) C 4 a 10 SM De R\$ 2.900,00 a R\$ 7.249,99

(4) D 2 a 4 SM De R\$ 1.450,00 a R\$ 2.899,99

(5) E Até 2 SM Até R\$ 1.449,99

(6) Não tem

(7) Não sabe

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

_____ 15-

Faz algum tipo de tratamento? Qual?

Questionário Sociodemográfico, clínico e comportamental (ECR)

N° do Voluntário: _____

1. Idade: _____
2. Vc é cadastrado nesta unidade de saúde? (UBS) 1. Sim () 2. Não ()
3. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino (3) Intersexual
4. Identidade de Gênero: (Você se sente homem ou mulher?).
(1) Mulher (2) Homem (3) Outros: _____
5. Orientação Sexual: (Você se relaciona com homem ou mulher?)
(1) Assexual (2) Bissexual (3) Heterossexual (4) Homossexual (5) Pansexual
5. Nacionalidade: (1) Brasileira (2) Outros: _____
6. Mora na cidade de São Paulo: (1) Sim (2) Não
7. Qual você considera a cor da sua pele o sua raça/etnia:
(1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena (6) Não declara
8. Estado conjugal:
(1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) Amasiado
9. Religião: _____
Escolaridade: (Até qual serie você fez?).

(1) Não alfabetizado	(6) Curso Técnico
(2) 1º Grau incompleto	(7) Superior Incompleto
(3) 1º Grau completo (Até 8 serie)	(8) Superior Completo
(4) 2º Grau incompleto	(9) Pós Graduação
(5) 2º Grau completo (Ensino médio)	
10. Situação laboral. Marque com **X** a atividade principal:

(1)Empregado com carteira assinada	(5) Aposentado
(2)Empregado sem carteira assinada (bico)	(6) Não declara
(3)Autônomo	(7) Desempregado
(4)Estudante	(8) Outros
11. Tipos de moradia

(1) Albergue/Centro de acolhida	(5) “Maloca”
(2) Própria	(6) Ocupação
(3) Aluguel	(7) Pensão
(4) Rua	(8) República
12. Renda Individual: _____ Não declara: _____ Não sabe _____
13. Quais atividades você geralmente realiza nos seus momentos de lazer?
(1) Visitar amigos e familiares (2) Festa (3) passear com a família (4) Atividade física
(5) Outros: _____
14. Tem algum problema de saúde? (1) Sim (2) Não
Se sim, qual? _____
15. Você faz algum tratamento para Saúde Mental? (1) Sim (2) Não
16. Motivo do tratamento? _____
17. Faz uso de alguma droga ilícita? (1) Sim (2) Não
18. Qual? _____
19. Fuma tabaco? (1) Sim (2) Não Frequência _____ Quantidade _____
20. Quais ocasiões nas que realiza uso da bebida: _____

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada ***“Intervenção breve grupal para redução do padrão de uso de álcool em homens de uma unidade de atenção primária à saúde: ensaio clínico randomizado”***, desenvolvida pela pesquisadora Erika Gisseth León Ramírez com o objetivo de verificar o efeito de uma intervenção na redução do uso de álcool em homens usuários de serviços de atenção primária à saúde.

Caso você aceite participar da pesquisa, irá responder a um questionário de dados sociodemográficos, um instrumento sobre o uso de álcool e uma escala numérica sobre motivação para mudança de comportamento. Dependendo da sua pontuação no instrumento sobre uso de álcool, você será classificado em quatro diferentes categorias: “Abstinente/não risco”, “Uso de risco”, “Uso nocivo” e “Provável dependência”.

Se você for classificado como usuário **“abstinente”** ou **“não risco”**, sua participação envolverá uma orientação dos pesquisadores sobre o consumo de álcool.

Caso você seja classificado como usuário de **“uso de risco ou nocivo de álcool”**, você será convidado a participar de um sorteio entre dois grupos, o grupo **CONTROLE** e o grupo **INTERVENÇÃO**.

Caso você seja sorteado para o grupo **CONTROLE**, sua participação envolverá uma orientação simples sobre o uso de álcool por meio de um folheto explicativo. Caso você seja sorteado para o grupo **INTERVENÇÃO**, sua participação envolverá comparecer a uma única intervenção com a enfermeira pesquisadora, onde será conversado sobre o uso de álcool. O encontro será realizado grupalmente em uma sala reservada e terá duração de aproximadamente 35 minutos. Para efeitos de verificar a aplicação adequada da intervenção, as sessões serão gravadas em áudio.

Em ambos os grupos serão realizadas ligações dentro de 30 dias e 90 dias para responder questões de acompanhamento da pesquisa. A duração das entrevistas telefônicas será de aproximadamente 10 minutos. No grupo experimental será realizada uma entrevista pessoal 90 dias após intervenção para indagar sobre o significado que ela teve na vida das pessoas que participaram. Sua participação na pesquisa contribuirá na construção de ações de prevenção do uso de álcool na atenção primária à saúde. É possível que você sinta algum desconforto do tipo emocional, decorrente da evocação de sentimentos, emoções e lembranças durante o atendimento. Caso isso ocorra, os pesquisadores estarão à disposição para atender essa situação, por favor, informe para que o processo seja interrompido de imediato.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, pode deixar de responder aos instrumentos no momento que assim o considere necessário sem ter que fornecer explicações sobre essa decisão, já que não ocorrerá nenhum tipo de consequência negativa.

Para aquelas pessoas que forem selecionadas para o grupo intervenção, será oferecido o dinheiro do transporte público utilizado (ida e volta: R\$7,60) que será entregue após o agendamento do encontro, o pagamento será realizado quantas vezes forem necessárias, de acordo com o número de vezes de idas ao serviço.

Finalmente, caso você seja classificado como usuário com **“provável dependência”** de álcool, você será 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 estritamente sua.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante da pesquisa, garantindo, assim, o seu anonimato e a privacidade da sua participação. Deixa-se explícito também que, com exceção das pessoas selecionadas para aplicar a intervenção, a presente pesquisa não representará gastos ou despesas para você. No entanto, caso seja necessário, haverá garantia de indenização diante de eventuais

danos decorrentes da pesquisa

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

Erika Giseth León Ramírez, e-mail: egleonr@usp.br - pesquisador responsável; Tel. (11) 97764-9883 - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- Departamento de Enfermagem Materna infantil e psiquiátrica- Sala 234, situada na Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. 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 César – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br

Este documento deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias, sendo que, o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada e rubricada pelo pesquisador.

Desde já meus sinceros agradecimentos por sua colaboração.

Erika Giseth León Ramírez

Pesquisador Responsável-Universidade de São Paulo

Caso você tenha compreendido as informações e concorde em participar, assine na sequência.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Apêndice C

Ficha de agendamento para Intervenção breve grupal

Data: _____

Nome completo: _____

Telefone Fixo: _____ Celular: _____

Endereço: _____

Tem algum profissional de referência dentro da UBS:

Dia disponível para participar da intervenção:

Horário de preferência para participar da intervenção

Apêndice D
SBIRT Checklist

Componente de rastreio (Screening)

Sim Não NA

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.Utiliza um instrumento completo para rastreio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.Estabelece um ambiente adequado para a sessão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.Garante a confidencialidade da informação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.Define claramente os parâmetros de uso de álcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.Usa a linguagem do paciente durante o rastreio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.Realiza a classificação adequada do paciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Componentes Intervenção breve

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.Estabelece ambiente adequado e introduz a sessão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.Retoma o score do instrumento com o paciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.Discute o resultado do instrumento com o paciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.Describe o risco que implica o uso nocivo de álcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.Promove a responsabilidade pessoal e a escolha | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.Faz aconselhamento sobre manter ou reduzir o uso da substância inclusive a abstinência. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.Oferece um menu de opções | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.Utiliza a balança decisória ou prós e contras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.Ayuda ao paciente a estabelecer uma meta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.Oferece material de apoio para levar para casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.Expressa empatia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.Diminui a resistência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.Desenvolve a discrepância | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.Promove a autoeficácia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.Encerra sumarizando a sessão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentários:

ANEXOS

Anexos

Anexo 1

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

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

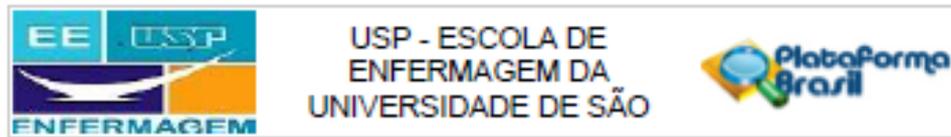
<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para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

Resultado: _____

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

Anexo 2

Aprovação 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 grupal para redução do padrão de uso de álcool em homens: ensaio clínico randomizado

Pesquisador: DIVANE DE VARGAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80385817.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEU SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.490.658

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de doutorado da aluna Erika Gisseth León Ramirez orientada pelo Prof Dr Divane de Vargas que tem como foco o uso nocivo do álcool, que representa uma problemática mundial, especialmente entre homens. A política nacional de atenção integral à saúde do homem pretendeu-se garantir o acesso desta população aos serviços de saúde; entretanto, essa acessibilidade ainda mostra-se prejudicada. Dentre as estratégias preconizadas pela Organização Mundial da Saúde para redução do uso nocivo de álcool na população masculina na atenção primária à saúde encontra-se a técnica SBIRT, definida pelo Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). O programa SBIRT visa a obtenção do bem-estar de um indivíduo, grupo ou comunidade e que possui um número de componentes que aumenta seu nível de complexidade nas suas interações, execução e avaliação. Os elementos que do SBIRT são rastreio, intervenção breve (utilização do modelo FRAMES, traduzido para o português como ADERIR) e encaminhamento. Neste contexto, este estudo tem a intenção de responder à seguinte pergunta de pesquisa: a intervenção breve grupal com o modelo FRAMES tem impacto na mudança do padrão de uso em homens com uso de risco e nocivo de álcool no âmbito da atenção primária à saúde? Para tanto, será desenvolvido um ensaio clínico de intervenção complexa com distribuição randômica paralelo em dois grupos. Os dados serão coletados nas instalações da unidade de atenção primária à saúde SÉ. O estudo será composto por homens usuários de álcool que frequentam a unidade de atenção primária à saúde, que preencham os seguintes critérios de

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cep@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.490.050

Inclusão: ser maiores de 18 anos, que saibam ler e escrever e que obtenham uma pontuação no Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT (Instrumento utilizado para identificar uso de risco e nocivo de álcool na população masculina) entre 8 e 14. Os critérios de exclusão incluirão estar em tratamento ou frequentar algum grupo relacionado com o uso de álcool, ser portador de incapacidade cognitiva que impeça a compreensão dos termos da pesquisa, estar intoxicado ou sob efeito de alguma substância psicoativa, não possuir telefone ou endereço residencial fixo. A amostra final será composta por 42 sujeitos (21 no grupo experimental e 21 no controle). Os instrumentos utilizados serão AUDIT, single question, régua de prontidão para mudança (técnica visual analógica com opção de 0 a 10, elaborada com o objetivo de identificar os estados de prontidão para mudança) e entrevista semiestruturada (será realizada uma entrevista com os homens que tenham participado do estudo piloto com a seguinte pergunta norteadora: como foi a sua experiência de participar no grupo de intervenção breve grupal?), além de um questionário sobre dados sociodemográficos dos participantes. Para o grupo experimental, será aplicada a técnica B-BIRT, utilizando como foco a intervenção breve grupal, desenvolvida em uma única sessão. Para o controle, será oferecido o aconselhamento simples durante um encontro único de no máximo 5 minutos, que acontecerá de forma individual. O seguimento dos grupos (intervenção e controle) será feito por três avaliações posteriores (30 dias, 60 dias e 90 dias) via telefone. Durante as ligações o avaliador aplicará o instrumento AUDIT e a single question, para verificar se houve diferenças no escore entre os grupos controle e experimental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Avaliar o impacto da intervenção breve grupal na mudança do padrão de uso em homens com uso de risco e nocivo de álcool na atenção primária à saúde. **Objetivos específicos:** Avaliar o impacto da intervenção breve grupal nos estágios de prontidão para mudança em homens com uso de risco e nocivo de álcool na atenção básica à saúde; descrever as experiências de mudança dos homens que participaram da IBG realizada na atenção primária à saúde; e descrever o perfil sociodemográfico dos homens que fazem uso de risco e nocivo no âmbito da atenção básica à saúde.

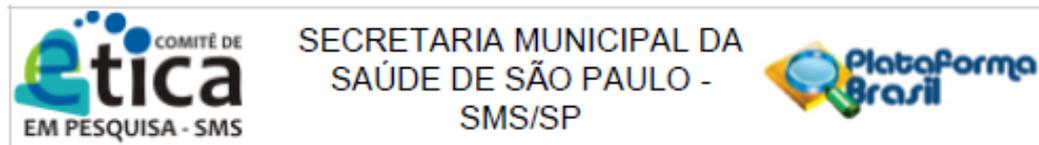
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É possível que o participante sinta algum desconforto do tipo emocional, decorrente da evocação de sentimentos, emoções e lembranças durante o atendimento. Caso isso ocorra, os pesquisadores estarão à disposição para atender essa situação e interromper a pesquisa de imediato. Como benefícios, a pesquisa contribuirá na construção de ações de prevenção do uso prejudicial de álcool na atenção primária à saúde e visará disponibilizar uma intervenção de fácil

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3081-8888 E-mail: cpeee@usp.br

Anexo 3

Aprovação 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 grupal para redução do padrão de uso de álcool em homens: ensaio clínico randomizado

Pesquisador: DIVANE DE VARGAS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80385817.7.3001.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.565.764

Apresentação do Projeto:

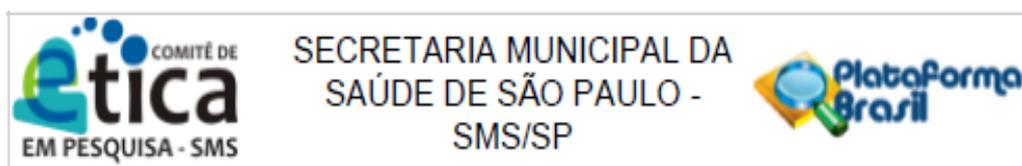
A proposta é de estudo com foco breve grupal, com observância na mudança do padrão de homens com uso de risco e nocivo de álcool no âmbito da atenção primária à saúde.

A amostra é composta por 42 participantes, em UBS da CRS Centro. O estudo será composto por homens usuários de álcool que frequentam a unidade de atenção primária à saúde, que preencham os seguintes critérios de inclusão: ser maiores de 18 anos, que saibam ler e escrever e que obtenham uma pontuação no AUDIT entre 8 e 14.

Crítérios de exclusão: Estar em tratamento ou frequentar algum grupo relacionado com o uso de álcool, ser portador de incapacidade cognitiva que impeça a compreensão dos termos da pesquisa, estar intoxicado ou sob efeito de alguma substância psicoativa, não possuir telefone ou endereço residencial fixo.

Serão utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados:

O instrumento AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), single question que é uma pergunta ideal para identificação rápida do uso nocivo de álcool (validada no Br), Régua de prontidão para mudança - técnica visual-análogica com opção de 0 a 10, elaborada com o objetivo de identificar os estados de prontidão para mudança, entrevista semiestruturada e questionário de dados sociodemográficos.



Continuação do Parecer: 2.565.764

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
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1074456.pdf	22/03/2018 15:39:53		Aceito
Outros	TCLE_corrigido.pdf	22/03/2018 15:38:55	DIVANE DE VARGAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/01/2018 12:29:57	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	08/01/2018 12:29:16	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Outros	UBS.pdf	27/11/2017 12:40:19	DIVANE DE VARGAS	Aceito
Outros	COMITE_SMS.pdf	27/11/2017 12:39:05	DIVANE DE VARGAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 27 de Março de 2018

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Anexo 4

Folheto educativo - Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção a Álcool e Drogas – PAI PAD



PAI PAD – Programa de Ações Integradas para a Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade
Universidade de São Paulo – Campus de Ribeirão Preto
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

AUDIT – Teste para identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool
O uso de álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso é importante que você responda sobre o seu uso de álcool.

	Nunca	Uma vez por mês	2 a 3 vezes por mês	4 ou 5 vezes por mês	6 ou 7 vezes por mês	8 ou mais vezes por mês
1. Como você bebe álcool atualmente? (bebidas, quantidade)	0	1	2	3	4	5
2. Quantas doses de álcool você toma em um dia? (uma dose = 1 copo)	0	1	2	3	4	5
3. Como que frequência você toma remédios como os seus atuais ou outros remédios? (algos remédios não são vendidos sem receita)	0	1	2	3	4	5
4. Quantas vezes em um dia você toma doses de álcool? (uma dose = 1 copo)	0	1	2	3	4	5
5. Quantas vezes em um dia você toma doses de álcool? (uma dose = 1 copo)	0	1	2	3	4	5
6. Quantas vezes em um dia você toma doses de álcool? (uma dose = 1 copo)	0	1	2	3	4	5
7. Quantas vezes em um dia você toma doses de álcool? (uma dose = 1 copo)	0	1	2	3	4	5
8. Quantas vezes em um dia você toma doses de álcool? (uma dose = 1 copo)	0	1	2	3	4	5
9. Quantas vezes em um dia você toma doses de álcool? (uma dose = 1 copo)	0	1	2	3	4	5
10. Quantas vezes em um dia você toma doses de álcool? (uma dose = 1 copo)	0	1	2	3	4	5

Nota o resultado no verso após somar as respostas.

Limite de Baixo Risco

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

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

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

* Pessoas que já tiveram problemas com álcool não devem beber nunca

Não se deve beber

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



PAI PAD
Programa de Ações Integradas para
Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade
Av. Bandeirantes, 3900 - Jd. Araras, São Carlos
Ribeirão Preto - SP - CEP: 13165-900
Tel: (19) 3246-8474 - paipad@fmrp.usp.br - www.paipad.org

Você deveria parar de beber se:

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

Dose Padrão



1 copo de cerveja ou
1 taça de vinho
330ml



1 taça de vinho
140ml



1 dose de destilado
(pinga, conhaque,
whisky)
40ml



1 dose qualquer de
apertado (cachaça)
40ml

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

Pontuação do AUDIT

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

* Consumo com um predomínio de saúde sobre o uso nocivo.

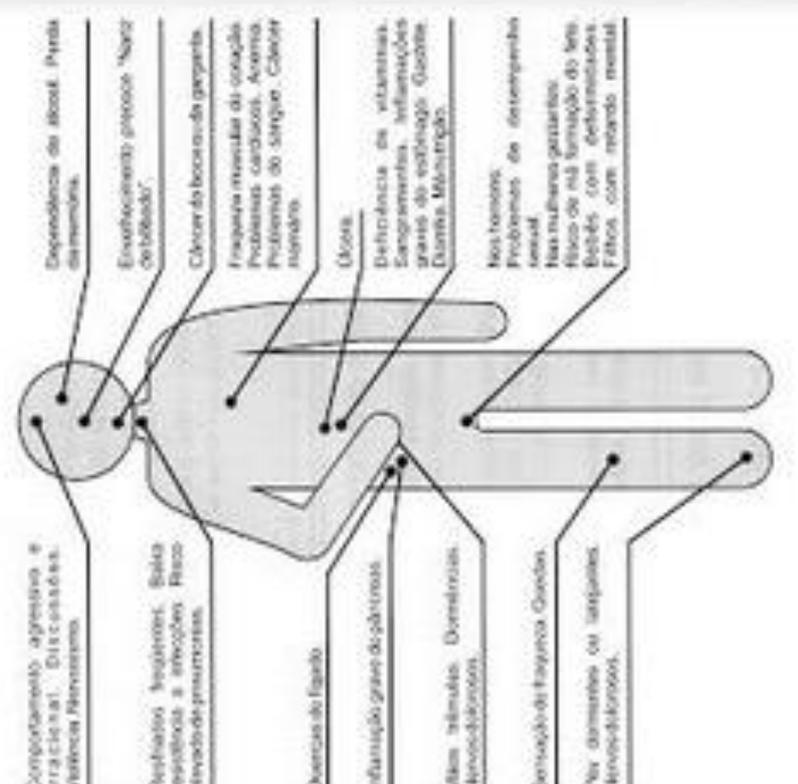


Provável dependência

Consumo de alto risco

Consumo de baixo risco ou abstinência

Consequências do Beber de Alto-Risco



Comportamento agressivo e irracional. Discalculas. Violência. Neurozênese.

Redução. Insuportável. Saúde espiritual e afecções. Risco elevado de pneumonias.

Doenças do fígado.

Inflamação grave do pâncreas.

Mais telúrios. Dependências. Neurodegeneração.

Sensação de fraqueza. Quedas.

Per. danos de acidentes. Neurodegeneração.

Dependência do álcool. Perda de memória.

Exaustivamente precoce "Sangue de bobado".

Clarear do bico ou da garganta.

Fraqueza muscular de coação. Problemas cardíacos. Anemia. Problemas do Síncope. Colúter agudo.

Úlcera.

Deficiência de vitaminas. Sangramentos. Inflamações graves do estômago. Gástrite. Dúctos. Músculo.

Não tomam. Problemas de dependências sexual.

Has. muitos gestos. Foco de má formação do feto. Bebês com deformidades. Partos com retardos mental.

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

Anexo 5

Atividade Balança Decisória

Apontar os prós e os contras do uso de bebida alcoólica

Pró (coisas boas)

Contra (coisas ruins)

--	--

¹ Sobell M, Sobell L. Terapia de Grupo para transtornos por abuso de substâncias: abordagem cognitivo-comportamental motivacional. Porto alegre, 2013. Pág. 91.