



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO



Maira Leon Ferreira

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA INTERVENÇÃO BREVE PARA PROBLEMAS
RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL NO AMBIENTE DE TRABALHO: UM
ESTUDO PILOTO

Orientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Juiz de Fora

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA -
MESTRADO



Maira Leon Ferreira

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA INTERVENÇÃO BREVE PARA PROBLEMAS
RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL NO AMBIENTE DE TRABALHO: UM
ESTUDO PILOTO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
como requisito parcial à obtenção do título de
mestre em Psicologia por Maira Leon Ferreira

Orientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Juiz de Fora

2015

TERMO DE APROVAÇÃO

Dissertação defendida e aprovada, em _____ de _____ de 2015, pela
banca constituída por:

Profa. Dra. Edelvais Keller

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Prof. Dr. Francisco Antônio Coelho Junior

Universidade de Brasília (UNB)

Orientadora: Profa. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por abrir meus caminhos e por fortalecer minha fé e minha determinação;

A professora Laisa pela confiança depositada em mim, pelo suporte constante ao longo de todo esse processo e pelo exemplo de conduta ética e profissional;

Ao professor Telmo Ronzani pelas contribuições ao longo da pesquisa e pelo auxílio e pelos ensinamentos na área de álcool e outras drogas; Ao grupo CREPEIA e as bolsistas Maiara e Nayara que me auxiliaram ao decorrer da pesquisa;

Aos avaliadores da banca Professora Edelvais Keller e Francisco Antônio Coelho Junior pelas contribuições ao longo do projeto e pela disponibilidade em participar da banca de mestrado;

Ao meu pai José Maria pelo apoio, incentivo, liberdade e palavras de orgulho quanto aos meus projetos profissionais na área acadêmica; À minha mãe Marlene pelo exemplo de amor, carinho, fé, apoio incondicional e por sempre acreditar em mim e em meus projetos; Aos meus irmãos Leonardo e Josi pela amizade, amor, exemplos de determinação e apoio;

Aos meus amigos Mayara, Tamíres, Nathália, Duda, Fernando, Tatiane, Mayse e Laura que sempre me incentivaram a traçar o melhor caminho, que foram responsáveis diretamente pelo meu lazer e que sempre me auxiliaram nos momentos difíceis. Obrigada a Andressa, Lídia e Ângela e também aos demais amigos e colegas que de certa forma me influenciaram a seguir esta trajetória;

Ao meu namorado Alexandre pelo apoio, dedicação, paciência, amor e pelas ajudas no Excel. A minha sogra e amiga Regina por ter me recebido como membro da família e por ter me ajudado em todas as minhas dificuldades; ao meu sogro Mauro pela confiança, apoio e pela ajuda direta na realização da pesquisa;

A CAPES pela concessão da bolsa de mestrado.

RESUMO

Introdução: O uso de álcool está relacionado a acidentes de trabalho e à piora na saúde do indivíduo por isso torna-se relevante investir em programas de prevenção no ambiente laboral. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da IB no ambiente de trabalho para problemas relacionados ao consumo de álcool. **Método:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado não controlado, com desenho quase experimental de natureza quantitativa. O estudo contou com 120 participantes que receberam diferentes estratégias de acordo com o AUDIT: Educação para o álcool (0 a 7 pontos); Aleatorização para os grupos 01 e 02 (08 a 19 pontos) – (O grupo 01 recebeu *feedbacks* e panfletos e o grupo 02 recebeu *feedback*, panfletos e a IB); Encaminhamento para especialistas (20 pontos ou mais). Houve *follow up* via telefone após três meses para os grupos 01 e 02. **Resultados:** Houve uma boa taxa de adesão a pesquisa, o grupo 02 (IB) mostrou diferenças significativas na redução do consumo de álcool e no grupo 01 estas diferenças não foram significativas apesar de os dois grupos sinalizarem tendências para a redução do consumo. **Conclusão:** A aplicação da IB no ambiente de trabalho foi viável, porém novas pesquisas são necessárias a fim de comprovar a eficácia e efetividade da IB no ambiente organizacional.

Palavras-chaves: Psicoterapia Breve; Local de Trabalho; Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool

ABSTRACT

Introduction: The use of alcohol in workplace causes accidents and worsening health of the individual therefore is relevant to invest in prevention programs in the workplace. **Objectives:** Evaluate the effects of Brief Intervention in the workplace for problems related to alcohol consumption. **Method:** The research is a randomized clinical trial, not controlled, quasi-experiment and quantitative study. The study included a total of 120 participants. According to the AUDIT score were applied different strategies: Education for alcohol (0-7 points); Randomization for groups 01 and 02 (08-19 points) - The group 01 received *feedback* on the AUDIT score and brochures and the group 02 received *feedback* from the AUDIT, brochures and also BI. Were referred to a specialist employees who achieved a score between 20 and 40 points. There were follow up via phone after three months for groups 01 and 02. **Results:** There was a good research membership fee and the group 02 (BI) showed significant differences in the reduction of alcohol consumption and in group 01 these differences were not significant despite the two groups to signal trends to reduce consumption. **Conclusion:** The implementation of the BI in the workplace was feasible but further research is needed to prove efficiency and effectiveness of BI in the workplace.

Keywords: Psychotherapy, Brief; Workplace; Alcohol-Related Disorders.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	ix
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE ANEXOS.....	xii
1- INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil	15
1.2. O contexto do trabalho e o consumo de álcool e outras drogas.....	17
1.3. Ações de prevenção e promoção de saúde no ambiente de trabalho para o uso de álcool e outras drogas.....	19
1.4. A Intervenção Breve.....	22
1.5. Estudos de efetividade e eficácia da das Intervenções Breves	25
1.6. Implicações metodológicas de ensaios clínicos randomizados.....	26
2- OBJETIVOS.....	28
2.1- Objetivos gerais.....	28
2.2- Objetivos específicos.....	28
3-MÉTODOLOGIA.....	29
3.1- Desenho do estudo.....	29
3.2- Contexto.....	29
3.3- Participantes.....	29
3.4- Procedimentos.....	30
3.5- Desfechos esperados.....	32
3.5.1- Desfecho primário.....	33
3.5.2- Desfecho secundário.....	33
3.5.3- Outras medidas.....	33
3.6- Variáveis confundidoras ou vieses.....	34
3.7- Questões Éticas.....	36
3.8- Análise de dados.....	37
4- RESULTADOS.....	38
4.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E FLUXO DAS INTERVENÇÕES.....	37
4.1.1- Fluxo de participantes.....	38
4.1.2- Prevalência do uso de álcool e Recrutamento dos participantes.....	38
4.1.3- Dados sociodemográficos.....	40

4.2- DESFECHO PRIMÁRIO.....	43
4.2.1- Resultado das intervenções na diminuição do uso de álcool.....	43
4.3- DESFECHOS SECUNDÁRIOS.....	45
4.3.1- Análise das questões do URICA.....	45
4.3.2- Análise das questões sobre o consumo de álcool e análise do AUDIT.....	46
4.3.3- Resultados das questões de saúde, análise do ASI 06.....	49
4.3.4- Descrição das características organizacionais, setores operacional e administrativo.....	50
4.3.5- Facilitadores e dificultadores da implementação da IB.....	53
5- DISCUSSÃO.....	54
6- LIMITAÇÕES.....	59
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
8- REFERÊNCIAS.....	61
9-ANEXOS.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS

ASI 06- *Addiction Severity Index 06*

AUDIT- *Alcohol Use Disorders Identification Test*

AVAI- Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

CONSORT- *Consolidated Standards of Reporting Trials*

DSM IV- *IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSM V- *V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

IB- Intervenção Breve

IML- Instituto Médico Legal

LENAD- Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial da Saúde

QVT- Qualidade de vida no trabalho

RH- Recursos Humanos

SBIRT- *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*

SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

URICA- *University of Rhode Island Change Assessment Scale*

WHO- *World Health Organization*

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Prevalência dos padrões de uso de álcool entre os funcionários segundo o AUDIT	38
Tabela 02. Dados Sociodemográficos dos resultados referentes ao total de participantes da pesquisa e dos grupos 01 e 02	42
Tabela 03. Resultados das questões sobre o consumo de álcool nos últimos três meses avaliados pelo AUDIT Pré e pós a realização das intervenções nos grupos <i>Feedback</i> e Panfletos e Intervenção Breve.....	43
Tabela 04. Análise das questões do URICA.....	45
Tabela 05. Frequência (%) de respostas sobre o consumo de álcool nos últimos 3 meses dos indivíduos da amostra total, e dos grupos <i>Feedback</i> e Panfletos e IB às questões do AUDIT	47
Tabela 06. Frequência (%) de doenças físicas na vida avaliadas pelo ASI 06 relatadas pela amostra total e entre os grupos <i>Feedback</i> e Panfletos e IB.....	49
Tabela 07. Características sócio demográficas dos setores operacional e administrativo.....	51
Tabela 08. Profissões dos setores operacional e administrativo	52
Tabela 09. Características do uso do álcool nos setores operacional e administrativo.....	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Fluxo metodológico utilizado para comparação entre os grupos <i>Feedback</i> e Panfletos e IB.....	35
Figura 02. Recrutamento e randomização dos participantes.....	40

LISTA DE ANEXOS

Anexo 01. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68
Anexo 02. Questionário de dados sócio- demográficos.....	69
Anexo 03. <i>The Addiction Severity Index</i> (ASI 06).....	70
Anexo 04. AUDIT.....	73
Anexo 05. Questões sobre o álcool.....	75
Anexo 06. URICA.....	76
Anexo 07. Parecer de aprovação do comitê de ética.....	78
Anexo 08. <i>Checklist</i> do CONSORT.....	81

1. INTRODUÇÃO

O uso do álcool e de outras drogas impõe às sociedades vários danos e agravos indesejáveis que acometem os indivíduos em todas as esferas de sua vida. O contexto histórico do papel nocivo do uso de substâncias deu origem a uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento desta problemática, reafirmando assim o fato concreto de que a magnitude da questão é enorme no contexto de saúde pública mundial (Brasil, 2004).

Segundo Carlini, Nappo, Galduróz e Noto (2001) pode-se definir como droga qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. São conhecidas como substâncias psicoativas as substâncias que agem alterando o funcionamento cerebral e causando modificações no estado mental e no psiquismo. Sabe-se ainda que as drogas psicoativas são substâncias naturais ou sintéticas que ao penetrarem no organismo humano atingem diretamente a corrente sanguínea e o cérebro, alterando seu equilíbrio, podendo levar o usuário a reações diversas como: agressividade, euforia, ansiedade, sonolência, etc., dependendo do tipo de droga utilizada.

O álcool configura-se como uma substância psicoativa e seu uso sempre esteve presente historicamente na sociedade. Esta substância ocupa lugares privilegiados como elemento utilizado nos rituais religiosos, momentos de comemoração, confraternizações, entre outros (Gigliottia & Bessab, 2004). Com isso, o consumo de álcool não pode ser analisado isoladamente, mas deve ser visto diante do contexto da vida social, uma vez que as consequências deste uso dependem de fatores psicológicos, contextuais e das propriedades farmacológicas dessa substância (Andrade & Espinheira, 2008).

O uso de álcool é culturalmente admitido pelas sociedades ocidentais e, muitas vezes, seu uso é incentivado pela população (Scali & Ronzani, 2007). Diante disso, percebe-se que o álcool ao mesmo tempo em que promove a socialização, alegria e comemora, também pode originar um sério problema de saúde pública (Gigliottia & Bessab, 2004). A dependência de álcool acarreta consequências em todos os setores da vida, sendo uma droga lícita, acessível, subestimada e também considerada psicotrópica. Seu abuso acarreta transtornos físicos e psíquicos, alterando o comportamento e causando prejuízos aos consumidores, sendo esses prejuízos individuais e sociais (Pena & Gonçalves, 2010). O diagnóstico e o tratamento precoce da dependência de álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde. Este fato se agrava ao constatarmos que, de uma forma geral, há despreparo significativo e desinformação

das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares e profissionais (Brasil, 2004).

O uso abusivo de álcool mata mais do que todas as drogas ilegais juntas e as causas de morte variam de cirrose hepática a hipertensão (Formigoni, Galduroz & De Micheli, 2006). Os efeitos nocivos associados ao consumo de álcool somam-se a distúrbios neurológicos graves, alterações de memória, lesões no sistema nervoso central, arritmias cardíacas, aumento da pressão arterial, hipertensão com riscos de infarto, gastrite, úlceras, cânceres, hepatite, cirrose e pancreatite aguda. O uso prejudicial de álcool resulta em aproximadamente 2,5 milhões de mortes por ano, sendo responsável direto por mais de 60 tipos de doenças e lesões e, indiretamente, por mais de 200 outras doenças. Além disso, quase 4% de todas as mortes no mundo são atribuíveis ao álcool (WHO, 2010).

Diante dos objetivos do presente trabalho torna-se relevante caracterizar o abuso de álcool e a dependência desta substância. O DSM- IV faz uma distinção entre abuso e dependência de álcool, segundo critérios deste manual o abuso de álcool é definido como um padrão mal adaptativo do uso do álcool levando a prejuízos ou a sofrimentos clinicamente significativos, manifestado por um, ou mais, dos seguintes aspectos durante o período de 12 meses: uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações; uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico; problemas legais recorrentes relacionados à substância; e uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais. O DSM- IV define a dependência de álcool como um padrão mal adaptativo do uso do álcool levando a prejuízos clinicamente significativos através da manifestação de no mínimo três dos seguintes sintomas durante os últimos 12 meses: tolerância, abstinência, desejo persistente ou esforços insatisfatórios para controlar o uso de álcool, gasto de tempo excessivo com o consumo de álcool, redução das atividades sociais, ocupacionais ou de lazer em função desse consumo e a persistência do mesmo apesar do conhecimento do mesmo de problemas físicos e psicológicos derivados de seu consumo. (*American Psychiatric Association [APA], 1994*).

Na última versão do DSM – V o abuso e a dependência do álcool foram inseridos na mesma categoria denominada Transtorno por uso de álcool (*Alcohol use disorder*) que, a partir de 11 critérios, define um padrão mal adaptativo de uso da substância, levando a prejuízo clínico ou distresse significativo. Esse padrão pode ser classificado em leve, moderado ou grave. Portanto, admitem-se graus de comprometimento e não diferentes condições clínicas. Outra diferença entre os dois manuais é que no DSM- V foi retirado o critério de “problemas legais recorrentes relacionados ao uso da substância” antes inserido no

DSM- IV e foi incluído o critério de fissura (“*craving*”), que é o forte desejo ou urgência em consumir a substância. (American Psychiatric Association [APA], 2013). Decorrente da caracterização do uso do álcool torna-se viável caracterizar a epidemiologia do uso desta substância.

1.1- Epidemiologia do uso de álcool no Brasil e no mundo

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano cerca de dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, o que corresponde a 40% da população mundial acima de 15 anos de idade, e cerca de dois milhões de pessoas morrem em decorrência do uso do álcool principalmente por intoxicações agudas, cirrose hepática, violência e acidentes de trânsito. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que para se evite problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para os homens e 10 doses/semana para as mulheres (Brasil, 2012).

O consumo de álcool no Brasil apresenta índices preocupantes, em termos de saúde pública: em média são consumidos seis litros de álcool puro per capita. Além disso, o padrão de uso de álcool caracteriza-se pelo consumo de altas doses numa mesma ocasião, ou “*Binge drinking*”. Para os homens o “*Binge drinking*” equivale ao consumo de cinco doses de bebida em um período de duas horas, uma vez por semana ou mais. Já para as mulheres, a relação é de quatro doses no mesmo período (Babor *et al.*, 2003).

De acordo com Laranjeira *et al.*, (2013), no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) em 2006, na região Nordeste, 43% dos entrevistados apresentavam o padrão “*Binge*”, este número cresceu para 72% em 2012. No Sudeste os índices aumentaram de 41% para 56%; no Sul a porcentagem manteve-se estável em 50%, e no Centro Oeste houve um aumento de 38% para 57% na comparação entre os levantamentos realizados em 2006 e 2012. Com relação aos padrões de dependência de álcool, o II LENAD estima que 11,7 milhões de pessoas preenchiam critérios para este diagnóstico no país. Em 2012, houve crescimento de 20% do consumo frequente de álcool comparado ao primeiro levantamento realizado em 2006. Em relação à ingestão de bebidas entre homens e mulheres, o percentual dos que consomem álcool com frequência entre os homens teve um aumento de 56% para 64%, e entre mulheres de 29% para 39%. Em relação às regiões do Brasil, o consumo de álcool regular revelou-se maior na região Sudeste onde saltou de 46% na pesquisa de 2006 para 60% em 2012. Em 2006, a região Nordeste apresentava os maiores índices de uso do álcool. Os percentuais de pessoas que bebem frequentemente foram de 48% na região

Nordeste, que se manteve estável em 2006 e 2012, 36% na região Norte, 55% na região Sul e 56% na região Centro-Oeste.

A dependência do álcool está em quinto lugar entre os principais problemas de saúde entre a população de 15 a 44 anos em todo o mundo em termos de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI) (World Health Organization, 1999). No Brasil, os transtornos por uso de álcool ocupam a primeira posição em relação aos AVAI (Babor *et al.*, 2003). Além da dependência, o uso de álcool está relacionado a diversos problemas de saúde. Segundo Room e Babor (2005), entre 20 e 58% dos pacientes internados em hospitais gerais apresentam problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas. O álcool também está estreitamente associado ao alto índice de acidentes de trânsito entre jovens, quedas, afogamentos, acidentes com armas de fogo, suicídios, homicídios, entre outros (De Boni, Bastos, de Vasconcellos, Oliveira, Limberger & Pechansky, 2014).

Dados coletados por Galduróz (2006) no Instituto Médico Legal (IML) e no DETRAN/SP mostram que o álcool foi responsável por 91% das internações hospitalares por dependências e 70% dos laudos feitos pelo IML (mortes violentas) detectaram a presença de álcool nos cadáveres. O mesmo autor relata que estudos pesquisando a relação entre beber e dirigir mostraram que 27,2% das vítimas de acidentes tinham alcoolemia (quantidade de álcool no sangue) superior ao limite máximo permitido pela legislação brasileira na época da coleta dos dados. O uso de álcool está relacionado a acidentes de trabalho, à piora na saúde do indivíduo, ao absenteísmo e à geração de custos para empregados e empregadores, estas são as principais razões para que os locais de trabalho se engajem na detecção precoce e no tratamento de usuários de álcool e outras drogas (Spicer, Miller & Smith, 2003).

1.2- O contexto do trabalho e o consumo de álcool e outras drogas

A partir da Revolução Industrial, segundo Nesi (2013), torna-se mais evidente o envolvimento do trabalhador com o consumo de drogas. Naquele contexto, não existiam ainda legislações que regulamentavam as jornadas de trabalho e as condições de trabalho nas indústrias. Com isso, muitos operários utilizavam as bebidas alcoólicas como forma de aliviar tensões diárias ou como forma de lazer. Nos anos de 1940 têm-se início os programas para desintoxicação oferecidos pelas Empresas a funcionários dependentes de álcool. O abuso de drogas ilícitas agravou-se consideravelmente no fim da década de 70.

O contexto do trabalho sofreu nas últimas décadas profundas transformações. Segundo Larangeira (2004), as mudanças ocorridas no ambiente de trabalho somam-se a maior

cobrança em relação à qualificação dos trabalhadores, ao aumento da qualidade dos produtos, a redução de custos, ao “*empowerment*” de seus empregados, ampliando o escopo de suas atribuições, reduzindo os níveis hierárquicos, transferindo responsabilidades até então atribuídas a gerentes e/ou supervisores aos trabalhadores do chão de fábrica, entre outros. Outra questão importante que permeia o ambiente de trabalho na atualidade, segundo o autor, é o *downsizing*, que corresponde às demissões dos trabalhadores por corte de custos. Sua particularidade é que as empresas despedem os empregados por conta de reestruturações e subcontratações. As empresas, ao mesmo tempo em que demitem, também contratam, na tentativa de ajustar a força de trabalho às novas necessidades. O cenário do ambiente de trabalho na atualidade é permeado pela acirrada competição, instabilidade das condições de mercado, a rapidez das inovações tecnológicas e gerenciais.

Segundo Abrahão e Pinho (2002), o mundo do trabalho encontra-se sob um processo de reestruturação produtiva e organizacional, estabelecendo novos cenários produtivos. Essa reestruturação pode ser identificada pela transformação das estruturas e estratégias empresariais, que alteram as formas de organização resultando em novas formas de competitividade, com repercussões no âmbito administrativo e operacional. As mudanças no ambiente de trabalho se manifestam pelas alterações na natureza do trabalho, inclusive aumentando a sua densidade, o ritmo e a ampliação da jornada de trabalho. Essas mudanças também atingem maiores exigências quanto ao perfil dos trabalhadores, havendo uma valorização da polivalência do empregado; do comprometimento organizacional; da qualificação técnica; da participação criadora; da mobilização da subjetividade; da capacidade de diagnosticar e de decidir. Portanto, existe uma maior cobrança em relação às competências dos funcionários, pois o desenvolvimento desse perfil “polivalente” implica em novas aquisições e novas competências.

Em oposição ao que é esperado de um trabalhador nas empresas na atualidade, as características do colaborador usuário de álcool e outras drogas corresponde ao trabalhador que se ausenta do trabalho, que tem maiores riscos de se envolver em acidentes de trabalho e que torna-se menos produtivo com o consumo frequente de álcool e de outras drogas. No II LENAD, 8% dos brasileiros entrevistados (7,4 milhões de pessoas) relataram que já tiveram problemas no trabalho decorrentes do uso de álcool. Neste mesmo estudo, 4,9% dos bebedores (4,6 milhões de pessoas) relataram que já perderam o emprego devido ao uso de álcool (Laranjeira, 2013).

Quanto ao absenteísmo, o trabalhador usuário de álcool e outras drogas tende a se ausentar do trabalho no primeiro dia útil da semana e chegar atrasado ou sair mais cedo com

mais frequência do que os demais, além de apresentar um comportamento considerado de maior risco quanto a sua segurança e envolvimento mais frequente em conflitos com colegas. O uso de drogas no ambiente de trabalho também pode trazer consequências para a empresa como custos com demissões, rotatividade de mão de obra, custos com licença médica, comprometimento da produtividade e até mesmo prejuízos da imagem da organização perante os próprios trabalhadores, os clientes e a comunidade em geral (Brasil, 2012).

A Organização do Trabalho, OIT (2003) considera que o uso de álcool pode ocasionar diversos problemas para empregados e empregadores como acidentes de trabalho, pressão sobre os colegas, custos de substituição, custos com indenização para trabalhadores, diminuição da produtividade, conflitos, estresse, comunicação insatisfatória entre os colegas de trabalho, absenteísmo, entre outros. A OIT também difere o absenteísmo do absenteísmo por licença médica. O primeiro é definido apenas como a falta do empregado ao trabalho, onde não são explicitados os critérios de “falta” e o segundo é caracterizado pelo afastamento do trabalho por licença médica, considerando todo o período de afastamento.

Um importante estudo realizado na Austrália por Roche, Pidd, Berry e Harrison (2008) em uma amostra de 13.582 trabalhadores, encontrou uma forte relação entre o uso de bebidas alcoólicas e o absenteísmo. A probabilidade encontrada de ocorrer o absenteísmo foi maior em bebedores de alto risco em comparação com bebedores de baixo risco. O absenteísmo também representa um custo significativo para os empregadores onde salários extras são necessários para cobrir o período com a falta do funcionário (Dale & Livingston, 2010). No Brasil, o alcoolismo é a terceira causa de absenteísmo e a oitava para concessão de auxílio-doença no sistema previdenciário (Brasil, 2012).

Outra questão importante que abrange o uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho são os afastamentos ocorridos para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas e devido a acidentes de trabalho relacionados ao consumo de substâncias. De acordo com Frone (2009), existe uma forte relação entre o uso de álcool e os acidentes no local de trabalho. Estudos indicam que os problemas relacionados ao uso de álcool são responsáveis por 54% dos acidentes de trabalho com afastamento e por 40% dos acidentes com morte (Brasil, 2012). Segundo dados da OIT (2003), 40% do número de acidentes de trabalho estão relacionados com o consumo de álcool.

Quanto à queda da produtividade do funcionário em decorrência do consumo de álcool a *European Commission* (2011) argumenta que os custos gerados pela perda de produtividade apresentam-se como o elemento dominante dos custos sociais decorrentes dos danos causados pelo álcool na União Européia. O mesmo estudo relata que o local de trabalho, em si, pode

levar ao consumo do álcool por meio de fatores estruturais, como stress, alto esforço / baixas recompensas no trabalho, facilidade de obtenção do álcool e influência da rede social. Em documentos da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) é explícito que fatores existentes nas organizações podem contribuir para o aumento do consumo de substâncias psicoativas pelo trabalhador como: disponibilidade de recursos financeiros como salários, acesso a contas correntes em bancos e a empréstimos; existência de mecanismos que facilitam a comunicação entre os funcionários nas dependências da empresa; e a inexistência de políticas de prevenção do uso de drogas nas organizações (Brasil, 2012).

A partir dos dados acima concluímos que o uso de drogas no ambiente de trabalho é uma questão abrangente e que não pode ser reduzida a culpabilização do trabalhador pelo seu uso. A própria organização, a sociedade, a cultura e o ambiente territorial colaboram para o uso de drogas do trabalhador contribuindo para que esta questão seja tratada como uma perspectiva biopsicossocial. Com isso, torna-se relevante conhecer quais estratégias estão sendo utilizadas sobre o uso de drogas no ambiente de trabalho no Brasil e em outros países. Os estudos de Hantula, Rajala, Kellerman e Bragger (2001) e de Oxenburgh e Marlow (2005) mostram que existe uma boa relação de custo benefício para as intervenções administradas no ambiente de trabalho.

1.3- Ações de prevenção e promoção de saúde no ambiente de trabalho para o uso de álcool e outras drogas

As ações no ambiente de trabalho para o uso de álcool e outras drogas estão fortemente relacionadas com a Promoção da Saúde e a com a Prevenção. Este modelo supõe ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde. A promoção da saúde envolve questões estruturais como: pobreza, desemprego, estresse, condições de trabalho e moradia precárias, envelhecimento populacional, violência, isolamento social, entre outros (Barletta, 2008).

O paradigma da promoção da saúde representa uma maneira diferenciada de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva prioritariamente biológica, mas numa perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Assim, uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais passa a ser direcionada para ações coletivas (Pereira, Penteado & Marcelo, 2000). Segundo Duarte e Cruz

(2002), estratégias de promoção da saúde e prevenção são complementares e não excludentes, pois a população beneficia-se de medidas adequadas e equilibradas em ambas as perspectivas.

Os tipos de prevenção citados na literatura para o uso de drogas compreendem a prevenção primária, a prevenção secundária e a terciária (Brasil, 2006). A prevenção primária ou universal é voltada para indivíduos ou grupos que ainda não fizeram o uso de substâncias. A prevenção secundária é voltada para indivíduos ou grupos que já tiveram o contato inicial com o uso de drogas, tendo por objetivo fazer com que o indivíduo diminua ou pare de consumir a substância ou prevenir outros danos associados ao consumo. A prevenção terciária é indicada para indivíduos ou grupos que fazem uso pesado da substância ou que são dependentes.

Segundo Slodoba e Bukoski (2006), não existe um único tipo de prevenção para todas as populações, é preciso direcionar as ações de prevenção para os diferentes públicos. Nesse sentido, o sucesso da implementação das estratégias de prevenção está relacionado com a definição da população, infraestrutura adequada, política de prevenção evidente, características organizacionais, e atitudes dos profissionais e gestores a respeito do tema. De acordo com Babor *et al.* (2003), estratégias de prevenção baseadas no ambiente e no contexto são mais efetivas do que as baseadas apenas no indivíduo. Em documentos da SENAD (2006) é explícito que os dois tipos de ações, sejam elas voltadas para o indivíduo ou voltadas para o ambiente, apresentam sua importância e que deveriam ser implementadas conjuntamente para maior impacto e efetividade (Brasil, 2006).

Considerando a função da SENAD de propor políticas nacionais de prevenção, tratamento e reinserção social, vale destacar as indicações deste órgão para as ações voltadas no ambiente de trabalho. O documento “Prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho” elaborado pela SENAD em 2012 menciona que não existe modelo pronto de intervenção e que não há como definir qual modelo é melhor ou pior. Ele sugere que os modelos de programas de prevenção devem priorizar a valorização dos fatores de proteção e a diminuição dos fatores de risco para o uso de drogas. Além disso, os programas desenvolvidos nas empresas devem priorizar as características do ambiente empresarial, e as propostas devem se traduzir em ações possíveis de serem executadas, de acordo com os recursos e disponibilidade da organização. O mesmo documento dá ênfase à abordagem multidisciplinar, sugerindo que as ações sejam realizadas conjuntamente com os profissionais de recursos humanos, saúde ocupacional, segurança do trabalho e que haja o envolvimento das lideranças da empresa e também de setores da comunidade. São mencionados ainda alguns modelos de prevenção ao uso de drogas no ambiente de trabalho como palestras,

campanhas permanentes, atividades especiais, a abordagem interdisciplinar e a Intervenção Breve (IB). A efetividade das palestras, segundo este estudo, depende da habilidade do palestrante em interagir com o público e do domínio do tema. Apesar de não existirem estudos relatando a eficácia real das palestras, o acesso à informação e o espaço para a reflexão podem influenciar na mudança de atitudes quanto ao uso de drogas. As campanhas podem focalizar os fatores de risco e de proteção ao uso de drogas, porém devem ser desenvolvidas por meio da articulação da organização com os recursos existentes na comunidade. As atividades especiais incluem estratégias para o enfrentamento do estresse e podem minimizar fatores de risco para o uso de drogas. Essas atividades devem ser realizadas preferencialmente durante o horário de trabalho e incluem: ginástica laboral, *shiatsu*, *quickmassage*, dança de salão, coral, teatro, *ikebana* e atividades ao ar livre, orientadas por profissionais especializados, entre outros. A abordagem interdisciplinar proposta no documento visa o envolvimento de vários profissionais que buscam ter uma atuação sistêmica, respeitando as diferenças dos saberes em busca da melhor intervenção junto aos trabalhadores usuários de drogas. Esta abordagem envolve o trabalho conjunto de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, técnicos em segurança do trabalho e as chefias (Brasil, 2012).

Em uma revisão sistemática sobre o uso de álcool no local de trabalho Webb, Shakeshaft, Fisher e Havard (2009) identificaram dez estudos que se tratavam de intervenções realizadas no ambiente de trabalho para o uso de álcool. As intervenções citadas neste estudo incluíam intervenções contidas dentro de exames periódicos de saúde e estilo de vida; a capacitação psicossocial; o programa de pares e as Intervenções Breves. Segundo os autores, estas intervenções podem ter resultados benéficos no ambiente de trabalho para o uso de álcool.

Em outra revisão sistemática de literatura elaborada por Ferreira e Sartes (*no prelo*) buscou-se avaliar estudos sobre o uso de álcool e outras drogas e ambiente de trabalho. Após a categorização dos estudos, focou-se em dez estudos que propunham intervenções para o uso de álcool e outras drogas. As intervenções foram classificadas de acordo com as seguintes categorias: Programas de Prevenção; Programas de Educação para Álcool e Outras Drogas; Rastreamento de Drogas; e Tratamento para Dependentes. Todos os artigos mostraram resultados positivos quanto às propostas de intervenção no ambiente de trabalho, o tema Prevenção apareceu em quatro artigos sendo dois sobre o Programa de Pares “*Peer Care*” e dois sobre a IB.

Sobre a revisão citada acima, o estudo dos autores McPherson, Goplerud, Derr, Michenberg e Courtemache (2010) testou a viabilidade da implantação de uma triagem telefônica com o uso do Alcohol Disorders Identification Test (AUDIT) em um Call Center onde também foram oferecidos aos funcionários uma IB motivacional, encaminhamentos e “*follow up*”. Segundo estes autores, foi possível a aplicação do SBIRT (*Alcohol screening, brief intervention and referral to treatment*) via telefone e como resultado 52% dos trabalhadores apresentaram reduções no padrão de uso de risco ou moderado para o padrão de problemas com o uso de álcool. O estudo de Hermansson, Helander, Brandt, Huss e Rönnerberg (2010) também cita a IB em seu método e trata-se de um estudo randomizado, feito em uma empresa de grande porte do setor de transportes com o objetivo de avaliar a eficácia da IB quando esta é associada com exames clínicos de saúde. Este estudo utilizou grupo experimental e grupo controle com “*follow up*” após 12 meses e relatou que a IB associada a exames clínicos de rotina foi efetiva para reduzir o consumo de álcool neste intervalo de tempo.

1.4- A Intervenção Breve (IB)

A IB teve início no final da década de 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores, no Canadá. No final da década de 1980 um grupo de estudiosos ingleses liderados pelo pesquisador Griffith Edwards relataram que uma simples advertência feita por um médico generalista sobre o uso abusivo de álcool do paciente durante uma consulta de rotina podia fazer com que os pacientes reduzissem significativamente seu consumo de álcool. A partir dessa informação surgiram várias frentes de pesquisa por vários países a fim de averiguar a eficácia da IB nos serviços de saúde (Formigoni, Lacerda, Vianna & Ronzani, 2006).

No Brasil, a primeira pesquisa realizada foi liderada pela pesquisadora Jandira Masur com o objetivo de comparar a eficácia da IB com terapias mais longas como a psicoterapia de grupo com abordagem psicodinâmica. O resultado deste estudo mostrou que a IB não apresentou diferenças significativas quanto à efetividade em comparação com terapias mais longas. As duas formas de tratamento mostraram resultados semelhantes em relação à redução do consumo de álcool (Formigoni, 1992). Por poder ser realizada por diferentes profissionais e requerer menor tempo de treinamento, os resultados deste estudo sobre a IB evidenciaram uma melhor relação custo-benefício para ser aplicada na atenção primária à saúde (Formigoni et al., 2006).

Segundo Babor, Higgins-Biddle, Saunders e Monteiro (2001), nas últimas décadas têm-se identificado um aumento considerável no desenvolvimento de instrumentos de triagem associados à técnica da IB, direcionados a pacientes usuários de álcool em serviços de saúde. Porém, de um ponto de vista mais amplo, a aplicação da IB em outros contextos não tem sido disseminada, sendo raros os estudos a respeito da eficácia da IB para usuários de álcool no ambiente de trabalho (McPherson, et al., 2010). Segundo Collins e Lapsley, (2008) os custos relacionados com o desenvolvimento e implementação de intervenções no local de trabalho é relativamente pequeno em comparação com os custos resultantes dos problemas gerados pelo abuso de drogas no trabalho.

A IB pode ser definida como uma estratégia focal e objetiva que visa motivar o indivíduo para a mudança de comportamento. O objetivo dessa intervenção é identificar a presença de um problema, motivar o indivíduo para a mudança de comportamento e sugerir estratégias para que esta mudança possa acontecer, podendo ser utilizada para prevenir ou reduzir o consumo de álcool e outras drogas ou para orientar sobre os efeitos e consequências de seu uso. Indica-se a utilização da IB para uso de risco ou abusivo, ou seja, a IB é eficaz quando é relacionada à prevenção primária ou à secundária. Para níveis de dependência, indica-se o encaminhamento para tratamento especializado, já que casos de dependência apresentam uma gama maior de problemas relacionados ao uso de drogas e a IB não seria capaz de abordar todos os aspectos envolvidos na dependência química (De Micheli & Formigoni, 2006).

A IB tem duração de 15 a 45 minutos e é baseada nos seguintes princípios, segundo Miller e Sanchez (1993): *Feedback, Responsibility, Advice, Menu of Options, Empathy, Self-efficacy*, que juntos formam a palavra FRAMES. Estes princípios correspondem a um direcionamento para o conteúdo das intervenções e podem ser resumidos nos seguintes aspectos:

- Retorno (*Feedback*): O *feedback* compreende o retorno dado ao indivíduo sobre sua pontuação no instrumento de triagem. O principal instrumento de triagem para uso de álcool atualmente é o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), que corresponde a um instrumento de autorrelato desenvolvido para identificar vários padrões de uso do álcool.

- Responsabilidade (*Responsability*): Nesta etapa mostra-se ao paciente que ele é o responsável pelo seu comportamento e por suas escolhas de usar ou não a droga. Também serão enfatizadas algumas metas a serem cumpridas durante o tratamento, será feita uma negociação entre o paciente e o aplicador sobre o uso de drogas.

-Aconselhamento (*Advice*): Serão oferecidas ao paciente orientações claras sobre as consequências do uso de drogas, assim como informações sobre a relação de seus problemas atuais com o uso de substâncias. Também pode ser feita uma balança de prós e contras a fim de motivar o indivíduo a mudar seu comportamento.

- Menu de Opções (*Menu of options*): É oferecido ao paciente um menu de opções com várias estratégias a fim de modificar ou cessar o comportamento do uso de drogas, como exemplo: evitar companhias, evitar lugares de obtenção da droga, fazer um diário do uso de drogas, utilizar técnicas de relaxamento, entre outras.

-Empatia (*Empathy*): A empatia significa demonstrar ao paciente um entendimento sobre suas dificuldades sobre o uso de drogas sem ser confrontativo; é importante não “obrigar” o paciente a mudar o comportamento.

- Autoeficácia (*Self-efficacy*): A autoeficácia refere-se ao encorajamento que deve ser passado ao paciente, auxiliando-o a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação à mudança de comportamento.

Uma IB eficaz consiste em utilizar as técnicas descritas acima e principalmente fornecer um ambiente de apoio para o usuário de drogas. Torna-se importante evitar rótulos e jargões, bem como fazer perguntas abertas, utilizar a escuta reflexiva, demonstrar receptividade e encorajar o paciente (De Micheli & Formigoni, 2006). Segundo Miller e Rollnick (2001), também é importante mesclar componentes da Entrevista Motivacional (EM) às IB, considerando o estágio motivacional que a pessoa se encontra a fim de embasar com maior eficácia o direcionamento da IB.

A EM é baseada no modelo transteórico da mudança de comportamento, proposto por Prochaska e DiClemente (1983), segundo o qual a motivação caracteriza-se por um processo dinâmico e não linear. Esta teoria descreve os estágios de mudança comportamental por meio dos quais o indivíduo “transita”, estando este em tratamento ou não. Os autores sugerem que os estágios não são fixos, as pessoas podem transitar entre os seis estágios até mudarem completamente o comportamento. A partir da identificação do estágio motivacional, é possível escolher estratégias adequadas para guiar a IB ou a EM. Tais estágios são descritos a seguir como: Pré-contemplação; Contemplação; Determinação; Ação; Manutenção e Recaída.

-Pré-contemplação: Os indivíduos na Pré-contemplação não estão prontos ou não querem mudar o comportamento-problema. Não são focalizadas estratégias para a modificação do comportamento.

- Contemplação: Os indivíduos contempladores estão abertos a receberem informações, mas não sabem ao certo se desejam mudar o comportamento-problema. A balança decisória pode ser eficaz para quando o indivíduo está ambivalente.
- Determinação: As pessoas no estágio de determinação avaliam as melhores estratégias para cessar o comportamento-problema. Eles parecem estar prontos e comprometidos com a mudança.
- Ação: Neste estágio os indivíduos já fizeram um plano de tratamento e começaram a implementá-lo.
- Manutenção: Nesta fase os indivíduos já modificaram o comportamento e desejam manter esta mudança. A ameaça de recaída torna-se menos intensa e o paciente sente-se mais fortalecido frente ao novo padrão de comportamento.
- Recaída: A recaída para os autores é considerada como um estágio normal da mudança de comportamento. Lapsos e recaídas fazem parte do processo de mudança e isso deve ser diferenciado mediante o contato com o paciente.

1.5- Estudos de efetividade e eficácia das Intervenções Breves

Nos últimos anos um grande número de revisões sistemáticas foi realizado confirmando a eficácia e a efetividade da IB em contextos referentes aos cuidados em saúde (Ballesteros et al 2004; Whitlock et al 2004; Bertholet et al 2005; Kaner et al 2007; Nilsen et al 2008). A IB tem sido amplamente estudada em todo o mundo para diferentes contextos, muitos estudos têm apontado esta intervenção como ferramenta eficaz para reduzir o consumo de álcool principalmente quando se refere à atenção primária (Williams et al., 2011; Babor et al., 2007).

Apesar de existirem na literatura um número expressivo de metanálises confirmando a eficácia da IB, alguns estudos recentes relatam que o simples fato de aplicar os instrumentos de triagem faz com que o indivíduo mude seu comportamento, reduzindo o consumo de álcool e de outras drogas. Estudos com este foco foram conduzidos com participantes universitários (McCambridge e Day, 2007); e também no contexto hospitalar (Pengpid, Peltzer, Skaal, & Van der Heever, 2013). Outros estudos ainda afirmam que nem todos os resultados da investigação que utilizavam a SBIRT (triagem, aconselhamento e IB) têm sido positivos. Alguns estudos realizados em departamentos de emergência mostram pouca diferença nos resultados de consumo entre os indivíduos que receberam o SBIRT e os grupos controles

necessitando de mais investigações para esta intervenção (D'Onofrio et al., 2008; Daeppen et al., 2007; Havard, Shakeshaft & Sanson Fisher, 2008).

Em uma revisão sistemática acerca da IB na atenção primária elaborada por Pereira et al. (2013), constatou-se que a estratégia da IB foi eficaz para alguns estudos e outros não mostraram reduções significativas nos episódios de consumo de álcool. O estudo de Grotheus et al., (2008) relatou que os pacientes com comorbidades psiquiátricas não foram beneficiados com a técnica da IB. Os autores Laranjeira et al., (2005) obtiveram melhores resultados de tratamento quando empregaram o aconselhamento padrão, ou seja, a prática de IB não surtiu efeitos superiores a estratégia já empregada; a IB não foi eficaz porque os pacientes já estavam internados, e, conseqüentemente, abstinentes de álcool.

Em um estudo elaborado pelos autores Thom, Herring, Luger e Annand (2014) foi mencionado que a IB pode ser disseminada para outros contextos, porém existem poucos estudos relatando a eficácia da IB em outros ambientes que não seja a atenção primária. Existem boas evidências da eficácia da IB na atenção primária, e até certo ponto, em serviços de emergência, porém a eficácia da IB em outros contextos ainda não está consolidada. Estes mesmos autores ainda afirmam que estudos de viabilidade indicam o potencial para a aplicação da IB em outros contextos como farmácias, justiça criminal, escolas, universidades e ambiente de trabalho. O local de trabalho foi apontado como um contexto promissor com potenciais benefícios para empregados e empregadores, pois, comumente, já existem programas ocupacionais dentro das empresas o que facilita o enquadramento da IB nos âmbitos das políticas de saúde e bem estar do ambiente organizacional.

O *The United States Preventive Services Task Force* (2004) definiu a IB com recomendação B, ou seja, não há provas suficientes de que os benefícios desta intervenção superam os malefícios, porém este estudo considerou que nas pesquisas realizadas os participantes reduziram em média de 13% a 34% doses por semana quando comparado ao grupo controle. Com isso, é relevante investir em novas frentes de pesquisas que considerem a viabilidade, eficácia e efetividade desta intervenção. Também deve ser notado que a SBIRT no contexto atual não é inteiramente uma prática baseada em evidências. Enquanto que alguns estudos indicam que houve redução do uso de álcool em seis meses alguns destes estudos são carentes de grupo controle. Futuros estudos devem basear-se em ensaios clínicos randomizados e fim de demonstrar a eficácia da IB (Agerwala & McCance-Katz, 2012).

1.6- Implicações metodológicas de ensaios clínicos randomizados

A fim de criar um parâmetro para as pesquisas clínicas, a iniciativa o *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) tem como objetivo fornecer uma lista com os componentes essenciais de um ensaio clínico randomizado. Trata-se do padrão mais indicado para pesquisas clínicas. Este modelo compreende uma lista de verificação (*checklist*) contendo 22 itens que deveriam ser abordados na descrição de ensaios clínicos randomizados, estes estudos têm sido descritos como os melhores tipos de pesquisas na área médica por apresentarem elevada validade interna e maior precisão na avaliação da eficácia e efetividade de diversas ações terapêuticas e preventivas em saúde. Contudo, a execução de um ensaio clínico randomizado pode ser dificultado por diversas razões como questões éticas, baixa validade interna, dificuldades na aleatorização dos participantes dentre outras dificuldades operacionais (Malta, et al., 2010). Visando auxiliar na qualidade da verificação de evidências em outras áreas que não os estudos farmacológicos, o CONSORT desenvolveu o guia para ensaios clínicos randomizados não farmacológicos, focado em estudos do tipo cirurgias, procedimentos técnicos, equipamentos, reabilitação, psicoterapia, intervenções comportamentais e medicina alternativa e complementar (Boutron, Moher, Altman, Schulz, & Ravaud, 2008).

Faz-se necessário projetar um estudo piloto antes de dispendir grandes investimentos em ensaios clínicos randomizados. Em relação aos estudos piloto estes são definidos como um estudo experimental, exploratório, teste preliminar, triagem ou tentativa de investigação. O estudo piloto concentra-se em ser uma versão do estudo principal que é executado em uma mini versão para testar se os componentes do estudo principal podem trabalhar juntos. É voltado para os processos do estudo principal, por exemplo, para assegurar o recrutamento, a distribuição aleatória, tratamento e acompanhamento de todas as avaliações funcionarem sem problemas. Será, portanto, semelhante ao estudo principal em muitos aspectos. Em alguns casos, esta será a primeira fase do estudo principal. A relevância de se fazer um projeto piloto é aumentar a probabilidade de sucesso do estudo principal, e potencialmente ajudar a evitar estudos principais carentes de resultados. Quanto aos estudos de viabilidade, estes são definidos como fragmentos de pesquisa realizados antes de um estudo principal. A finalidade deste estudo é estimar parâmetros importantes que são necessários para a concepção do estudo principal como exemplo, randomização, treinamentos, fluxo de participantes, taxas de resposta aos questionários, taxas de adesão, tamanho da amostra, entre outras características, a finalidade não é o desfecho de interesse, e sim a viabilidade da implantação de alguma

intervenção. Apesar de ser importante a diferenciação entre os estudos de viabilidade e estudos piloto, estes não são claramente diferenciados na literatura, e muitas vezes são escritos como sinônimos (Arain, Campbell, Cooper, & Lancaster, 2010).

Diante das questões relatadas em relação às pesquisas sobre a IB, alguns resultados mostram-se positivos quanto à eficácia e a efetividade desta intervenção, outros se mostram não efetivos e outros ainda não diferem estatisticamente dos resultados do aconselhamento padrão. Também não existem evidências que comprovem a eficácia e efetividade da IB no contexto organizacional, fazendo-se necessários estudos que avaliem a utilização da IB no referido contexto.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral:

Avaliar os efeitos da Intervenção Breve no ambiente de trabalho para problemas relacionados ao consumo de álcool.

2.2- Objetivos Específicos:

- Avaliar se houve diferenças na pontuação do AUDIT entre os grupos *Feedback* e Panfletos (1) e IB (2);
- Avaliar o padrão de consumo de álcool antes e três meses após as intervenções;
- Comparar os estágios de motivação para o uso de álcool antes e três meses após as intervenções;
- Avaliar outras questões de saúde que permeiam o ambiente de trabalho segundo o instrumento ASI 06;
- Analisar características das categorias profissionais e relacionar com o uso de álcool e com outras questões de saúde;
- Citar facilitadores e dificultadores da aplicação da IB no ambiente de trabalho.

3- METODOLOGIA

No presente estudo iremos adotar o guia do CONSORT de Boutron et al (2008), para ensaios clínicos randomizados não farmacológicos para reportar a metodologia e os resultados.

3.1- Desenho do Estudo

Este estudo trata-se de um ensaio clínico randomizado não controlado, com desenho quase experimental de natureza quantitativa.

3.2- Contexto

A pesquisa foi realizada em uma Empresa de médio porte situada de Juiz de Fora-MG. Esta Empresa conta com o total de 120 funcionários sendo estes do setor de produção e também da área administrativa. A Empresa é especializada na fabricação de esquadrias e escadas comerciais. A localização da Empresa é em um bairro da periferia da cidade onde muitas pessoas fazem o uso de álcool e outras drogas e onde o tráfico de drogas é atuante. A maioria dos funcionários reside próximo ao local de trabalho.

O processo de triagem, recrutamento, aplicação das intervenções e *follow up* teve a duração de seis meses, com início em 18 de março de 2014 e término em 25 de agosto de 2014. A triagem, o recrutamento e as intervenções foram aplicados no período de março a junho de 2014 e o *follow up* seguiu a data de três meses após cada entrevista.

3.3 – Participantes

Participaram do estudo 120 funcionários de uma Empresa de médio porte, do setor metalúrgico. A amostra foi de conveniência. Foram incluídos no estudo indivíduos maiores de 18 anos, funcionários da referida Empresa, que aceitaram participar do mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 01).

Foram delimitados como critérios de não inclusão no estudo pessoas que faziam uso de outras drogas além do álcool e tabaco, e indivíduos impossibilitados de responder os questionários, que apresentassem sintomas no momento da entrevista que impossibilitasse a realização da mesma. Estes sintomas seriam detectados por meio da observação (sintomas

psicóticos, déficits cognitivos graves, alterações do estado de consciência, agitações psicomotoras com necessidade de contenção, sintomas de abstinência graves ou efeitos agudos do uso de substâncias no momento da entrevista). Visando não expô-los a nenhum constrangimento, todos estes indivíduos também receberiam as intervenções previstas, mas eles seriam retirados da análise de dados a fim de não enviesar a pesquisa. Porém, não houve casos de pessoas com vigências de sintomas no momento da entrevista que impossibilitasse a realização da mesma e, também, não houve casos de uso de outras drogas além do álcool e tabaco. Também se configurou como critério de exclusão os funcionários que não aceitaram participar da pesquisa e que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, porém todos os funcionários que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento.

3.4- Procedimentos e aleatorização

Após a aprovação do Comitê de Ética e do primeiro contato com a Empresa para a autorização da realização da pesquisa, a Empresa foi novamente contatada para apresentação da proposta de intervenção. Em seguida foi feita uma reunião com os gestores, com o setor de recursos humanos e com os principais líderes de equipe a fim de conseguir o apoio necessário à execução da pesquisa. Nesta reunião foi decidido sobre a questão dos horários e formas de motivar os funcionários a participarem.

Antes da realização da pesquisa foi feito um treinamento para duas assistentes de pesquisa com a carga horária de 40 horas. As aplicadoras são alunas da UFJF do curso de Psicologia que fazem parte do Treino de Pesquisa e Iniciação Científica (IC) na área de álcool e outras drogas. Este treinamento foi ministrado por quatro mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, com graduação completa em Psicologia e por uma docente com pós-doutorado na área de Álcool e outras Drogas e especialista no tema. Os temas do treinamento abrangeram o conhecimento sobre as drogas em geral, os efeitos do álcool no organismo, formas de prevenção do uso de álcool, e a IB, bem como questões éticas de entrevista e Intervenção junto a usuários de álcool e outras drogas. Também houve treinos e exposições de técnicas e de vídeos sobre a aplicação da IB e *feedbacks*. As assistentes de pesquisa e a pesquisadora principal foram responsáveis pelos mesmos procedimentos de aplicação dos questionários, intervenções, *follow up* e digitação dos dados.

Em outra ocasião a pesquisadora principal e duas assistentes de pesquisa conjuntamente com o setor de Recursos Humanos fizeram uma reunião com todos os funcionários onde foi explicada a proposta de pesquisa e onde foi feito o convite para a participação da mesma. Foram explicados os objetivos do estudo, incluindo a avaliação em saúde geral, retirando o foco das intervenções voltadas exclusivamente para o consumo de drogas.

O gestor da Empresa, os profissionais de Recursos Humanos e as pesquisadoras reforçaram a questão do sigilo e da não identificação dos trabalhadores a fim de evitar vieses de resposta por parte dos funcionários. Foram colocados cartazes no mês anterior ao início das entrevistas a fim de motivar os funcionários a participarem. O cartaz era um convite para que todos participassem do projeto intitulado “Saúde e Bem Estar”.

Após a leitura e assinatura do TCLE, a entrevista teve início com a aplicação do Questionário Sociodemográfico (Anexo 01). Logo após foi aplicada a Área “Médica” do *Addiction Severity Index 6* (ASI 06) a fim de relacionar questões de saúde com o uso de álcool. Em seguida foi aplicado o AUDIT que visou identificar o padrão de uso de álcool. Foram aplicadas também outras questões sobre o uso de álcool para todos os funcionários a fim de detalhar com maior precisão quando se dá o consumo de álcool e outras drogas, a quantidade de doses consumidas e o motivo para o uso de bebidas alcoólicas. Por último a escala URICA foi aplicada nos funcionários que obtiveram pontuação de 08 a 19 no AUDIT para averiguar o estágio de motivação para a mudança de comportamento que o funcionário apresentava. A escala URICA foi aplicada somente para os funcionários que pontuaram nas zonas II e III do AUDIT, ou seja, às pessoas que fizeram parte dos grupos de estudo.

Mediante o resultado do instrumento de triagem AUDIT, as intervenções tiveram focos diferentes. A metodologia utilizada foi de acordo com o protocolo do “Manual para Uso em Atenção Primária” elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Babor & Biddle, 2006). Para pontuações de 0-7 no AUDIT (Zona I) foi utilizada a “Educação para o álcool” que se trata de incentivar o indivíduo a manter seu uso de baixo risco e fornecer poucas palavras ou informações escritas a respeito dos riscos de beber. As pessoas que pontuaram nas zonas II e III (pontuações de 8-15 e de 16-19) foram distribuídas aleatoriamente para o Grupo *Feedback* e Panfletos (1) ou para o Grupo IB (2). Para a aplicação da IB foram utilizadas as técnicas sugeridas por Babor e Biddle (2006), seguindo os princípios da IB (FRAMES) que sugerem a aplicação do *feedback* para o uso de substâncias, a responsabilização, o aconselhamento seguido de informações sobre o álcool,

o menu de opções com estratégias para diminuir o consumo, a empatia e a auto-eficácia. Foram encaminhados para um especialista, conforme o interesse do participante, os funcionários que atingiram os critérios para dependência, ou seja, os que obtiveram uma pontuação de 20 a 40 pontos (Zona IV). Para os funcionários da Zona IV foram disponibilizadas listas com o nome e endereço de clínicas e serviços especializados no tratamento do uso de álcool.

Todos os funcionários da Empresa que tiveram interesse em fazer parte da pesquisa e assinaram o TCLE, participaram das entrevistas. Para checar os resultados da IB na diminuição do uso de álcool, os indivíduos que pontuaram nas zonas II e III foram aleatorizados para um dos grupos:

-Grupo 01- *Feedback* e Panfletos: Os funcionários que participaram do grupo *Feedback* e Panfletos receberam um *feedback* sobre a pontuação do AUDIT, situando-os em uso nocivo ou de risco, em comparação com as outras pontuações. Também foi fornecido um panfleto com informações sobre o uso de álcool elaborado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo, disponível em: http://www.cebrid.epm.br/folhetos/alcool_.htm este panfleto foi adaptado para melhor compreensão dos funcionários (Cebriid, 2014).

-Grupo 02- IB: Todos receberam o *feedback* do AUDIT, o panfleto informativo da Cebriid e também a IB. O grupo que recebeu a IB obteve as informações sobre o álcool de acordo com a metodologia proposta pelo “Manual para Uso em Atenção Primária”, foram utilizados os princípios dos FRAMES. As intervenções foram aplicadas individualmente e foi utilizado o mesmo roteiro de intervenção para os participantes deste grupo, porém as intervenções buscaram averiguar o estágio de motivação do funcionário para a mudança de comportamento e também as maiores dificuldades em diminuir o uso de álcool. Os temas das IBs abrangeram o *feedback* sobre a pontuação do AUDIT, a responsabilização do indivíduo quanto ao uso de álcool, a balança decisória a fim de diminuir a ambivalência, informações sobre o uso de álcool como riscos para a saúde e consequências para a vida social e profissional, identificação de crenças que favoreciam o uso de substâncias, identificação de gatilhos, menu de opções e estratégias para diminuir o uso de álcool e encorajamento sobre a mudança de comportamento. Os funcionários também foram orientados a ler o panfleto disponível e foram informados sobre o contato via telefone após três meses. A aleatorização foi feita a partir de uma tabela de randomização elaborada por um profissional de estatística, o

método utilizado foi à randomização por blocos (*blockrand*), a fim de garantir o balanceamento dos participantes para cada grupo.

3.5- Desfechos esperados

Para o estudo de comparação entre os grupos, foram definidas algumas medidas para avaliação dos resultados das intervenções. As medidas foram divididas entre primárias – principais alvos das intervenções – e secundárias – resultados que podem ter sido alterados, mas que, porém não eram o alvo principal das intervenções. Foram incluídas ainda outras medidas utilizadas.

3.5.1- Desfecho primário:

- *Medidas de número de doses consumidas*: Foram elaboradas pelos pesquisadores questões específicas para investigação sobre o uso de álcool. As perguntas se referiram à quantidade de doses consumidas durante a semana e também nos finais de semana, referindo-se este último ao padrão “*Binge*”, estas questões foram incluídas na parte do Anexo 05- “Questões sobre o álcool”.

- AUDIT - *Alcohol Disorders Identification Test*- (Babor & Higgins-Biddle, 2003): instrumento amplamente utilizado para triagem do uso do álcool. Foi aplicado como ferramenta de medição do padrão de uso de cada funcionário para posterior aplicação das Intervenções. Este instrumento é composto de 10 questões de autorrelato e foi desenvolvido para identificar os vários padrões de uso de álcool na população. Utilizamos o período para a resposta sobre o consumo de álcool de três meses anteriores à entrevista, de acordo com a literatura da área. Esta escala é de fácil aplicação e correção e foi criado para ações de prevenção ao uso de risco (Anexo 4).

3.5.2- Desfecho secundário:

- URICA- *University of Rhode Island Change Assessment Scale*- (Figlie, Dunn, Bazan, & Laranjeira, 2005): instrumento com 32 itens que objetivou investigar o estágio de motivação para a mudança de comportamento em que o sujeito se encontrava antes e após as intervenções. Os estágios motivacionais foram desenvolvidos por Prochaska e DiClemente,

(1992) e compreendem a pré-contemplação (igual ou menor que 8,9 pontos na escala de correção do URICA), contemplação (9 a 11,9 pontos), ação (12 a 14,9 pontos) e manutenção (igual ou maior que 15 pontos). Este instrumento foi validado no Brasil por Figlie et al., (2005) em pacientes ambulatoriais. A consistência interna considerando o alpha de Cromback foi de 0,77 a 0,79 na escala URICA, sendo considerado este instrumento dotado de boas propriedades psicométricas. (Anexo 5).

3.5.3- Outras medidas:

- Questionário Sociodemográfico com os itens: Primeiro nome, telefones, idade, sexo, tempo de trabalho, situação da escolaridade, profissão, setor na Empresa, religião e escala sócio- econômica. (Anexo 2).
- Questões do AUDIT: Além do padrão do consumo final do AUDIT, as questões do instrumento foram utilizadas para comparar os grupos.
- Área “Médica” do *Addiction Severity Index 6 (ASI 06)* - Kessler, Cacciola, Alterman, Faller, Souza-Formigoni, Cruz, M.S., ... & Pechansky, F. (2012): esta área é composta por 28 questões sobre saúde e foi utilizada para associar outras questões de saúde com o uso de álcool e também para descrever quais as principais doenças que estão presentes no ambiente de trabalho da referida Empresa (Anexo 3). Este instrumento foi validado por Kessler et al., (2012) e apresentou boas propriedades psicométricas.
- Medidas de implantação do estudo no ambiente de trabalho: Foram observados ainda indicadores da implantação de um estudo sobre IB no ambiente de trabalho como a adesão dos participantes a pesquisa, a logística da aplicação da IB, a colaboração da equipe de RH e dos gestores, entre outros.

3.6- Variáveis confundidoras ou vieses:

Os possíveis vieses na pesquisa foram o viés de contaminação, ou seja, a possibilidade de um funcionário ter comunicado ao outro como se deu a execução da pesquisa; o viés de desejabilidade social, ou seja, o efeito de agradar o entrevistador; e o viés de testagem onde os sujeitos podem ter aprendido a responder melhor ou pior a um questionário, todos estes vieses

podem futuramente ser administrados com a adoção de um maior número de participantes. As medidas para controlar as possíveis variáveis intervenientes neste estudo foi a aleatorização para os grupos 01 e 02 e a adoção de um grupo controle que é denominado “*Feedback e Panfletos*” a fim de testar se houve diminuição do consumo de álcool entre os participantes do grupos separados; houve a comparação entre as variáveis sociodemográficas dos grupos 01 e 02 onde que não foi necessário o emparelhamento dos participantes já que os grupos apresentavam características semelhantes; foi também realizado o treinamento de três aplicadores dos questionários a fim de diminuir os efeitos de desejabilidade social.

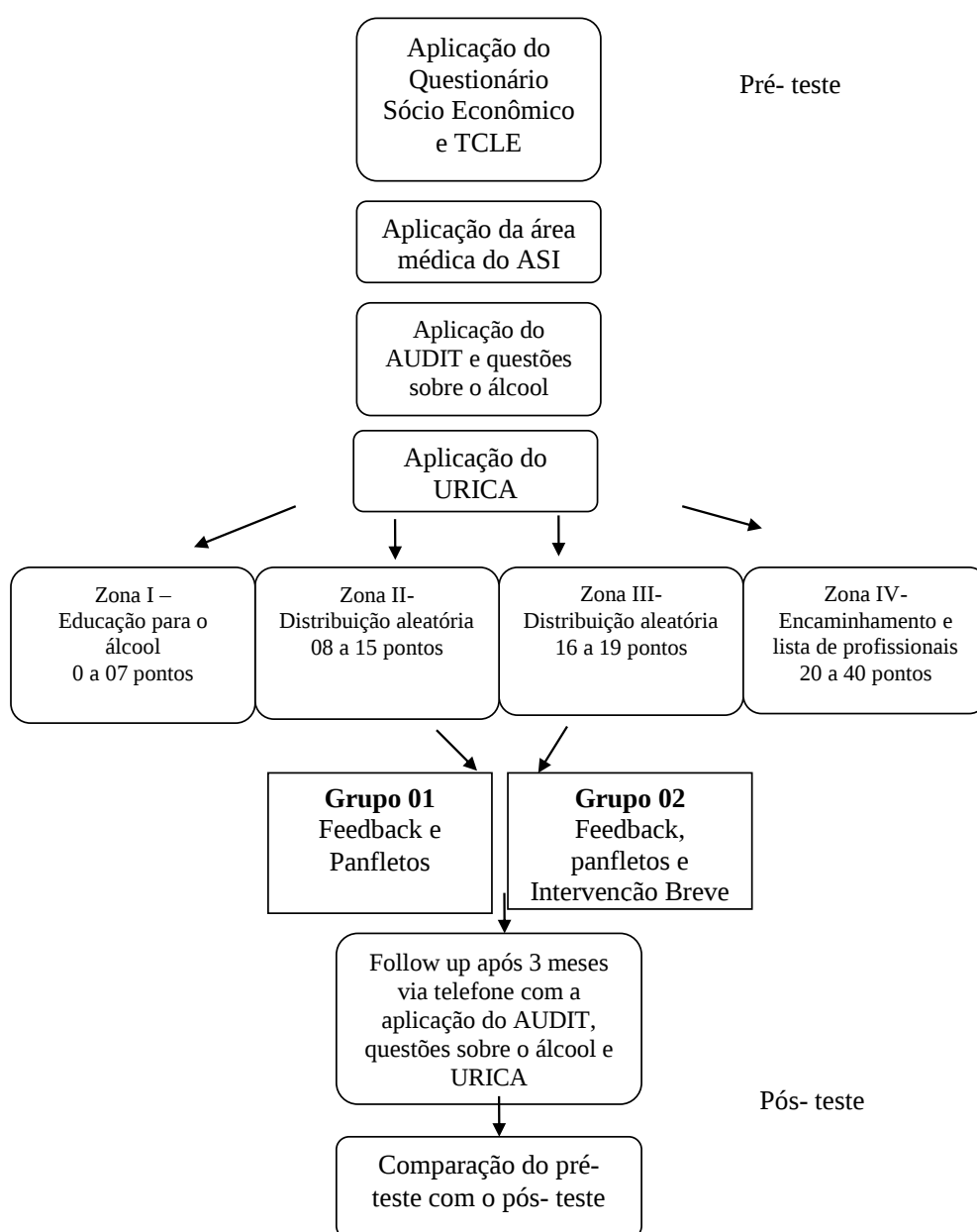


Figura 01: Fluxo metodológico utilizado para comparação entre os grupos *Feedback* e Panfletos e IB.

Fonte: A autora.

3.7- Questões Éticas

As intervenções e questionários foram aplicados aos 104 funcionários participantes em uma sala individual dentro da própria Empresa. Este cuidado foi tomado a fim de não estigmatizar os usuários e de respeitar as questões éticas. Outro cuidado que foi tomado quanto às questões éticas foi que todos os funcionários (N= 104) receberam algum tipo de intervenção, de acordo com a pontuação do AUDIT e de acordo com o “Manual do uso em atenção primária”. Os participantes que não foram classificados como uso de risco ou nocivo também receberam intervenções, porém foram retirados do estudo principal a fim de evitar vieses na pesquisa, pois o foco da IB refere-se ao uso de risco ou nocivo. Os funcionários que tiveram a pontuação de 0 a 07 pontos, ou seja, pontuações de baixo risco foram orientados a permanecer com o baixo consumo de álcool além de serem orientados sobre os riscos do consumo desta substância. Foi também fornecido a estes profissionais o *feedback* e os folhetos explicativos sobre o consumo de álcool. Os participantes que pontuaram como provável dependência (N=04) foram orientados sobre os riscos do beber pesado e sobre os riscos para a saúde. Além de serem fornecidos os panfletos explicativos sobre o uso do álcool, estes participantes também receberam uma lista de profissionais e clínicas especializadas no tratamento para a dependência desta substância, deixamos o funcionário livre sobre a escolha de procurar ou não por esse atendimento de acordo com princípios da Entrevista Motivacional.

Todos os funcionários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 01) antes da aplicação das entrevistas. Este termo foi redigido de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em agosto de 2013 (Nº 356.586).

Os participantes da pesquisa não foram identificados nos formulários de aplicação, onde constaram somente o primeiro nome dos participantes ou um apelido fornecido pelo funcionário. Os dados foram confidenciais e ficaram restritos aos pesquisadores, não sendo entregues aos gestores da Empresa, conforme acordado previamente. Os questionários foram armazenados em pastas lacradas no Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em

Álcool e outras Drogas-CREPEIA, do Departamento de Psicologia da UFJF após o término das entrevistas.

Após a conclusão dos resultados, os pesquisadores apresentaram os resultados da pesquisa aos gestores e profissionais de RH em forma de relatório com as médias gerais obtidas nas pontuações do AUDIT, URICA E ASI. Foi também realizado um *feedback*, reforçando a necessidade de aperfeiçoar os cuidados com a saúde em geral e também quanto ao uso de álcool. Nesta reunião com os gestores e setor de RH, também foi enfatizada a importância de um programa contínuo de prevenção ao uso de drogas em oposição a atividades pontuais sobre o tema. Houve tentativas de expor os resultados do estudo em uma reunião com os funcionários da Empresa, porém os líderes sugeriram que estes resultados sejam apresentados posteriormente na semana da SIPAT ou durante as reuniões de acompanhamento dos funcionários conjuntamente com o técnico de segurança do trabalho. Os gestores e profissionais de RH ficaram de contatar a nossa equipe no momento em que tiverem disponibilidade para estas atividades.

3.8- Análise dos dados

Os dados foram coletados e digitados em um banco de dados, os resultados foram comparados antes e após as intervenções. A análise de dados contou com a metodologia quantitativa. Após a construção deste banco de dados e organização das variáveis, duas pesquisadoras digitaram todo o banco e foi realizada uma digitação cruzada no programa Excel a fim de garantir maior confiabilidade dos resultados. Os dados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e inferenciais. Para as variáveis categóricas foi utilizado o Teste do Chi-quadrado, para as variáveis numéricas foi utilizado o Teste T de *Student* para dois grupos. Os dados em “*missing*”, ou dados perdidos, foram tratados com a adoção da imputação de dados faltantes. Porém, não houve perdas de dados nos desfechos primário e secundário e sim em algumas variáveis da identificação dos funcionários.

Para o desfecho primário foram realizadas dois tipos de análises, uma considerando os resultados do pré- teste e pós- teste em cada grupo separado e outra considerando a comparação entre os grupos *Feedback* e Panfletos (1) e IB (2), ou seja, foram realizadas análises *intra group* e *inter group*.

Para as análises *intra group*, ou seja, do pré- teste e pós- teste foram analisados os resultados de cada indivíduo isoladamente comparando as pontuações do padrão de uso do álcool e do número de doses consumidas por cada indivíduo antes e após as intervenções. Após esse procedimento, as médias foram calculadas separadamente entre os grupos 01 e 02. Foi aplicado o Teste T a fim de comparar as médias do pré- teste e pós- teste. Para a análise *inter group*, ou seja, entre os grupos 01 e 02 foram calculadas as médias entre os dois grupos antes e após as intervenções e depois foi comparada a diferença entre estas médias através do Teste t. Para os desfechos secundários também foram utilizados os testes Chi quadrado e Teste t.

4- RESULTADOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E FLUXO DAS INTERVENÇÕES

4.1.1- Fluxo de participantes

Dos 120 funcionários, 104 (87% da amostra) responderam os questionários. Duas pessoas do setor administrativo (2%) optaram por não responder devido à falta de disponibilidade nos dias da aplicação dos questionários e 14 pessoas do setor de produção (11%) estavam de férias ou não estavam presentes nos dias das entrevistas.

Todos os participantes do grupo 01 e 02 responderam ao *follow up* após três meses, 17 (77,2%) pessoas participaram dos *follow ups* via telefone e cinco (22,8%) foram entrevistados presencialmente no local de trabalho devido à impossibilidade de fazê-lo via telefone. A média de tentativas para obter contato com o funcionário no *follow up* foi de três vezes, a entrevista variou de oito a 17 minutos, com a média de 13 minutos para cada *follow up*.

4.1.2- Prevalência do uso de álcool e Recrutamento dos participantes

Quanto ao padrão de uso do álcool, segundo o AUDIT, a maioria dos funcionários, ou seja, 78 participantes (75%) pontuaram como padrão de baixo risco para o uso de álcool. O total de 22 indivíduos (21,2%) pontuaram como uso de risco ou nocivo, e com isso foram

aleatorizados para os grupos *Feedback* e *Panfletos* (1) e *IB* (2). Quatro participantes (3,8%) pontuaram como provável dependência para o uso de álcool.

Tabela 01- Prevalência dos padrões de uso de álcool entre os funcionários (N=104) segundo o AUDIT

Pontuação do AUDIT	Total de participantes	Feedback e panfletos	Intervenção Breve
<i>Baixo risco (0-7)</i>	78 (75)	0	0
<i>Uso de risco/ nocivo (8-19)</i>	22 (21,2)	7 (6,7)	15 (14,4)
<i>Dependência (20 ou mais)</i>	4 (3,8)	0	0
Total	104 (100)	7 (6,7)	15 (14,4)

Fonte: A autora

Quanto ao recrutamento dos participantes, a figura 02 resume o processo de recrutamento, randomização e a quantidade de perdas. A taxa de resposta foi de 100% nos dois grupos, pois não houve perda de participantes durante as intervenções e o *follow up*.

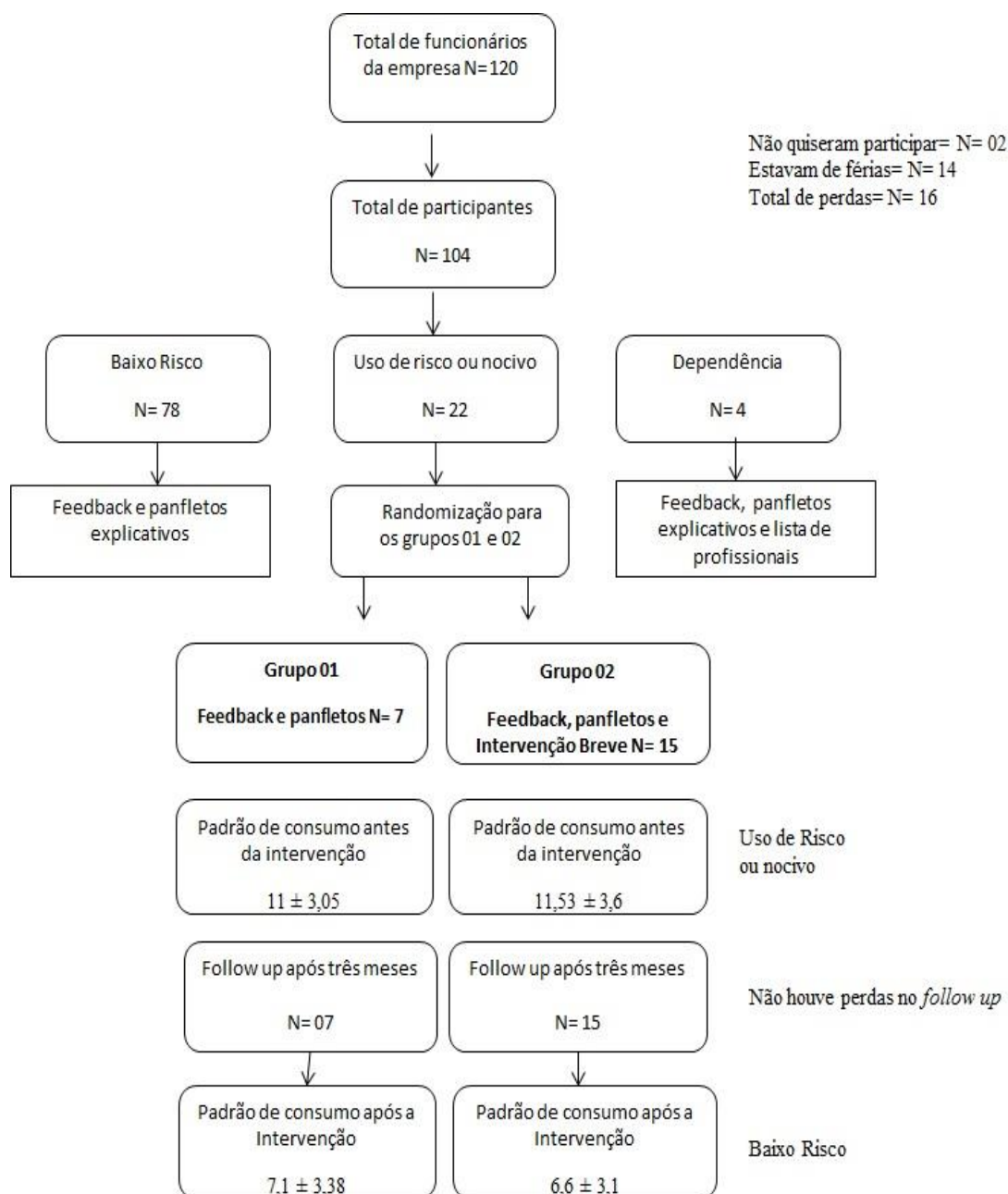


Figura 02 – Recrutamento e randomização dos participantes

Fonte: A autora

O técnico de segurança do trabalho da Empresa forneceu uma listagem com o nome de todos os funcionários e as entrevistas foram aplicadas por setor. Os funcionários foram liberados um a cada vez até esgotar o setor específico, o técnico de segurança do trabalho fez a intermediação com o líder de produção a fim de não prejudicar a produção da linha operacional.

4.1.3- Dados sociodemográficos

A amostra total foi constituída por 89 (85,5%) homens e 15 (14,5%) mulheres, com idade média de 33 anos ($33 \pm 9,5$). Quanto à classe profissional, 19 (18,3%) indivíduos eram da área administrativa e 85 (81,7%) do setor de produção. O tempo de trabalho na Empresa variou entre as categorias de 0 a 5 anos ou mais, e 99 (95,2%) funcionários possuíam religião, sendo predominantemente católicos. Quanto à classe socioeconômica a maioria dos entrevistados, 69 indivíduos (66%), encaixou-se nas classes B2 e C1, pertencentes à classe média.

Em relação aos participantes dos grupos 01 e 02, 22 (21,2%) indivíduos participaram das intervenções, sendo 21 homens e uma mulher. Participaram do grupo *Feedback* e Panfletos (01) o total de sete pessoas (6,7%) e o grupo IB (02) foi composto por 15 (14,4%) participantes de acordo com a tabela de aleatorização. A idade média do grupo 01 foi de 32 anos ($32 \pm 6,7$) e do grupo 02, 32 ($32 \pm 10,2$) anos. Quanto ao sexo, sete homens fizeram parte do grupo 01, enquanto 14 homens e uma mulher fizeram parte do grupo 02. Os resultados das variáveis dos grupos 01 e 02 foram semelhantes às variáveis do grupo total de 104 pessoas: a religião predominante nos dois grupos foi a católica, as classes sociais dominantes foram a B2 e C1, a maioria dos entrevistados não estudam atualmente e o tempo de trabalho variou de 0 a 5 anos. Os grupos não se diferiram quanto às características sociodemográficas por meio das análises do chi-quadrado e do Teste t realizadas.

Tabela 02. Dados Sociodemográficos do total de participantes e dos grupos *Feedback* e *Panfletos* e *IB*

Participantes das Intervenções				
Perfil Sociodemográfico		Total de participantes (N=104)	Feedback e panfletos (N=7) *	Intervenção Breve (N=15) *
<i>Sexo</i>				
	Masculino	89 (85,5)	7 (6,7)	14 (13,4)
	Feminino	15 (14,5)	0	1 (0,96)
<i>Idade (média)</i>		33 ± 9,5	32 ± 6,7	32 ± 10,2
<i>Religião</i>				
	Protestante	34 (32,7)	1 (14,3)	1 (6,7)
	Católico	63 (60,6)	4 (57,1)	13 (86,7)
	Espírita	2 (1,9)	0	0
	Umbandista	1 (1)	1 (14,3)	0
	Nenhuma	4 (3,8)	1 (14,3)	1 (6,7)
<i>Escala Social</i>				
	A1	0	0	0
	A2	0	0	0
	B1	9 (8,7)	0	2 (13,3)
	B2	34 (32,7)	3 (42,9)	5 (33,3)
	C1	35 (33,7)	2 (28,6)	4 (26,7)
	C2	24 (23,1)	2 (28,6)	4 (26,7)
	D	2 (1,9)	0	0
	E	0	0	0
<i>Estuda atualmente</i>				
	Não	90 (86,5)	6 (85,7)	14 (93,3)
	Sim	14 (13,5)	1 (14,3)	1 (6,7)
<i>Tempo de trabalho da empresa</i>				
	0 a 1 ano	36 (34,6)	3 (42,9)	2 (13,3)
	1 a 2 anos	18 (17,3)	1 (14,3)	4 (26,7)
	2 a 5 anos	21 (20,2)	1 (14,3)	5 (33,3)
	5 ou mais anos	29 (27,9)	2 (28,6)	4 (26,7)
<i>Setor</i>				
	Setor de produção	85 (81,7)	7 (6,7)	14 (13,4)
	Setor administrativo	19 (18,3)	0	1 (0,96)

Fonte: A autora

4.2- DESFECHO PRIMÁRIO

4.2.1- Resultado das intervenções no consumo de álcool

Tabela 03- Média ($\pm$ DP) e comparação entre pré e pós intervenção com relação aos grupos *Feedback* e Panfletos e IB.

Questões sobre álcool	Pré teste	Pós teste	Diferença média do Pós - Pré	p value
Padrão de uso pelo AUDIT				
<i>Feedback e panfletos</i>	11 $\pm$ 3,0	7,1 $\pm$ 3,3	-3,85 $\pm$ 5,4	0,109
<i>Intervenção Breve</i>	11,5 $\pm$ 3,6	6,6 $\pm$ 3,1	-4,93 $\pm$ 5,5	0,004
Nº doses em um dia				
<i>Feedback e panfletos</i>	3 $\pm$ 1,1	2,1 $\pm$ 1,5	-0,85 $\pm$ 1,9	0,289
<i>Intervenção Breve</i>	3,1 $\pm$ 1,0	1 $\pm$ 0,9	-2,06 $\pm$ 1,4	0,000
Nº doses consumidas nos finais de semana				
<i>Feedback e panfletos</i>	14,5 $\pm$ 14,4	5,4 $\pm$ 3,5	-9,1 $\pm$ 14,7	0,153
<i>Intervenção Breve</i>	12,1 $\pm$ 11,5	5,1 $\pm$ 4,5	-7 $\pm$ 11,9	0,039
Nº doses consumidas em uma semana				
<i>Feedback e panfletos</i>	1,8 $\pm$ 3,1	0,14 $\pm$ 0,3	-1,7 $\pm$ 2,9	0,172
<i>Intervenção Breve</i>	3,3 $\pm$ 5,2	0	-3,3 $\pm$ 5,2	0,028

Fonte: A autora

Quanto aos desfechos primários, foram realizadas análises entre o pré- teste e o pós- teste relatando as diferenças intra grupos (dentro do mesmo grupo antes e depois) e, posteriormente, entre os dois grupos (*Feedback* e Panfletos e IB). Quanto às análises intragrupos, observa-se na tabela 03 que o grupo IB reduziu o padrão de consumo de álcool em todas as medidas quando comparamos as avaliações feitas antes e depois das intervenções.

Por outro lado, no grupo *Feedback* e Panfletos não foram observadas diferenças estatisticamente significantes em nenhuma das avaliações.

A média da pontuação do AUDIT no grupo *Feedback* e Panfletos foi de $11 \pm 3,0$ pontos antes da intervenção passando para $7,1 \pm 3,3$ pontos após a intervenção, porém esta diferença não foi significativa ($p=0,104$). O grupo que recebeu as Intervenções Breves passou de $11,5 \pm 3,6$ pontos no AUDIT para $6,6 \pm 3,1$ pontos após a aplicação da IB ($p=0,004$) o que indica tendências para uma redução no padrão de uso de uso nocivo para baixo risco.

Quanto à questão 02 do AUDIT, que faz referência à quantidade de doses que o indivíduo consome em um dia normal, houve uma redução na quantidade de doses antes e após a IB. O grupo *Feedback* e Panfletos apresentou a média de três doses antes da intervenção ($3,0 \pm 1,1$) passando para 2,1 ($2,1 \pm 1,5$) ($p=0,289$) doses após três meses da intervenção e o grupo que recebeu a IB teve a média de 3,1 ($3,1 \pm 1,0$) doses antes da intervenção passando para a média de uma dose ($1,0 \pm 0,9$) ($p=0,001$) após o *follow up* de três meses.

Foi realizado uma pergunta complementar no campo “Questões sobre o álcool” que faz alusão ao padrão *Binge* que se refere à quantidade de doses que são consumidas frequentemente em uma mesma ocasião. Em relação à quantidade de bebida alcoólica, em doses, que o indivíduo consome nos finais de semana (incluindo sexta, sábado e domingo) os funcionários citaram uma média de $14,5 \pm 14,4$ doses de álcool nos finais de semana no grupo 01, passando para 5,4 doses após o *follow up* ($5,4 \pm 3,5$). No entanto, esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,153$). No grupo 02 as médias foram de $12,1 \pm 11,5$ doses antes da aplicação da IB para $5,1 \pm 4,5$ depois de três meses da aplicação da IB no *follow up*, e foram estatisticamente significantes ($p=0,039$).

Em relação à quantidade de bebidas alcóolicas que o indivíduo consome no meio da semana os funcionários relataram que faziam o uso de aproximadamente $1,8 \pm 3,1$ doses de álcool no meio da semana passando para $0,1 \pm 0,3$ doses no grupo *Feedback* e Panfletos. A diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,172$). O grupo 02 que se refere à IB relatou fazer o uso de uma média de 3,3 ($3,3 \pm 5,2$) doses de álcool passando a não consumir bebidas alcóolicas no meio da semana após três meses da data da aplicação da IB, reduzindo significativamente o consumo ($p=0,028$).

Em relação às análises realizadas para comparação entre os grupos 01 e 02 as diferenças não se mostraram significativas. Foi realizado o Teste t para todas as questões relatadas na tabela acima e o grupo 01 não diferiu do grupo 02 quanto aos resultados do pré e do pós-teste. Quanto ao consumo do álcool, foram analisados todos os indivíduos

isoladamente e foram calculadas as diferenças entre o pré-teste e o pós-teste para cada caso individualmente em todas as questões da tabela acima. Depois disso foi estabelecida uma média das diferenças entre os grupos 01 e 02. A diferença no padrão de consumo do pré e pós teste foi de $-3,85 \pm 5,4$ no grupo 01 e no grupo 02 foi de $-4,93 \pm 5,5$. Estes resultados não mostraram diferenças significativas entre os dois grupos ($p= 0,60$). As outras questões abordadas também não mostraram diferenças significativas entre os grupos 01 e 02. As diferenças das médias podem ser vistas na tabela 03, e os valores de p obtidos foram: $p= 0,10$, para a questão sobre o número de doses consumidas em um dia; $p= 0,70$, para a questão sobre a diferença no número de doses consumidas nos finais de semana; e para a questão sobre o número de doses consumidas em uma semana foi $p= 0,4$.

4.3- DESFECHOS SECUNDÁRIOS

4.3.1- Análise das questões do URICA

Quanto ao estágio de motivação mensurado por meio do URICA, todos os funcionários do grupo “*Feedback* e Panfletos” ($N= 7$) obtiveram pontuações que os enquadrassem no estágio de Pré- Contemplação antes e após as intervenções. No grupo IB ($N=15$), 14 (93,3%) participantes estavam em Pré- Contemplação e um (6,7%) participante em Contemplação antes das intervenções. Após as intervenções todos os indivíduos ($N=15$) pontuaram no estágio de Pré- Contemplação. Este estágio refere-se a ausência de motivação para a mudança de comportamento, os indivíduos que estão neste estágio não estão prontos para cessar o consumo de álcool, encontram-se resistentes para a mudança de comportamento. Quanto mais baixo for o escore do URICA significa que o participante está no estágio de Pré- Contemplação, ou seja, não está motivado para a mudança de comportamento (Pré- Contemplação $\leq 8,9$), quanto maior for o escore do URICA (≥ 15) significa uma maior motivação para a mudança de comportamento.

Tabela 04. Média do escore do URICA antes e após as intervenções

Análise do Úrica	Feedback e panfletos (N=7)	Intervenção Breve (N=15)
Média do escore do Úrica		
<i>Antes das intervenções</i>	5,8 ± 2,6	5,9 ± 2,5
<i>Após as intervenções</i>	5,2 ± 2,3	6,7 ± 1,4

A média de pontuação no URICA antes das intervenções para o grupo 01 foi de 5,8 ± 2,6, o que sinaliza que todos os indivíduos pontuaram no estágio de Pré- Contemplação antes das intervenções. Após as intervenções este grupo obteve a média de 5,2 ± 2,3, ou seja, não houve mudança no estágio de motivação, os indivíduos permaneceram em Pré-Contemplação. O grupo 02, que recebeu a IB, estava com a média de 5,9 ± 2,5 no escore do URICA antes das intervenções e obteve a média de 6,7 ± 1,4 após as intervenções. No grupo 02 houve um mínimo aumento do escore do estágio de motivação na média geral do grupo, porém a maioria dos participantes não mudou de estágio, ou seja, permaneceram resistentes a mudança de comportamento mesmo após as intervenções.

4.3.2- Análise das questões sobre o consumo de álcool e sobre o AUDIT

Quanto às questões do AUDIT, os principais resultados das questões estão na tabela 05. Em relação à frequência do uso de álcool 67% (61) da amostra total informou ter consumido álcool nos últimos três meses. Entre as pessoas que faziam o uso de bebidas alcoólicas, 27,9% (29) dos participantes fazia uso de álcool de duas a quatro vezes por mês, 12,5% (13) uma vez por mês ou menos, 15,4% (16) duas a três vezes por semana e 2,9% (3) quatro ou mais vezes por semana. No grupo 01, a maior parte dos entrevistados fazia uso de álcool de duas a três vezes por semana 43,9 (3), 28,6% (2) usava álcool uma vez por mês ou menos, 14,3% (1) fazia uso de duas a quatro vezes por mês e 14,3% (1) consumia álcool quatro ou mais vezes por semana. No grupo 02, a maioria dos participantes, 60% (9) da amostra, consumia bebidas alcoólicas de duas a quatro vezes por mês e 40% (6) fazia uso de duas a três vezes por semana.

Tabela 05- Frequência (%) de respostas sobre o consumo de álcool nos últimos 3 meses dos indivíduos da amostra total, e dos grupos *Feedback* e *Panfletos* e *IB* às questões do AUDIT

Análise das questões do Audit

Questões sobre o Audit	Total de participantes (N=104)	Feedback e panfletos (N=7)	Intervenção Breve (N=15)
<i>Média do escore do Audit</i>	4,8 ± 5,8	11 ± 3,05	11,53 ± 3,6
<i>Frequência do consumo de álcool</i>			
Nunca	43 (41,3)	0	0
Uma vez por mês ou menos	13 (12,5)	2 (28,6)	0
2-4 vezes por mês	29 (27,9)	1 (14,3)	9 (60)
2-3 vezes por semana	16 (15,4)	3 (43,9)	6 (40)
4 ou mais vezes por semana	3 (2,9)	1 (14,3)	0
<i>Quantidade de doses em um dia</i>			
0 ou 1	47 (45,2)	0	0
2 ou 3	21 (20,2)	1 (14,3)	1 (6,7)
4 ou 5	13 (12,5)	1 (14,3)	4 (26,7)
6 ou 7	9 (8,7)	2 (28,6)	2 (13,3)
8 ou mais	14 (13,5)	3 (42,9)	8 (53,3)
<i>Frequência do uso de cinco ou mais doses em uma única ocasião</i>			
Nunca	65 (62,5)	1 (14,3)	2 (13,3)
Menos que uma vez por mês	13 (12,5)	1 (14,3)	1 (6,7)
Uma vez por mês	6 (5,8)	1 (14,3)	2 (13,3)
Uma vez por semana	20 (19,2)	4 (57,1)	10 (66,7)
<i>Quantidade de vezes que o indivíduo não conseguiria parar de beber, uma vez tendo começado</i>			
Nunca	91 (87,5)	4 (57,1)	9 (60)
Menos que uma vez por mês	4 (3,8)	1 (14,3)	1 (6,7)
Uma vez por mês	7 (6,7)	2 (28,6)	3 (20)
Uma vez por semana	2 (1,9)	0	2 (13,3)
<i>Quantidade de vezes que o indivíduo não conseguiu fazer o que era esperado por causa do álcool</i>			
Nunca	98 (94,2)	6 (85,7)	14 (93,3)
Menos que uma vez por mês	3 (2,9)	1 (14,3)	1 (6,7)
Uma vez por mês	3 (2,9)	0	0
<i>Ferimentos ou prejuízos após ter bebido</i>			
Não	98 (94,2)	6 (85,7)	14 (93,3)
Sim, mas não nos últimos três meses	6 (5,8)	1 (14,3)	1 (6,7)
Sim, durante os últimos três meses	0	0	0

Fonte: A autora

Nota: Dados expressos em frequência e porcentagem.

Sobre a questão 02 que se refere à quantidade de doses consumidas num dia normal 45,2% (47) do total de entrevistados citou que não fazia uso de bebidas alcoólicas ou que consumia somente uma dose de álcool. Os usuários que consumiam de duas ou três doses correspondiam a 20,2% (21) dos participantes, e 13% (12,5) consumiam quatro ou cinco doses. O número de pessoas que consumiam oito ou mais doses foi 13,5% (14) o que pode configurar padrões de “*Binge drinking*” ou até mesmo dependência. Nos grupos 01 e 02 a maioria dos entrevistados citou que usavam mais de oito doses num dia normal. No grupo 01, 43% (3) das pessoas consumiam oito ou mais doses, enquanto que no grupo 02, 53% (8) das pessoas consumiam oito ou mais doses em um dia normal.

A questão 03 refere-se ao padrão “*Binge*” que considera um alto número de doses consumidas em uma única ocasião. Em relação ao total de participantes, 62,5% (65) dos entrevistados não consumia mais do que cinco doses em uma única ocasião, sendo que 18,3% (19) dos entrevistados fazia este uso uma vez por mês ou menos e 19,2% (20) das pessoas consumia mais do que cinco doses em uma única ocasião na frequência de uma vez por semana. Quanto aos grupos 01 e 02, a maioria dos entrevistados consumia mais de cinco doses em uma única ocasião pelo menos uma vez por semana. No grupo 01, 57,1% (4) das pessoas relatava o “*Binge drinking*” enquanto no grupo 02, 66,7% (10) dos entrevistados relatava esta característica quanto ao consumo de bebidas alcoólicas.

Quanto à questão 04 do AUDIT que se refere à quantidade de vezes em que o entrevistado não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado, a maioria do total de entrevistados e a maioria dos participantes dos grupos 01 e 02 relataram que nunca tiveram dificuldade em parar de beber uma vez tendo começado. Quanto ao total de participantes, 6,7% (7) das pessoas citaram que aconteceu este fato uma vez por mês nos últimos três meses. No grupo 01 esta porcentagem foi de 28,6% (2) enquanto no grupo 02 foi de 20% (3).

Sobre a questão 05 do AUDIT a maioria dos participantes da pesquisa e a maioria dos indivíduos dos grupos 01 e 02 relataram que nunca deixaram de fazer algo por conta do uso de bebidas alcoólicas. No total de participantes, 2,9% (3) das pessoas relataram que ao longo dos últimos três meses não conseguiram fazer o que era esperado deles por causa do álcool, esta porcentagem foi de 14,3% (1) no grupo 01 e 6,7% (1) no grupo 02.

Sobre a questão 09 que indica se o entrevistado já causou ferimentos ou prejuízos a ele mesmo ou a outra pessoa após ter bebido, a maioria dos entrevistados da amostra total e dos grupos 01 e 02 relataram que não ocorreram estes eventos por conta do uso de álcool. Na amostra total, 5,8% (6) das pessoas relataram que ocorreram estes fatos, mas não nos últimos três meses, enquanto que esta porcentagem foi de 14,3% (1) no grupo 01 e 6,7% (1) no grupo

02. Nenhum entrevistado relatou a ocorrência de ferimentos ou prejuízos nos últimos três meses.

Em relação às questões complementares que foram inseridas a fim de detalhar o consumo de álcool, a maior parte dos entrevistados da amostra geral citou que faz uso de bebidas alcoólicas para relaxar 32 (30,8%) da amostra, outros motivos citados com frequência foram em relação às companhias 12 (11,5%) e porque o gosto é agradável 11 (10,6%). No grupo *Feedback* e Panfletos e no grupo da IB os resultados foram semelhantes. No grupo *Feedback* e Panfletos cinco participantes citaram que faziam uso de álcool para relaxar (71,4%) e duas pessoas usavam porque o gosto é bom (28,6%). No grupo da IB, seis participantes usavam o álcool para relaxar (40%), quatro indivíduos usavam porque o gosto é agradável (26,7%) e dois participantes devido às companhias (13,3%). No grupo *Feedback* e Panfletos nenhum participante fazia uso de outras drogas além do álcool e no grupo da IB duas pessoas faziam uso de tabaco. Na amostra geral, 96 (92,3%) indivíduos não faziam uso de outras drogas além do álcool e 8 participantes faziam uso do tabaco (7,7%).

4.3.3- Resultados das questões de saúde do ASI 06

As questões sobre a saúde dos funcionários foram levantadas a fim de saber quais são as principais desordens físicas que acometiam os participantes do estudo. Também se procurou fazer um levantamento exploratório dessas doenças a fim de retirar o foco da intervenção sobre drogas. No momento em que o funcionário relatava algumas das desordens físicas, estes eram encaminhados para os profissionais responsáveis e para o técnico de segurança do trabalho. De acordo com o ASI 06 as principais doenças que acometem os funcionários estão na tabela 6.

Tabela 06- Frequência (%) de doenças físicas na vida avaliadas pelo ASI 06 relatadas pela amostra total e entre os grupos *Feedback* e Panfletos e IB

Doença física	Total de participantes (N=104)	Feedback e panfletos (N=7)	Intervenção Breve (N=15)
<i>Pressão Alta</i>	12 (11,5)	0	2 (13,3)
<i>Diabetes</i>	1 (1,0)	0	0
<i>M11. Hepatite</i>	3 (2,9)	0	0
<i>M13. Doença renal crônica</i>	2 (1,9)	0	1 (6,7)
<i>M14. Problema respiratório crônico</i>	10 (9,6)	1 (14,3)	1 (6,7)
<i>M15a. Dor lombar, dor na coluna ou dor na região das costas</i>	6 (5,8)	0	2 (1,9)
<i>M15b. Problemas digestivos</i>	5 (4,9)	0	0
<i>M16a. Deficiência na mão</i>	1 (1,0)	0	0

Fonte: A autora

Nota: Dados expressos em frequência e porcentagem.

Como relatado na tabela 06, as principais queixas físicas apresentadas pelos funcionários na amostra total referem-se a pressão alta (11,5%) problemas respiratórios (9,6%), dor lombar, na coluna ou na região das costas (5,8%) e problemas digestivos (4,9%). Em menor proporção foram citadas desordens como diabetes, hepatite, doença renal e deficiência em uma das mãos devido a acidente de trabalho ocorrido anteriormente.

Em relação à satisfação do funcionário quanto a sua saúde nos últimos 30 dias, a maior parte dos entrevistados, 41,3% (43), relatou que a saúde esteve boa, 31,7% (33) relataram que a saúde estava excelente, 17,3% (18) citaram a saúde como muito boa, 7,7% (8) como razoável e 1,9% (2) como ruim. O grupo 01 e o grupo 02 variaram quanto a avaliação da saúde, porém ambos os grupos não avaliaram a saúde como ruim, mesmo tendo pontuado no AUDIT como uso de risco ou nocivo para o consumo de álcool.

4.3.4- Descrição das características organizacionais e dos setores operacional e administrativo

Antes do início da pesquisa buscou-se descrever as características organizacionais da Empresa visando compreender questões e histórico de ações em saúde no ambiente organizacional. Segundo o técnico de segurança do trabalho, os gestores e a consultora de Recursos Humanos a Empresa não possuía a cultura de ações em saúde, havia somente a semana do SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes, onde eram feitas algumas

palestras pontuais sobre segurança do trabalho e prevenção de acidentes. A Empresa também não contava em sua estrutura com profissionais de saúde como médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros etc, esta demanda era terceirizada para outras Empresas externas. A organização contava com o setor de Departamento Pessoal, que era responsável pelas questões mais burocráticas da área de RH. Porém, não existia um setor de RH estruturado, embora a Empresa contasse com a presença de uma Psicóloga consultora de RH e que permanecia na Empresa no período de uma vez por semana. Suas funções principais eram direcionadas a ações de recrutamento e seleção e outras questões sobre recursos humanos. Não havia registros de consumo de álcool e outras drogas entre os funcionários e não eram realizadas intervenções ou programas sobre qualidade de vida no trabalho.

Não foram elaborados estudos que avaliassem o clima e a cultura organizacional até o momento da realização do estudo, porém a instituição foi descrita como uma Empresa com alta rotatividade de funcionários e com o ritmo de produção acelerado, segundo os gestores e profissionais de RH, existia uma boa relação entre os funcionários e a chefia, as lideranças eram pouco especializadas, porém detinham conhecimento técnico sobre o trabalho. A Empresa também foi citada com bom potencial de vendas e de crescimento interno, inclusive nos últimos anos a instituição tinha mostrado melhoras no ambiente organizacional quanto a questão da rotatividade dos funcionários e em relação a aplicação de recompensas por produtividade. Quanto as características sociodemográficas dos setores operacional e administrativo, estes serão descritos na tabela abaixo.

Tabela 07- Características sociodemográficas dos setores operacional e administrativo

Características dos setores operacional e administrativo	Setor operacional N= 85	Setor Administrativo N= 19
Idade	32,6 ± 9,8	36,2 ± 7,7
Sexo		
<i>Masculino</i>	83 (97,6)	6 (31,6)
<i>Feminino</i>	2 (2,4)	13 (61,4)
Escala Social predominante	C1* (37,6)	B2* (47,4)
Religião Predominante	Católica (58,8)	Católica (68,4)
Estuda atualmente		
Não	75 (88,2)	15 (78,9)
Sim	10 (11,8)	4 (21,1)

*C1 e *B2- Escalas Sociais relativas a classe média

Fonte: A autora

Segundo dados da tabela, a idade média dos setores foi de 32,6 anos ($32,6 \pm 9,8$), no setor de produção e de 36,2 anos ($36,2 \pm 7,7$) no setor administrativo. Quanto ao sexo, a maioria dos funcionários de setor produtivo eram homens, 83 (97,6%), enquanto no setor administrativo a maioria dos participantes eram mulheres 13 (61,4%). Em relação às outras características, a escala social predominante foi a classe média, religião católica e a grande maioria dos participantes dos dois grupos não estuda atualmente.

Tabela 08- Cargos dos setores operacional e administrativo

Setor operacional N= 85		Setor Administrativo N= 19	
Auxiliar de produção	59 (69,4)	Auxiliar administrativo	7 (36,8)
Operador de máquinas	15 (17,6)	Assistente administrativo	4 (21,1)
Supervisor de produção	5 (5,9)	Analista administrativo	2 (10,6)
Auxiliar de serviços gerais	1 (1,2)	Gerente de compras	1 (5,3)
Expeditor	1 (1,2)	Gestor de TI	1 (5,3)
Eletricista	1 (1,2)	Supervisor geral	1 (5,3)
Mecânico	1 (1,2)	Contadora	1 (5,3)
Auxiliar de torneiro mecânico	1 (1,2)	Coordenadora de cobrança	1 (5,3)
Encarregado de manutenção	1 (1,2)	Técnico de segurança do trabalho	1 (5,3)

Fonte: A autora

As profissões dos setores administrativo e operacional estão descritas na tabela 08. A maioria dos entrevistados do setor de produção e do setor administrativo corresponde a auxiliares dos serviços. No setor de produção 59 indivíduos (69,4%) da amostra foi constituída de auxiliares de produção, enquanto sete entrevistados (36,8%) da amostra citaram como sendo auxiliares administrativos. Segundo dados da tabela acima, as profissões que exigem maior especialização estão em menor quantidade tanto no setor administrativo como no setor de produção, as profissões em maior frequência de funcionários são da área de produção.

Tabela 09- Características do uso do álcool nos setores operacional e administrativo

Características dos setores operacional e administrativo quanto ao uso de álcool	Setor operacional N= 85	Setor Administrativo N= 19
Padrão de consumo		
Baixo risco	61 (71,8)	17 (89,5)
Uso de risco ou nocivo	21 (24,7)	1 (5,3)
Provável dependência	3 (3,5)	1 (5,3)
Média da pontuação do Audit	5,1 $\pm$ 5,9	3,4 $\pm$ 5,5
Quantidade de doses em um dia	1,3 $\pm$ 1,5	0,8 $\pm$ 1
Quantidade de doses nos finais de semana	5,2 $\pm$ 8,9	2,1 $\pm$ 2,8
Quantidade de doses durante a semana	1,6 $\pm$ 3,5	1,2 $\pm$ 2,8

Fonte: A autora

Segundo dados da tabela 09, houve uma maior frequência no consumo de álcool entre o setor produtivo se comparado ao setor administrativo. Quanto ao padrão de consumo de álcool, 21 indivíduos do setor de produção, 24,7% da amostra, obtiveram a pontuação de uso de risco ou nocivo de álcool, no setor administrativo esta prevalência foi de um indivíduo, 5,3% da amostra. Como provável dependência, a prevalência para o setor produtivo foi de 3 indivíduos, 3,5% da amostra, no setor administrativo a prevalência foi de um indivíduo (5,3%). No setor administrativo 89,5% (17) da amostra faziam uso de baixo risco para o uso de álcool e no setor de produção 71,8% (61) faziam uso de baixo risco para o consumo de álcool. A média da pontuação do AUDIT foi de 5,1 pontos no setor de produção (5,1 $\pm$ 5,9) e no setor administrativo foi de 3,4 (3,4 $\pm$ 5,5). Em relação à quantidade de bebidas alcoólicas que o indivíduo consumia em um dia normal a quantidade foi de 1,3 doses (1,3 $\pm$ 1,5) no setor de produção e 0,8 doses (0,8 $\pm$ 1) no setor administrativo. Durante o meio da semana o setor de produção consumia a média de 1,6 doses (1,6 $\pm$ 3,5) e no setor administrativo a média de consumo foi de 1,2 doses (1,2 $\pm$ 2,8). Em relação ao padrão *Binge*, a média de doses que o indivíduo consumia nos finais de semana foi de 5,2 doses (5,2 $\pm$ 8,9) no setor de produção e no setor administrativo esta média foi de 2,1 doses (2,1 $\pm$ 2,8).

4.3.5- Facilitadores e dificultadores da implementação da IB

Houve facilitadores para a aplicação da IB na referida Empresa, pois os gestores apoiaram e incentivaram os funcionários na participação da pesquisa. O técnico de segurança do trabalho colaborou com a dinâmica do processo de intervenção intermediando os setores para a liberação dos funcionários. A Empresa também contou com infraestrutura adequada para a realização do estudo, já que tivemos a nossa disposição uma sala individual para a aplicação das entrevistas. Os funcionários desde o primeiro contato foram solícitos, não se recusaram a participar e responderam os questionários de forma colaborativa. Não houve problemas quanto ao sigilo, apesar de as pesquisadoras oferecerem para que o funcionário citasse somente as iniciais do nome ou o apelido, a maioria dos entrevistados citou o primeiro nome nos formulários e nenhum dos participantes queixou-se de fornecer esta identificação. Quanto ao *follow up* também houve facilidades, pois nenhum funcionário se recusou a participar, todos responderam as questões até o final da entrevista.

Os dificultadores para a realização do estudo referem-se às questões do planejamento metodológico, pois houve dificuldades para a aplicação do questionário de motivação URICA entre os funcionários. A principal dificuldade foi em relação à linguagem do questionário nas entrevistas presenciais e também na sua aplicação via telefone. Cinco participantes não foram contatados via telefone no *follow up* devido a dificuldades técnicas como troca de contato telefônico, sinais telefônicos de baixa qualidade, entre outros. Estes funcionários foram entrevistados presencialmente no *follow up*. Outro dificultador foi à sobrecarga de trabalho dos funcionários da área administrativa e da produção. Em relação ao setor administrativo, duas pessoas não optaram por participar das entrevistas, pois alegaram sobrecarga de trabalho nos dias da aplicação dos questionários. No setor de produção, as entrevistas não puderam ser agendadas em dois dias específicos devido à sobrecarga de trabalho dos funcionários do setor operacional, porém esses dificultadores não impediram a realização do estudo.

5- DISCUSSÃO

Neste estudo tivemos como principal objetivo avaliar os efeitos da IB como uma ação de prevenção no ambiente de trabalho por meio de um estudo piloto de um ensaio clínico randomizado. A principal contribuição deste estudo é a inovação, dado que não foram

encontrados estudos semelhantes que buscassem avaliar a efetividade da IB ou do aconselhamento padrão sob o consumo de álcool no ambiente de trabalho brasileiro.

Quanto aos objetivos de avaliar o consumo de álcool antes e três meses após as duas intervenções realizadas vimos que as duas intervenções “*Feedback* e Panfletos” e IB indicaram uma tendência para a redução do consumo de álcool após três meses passados das intervenções, as análises do pré e pós teste indicaram que o grupo da IB apresentou uma tendência estatisticamente significativa para a redução do consumo, enquanto que no grupo do *Feedback* e Panfletos esta tendência não foi significativa. Por outro lado, quando os grupos foram comparados um ao outro não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre eles quanto à redução do consumo após três meses. Estes resultados provavelmente se devem ao reduzido tamanho amostral deste estudo piloto, especialmente no grupo *Feedback* e Panfletos (n=7). Embora não sejam conclusivos, estes resultados sugerem que este tipo de abordagem no ambiente de trabalho pode trazer resultados positivos e que o investimento em um estudo com cálculo amostral adequado pode trazer resultados mais claros com relação a estes desfechos. Porém, cabe ressaltar que pesquisas recentes sobre a IB em vários contextos também não encontraram diferenças significativas entre o *feedback* padrão e a IB o que reforça a necessidade de mais pesquisas na área (Pengpid, et al 2013; Lock et al, 2006; Donovan et al, 2012).

Em relação aos fatores confundidores do estudo de acordo com Pengpid et al. (2013) não se sabe ao certo se as intervenções realmente diminuem o padrão do uso de álcool ou se esta redução é ocasionada pela desejabilidade social. O fato de os participantes serem informados sobre a nova avaliação após três meses via telefone, poderia afetar sua resposta fazendo com que eles relatassem consumir menos álcool a fim de agradar o entrevistador. Por esta razão, testes com marcadores biológicos são sugeridos para evitar este viés. Neste estudo, foi informado que o contato seria feito a fim de checar como estava a saúde do colaborador, a fim de diminuir o viés de resposta em relação ao consumo de álcool. Outra questão destacada pelo autor que pode mascarar os resultados de uma intervenção refere-se à avaliação de reatividade, segundo a qual o indivíduo aumenta a consciência sobre as áreas problemáticas da avaliação, o que por si só pode iniciar uma mudança de comportamento sem carecer de uma intervenção mínima. Mais estudos clínicos randomizados precisam ser realizados a fim de descartar a interferência desses e de outros possíveis vieses.

Em relação ao padrão de uso de álcool, a maioria dos participantes pontuou como baixo risco, porém houve um número expressivo de pessoas que faziam uso de risco ou nocivo, o que sinaliza uma necessidade de investir em programas de prevenção ao uso de

álcool na referida Empresa. Em relação a dependência quatro indivíduos preencheram os critérios para uma possível dependência do uso de álcool, o que requer um cuidado especial, já que estes indivíduos podem ter problemas clínicos relacionados ao uso prolongado dessa substância, além de apresentarem um maior risco para acidentes de trabalho e absenteísmo, elevando também as taxas de custos para os empregadores. Programas de prevenção ao uso de álcool são relevantes, pois uso nocivo e a dependência de bebidas alcoólicas amplia-se no ambiente de trabalho ocasionando problemas relativos à saúde do trabalhador. Situações de abuso de álcool nos finais de semana resultam em “atrasos de segunda-feira”, queda da produtividade, repetidas licenças para tratamento de saúde, acidentes de trabalho e/ou trânsito, aposentadorias precoces e problemas familiares fazem parte de uma preocupação ou alerta para os programas de atenção à saúde do trabalhador (WHO, 2010).

Segundo Branco, Mascarenhas e Pena, (2009) o abuso e a dependência de álcool no ambiente de trabalho têm aumentado nos últimos anos culminando com maiores taxas de afastamentos por alcoolismo. Em 2007, no Brasil, a média de vínculos empregatícios foi de 29.677.427 aos quais foram concedidos 6.939 benefícios auxílio doença por alcoolismo. Além das doenças crônicas que podem afetar bebedores de uso abusivo, o álcool contribui com morte ou incapacidade em uma idade relativamente nova, tendo por resultado a perda de potenciais anos de vida. Há uma associação causal do consumo de álcool com vários tipos de doenças, além de várias espécies de acidentes e afastamentos no trabalho.

Em relação à frequência do consumo de álcool, observou-se que grande parcela dos funcionários da Empresa fazia uso de bebidas alcólicas, ainda que de maneira ocasional. Por outro lado, entre aqueles que pertenciam ao grupo de uso de risco a proporção de pessoas que consumiam álcool em um padrão *Binge* (consumo pesado em uma única ocasião, como finais de semana) foi elevado. Devido aos efeitos em longo prazo do consumo de álcool, o padrão *Binge* de consumo é considerado um grave problema de saúde pública (Mathurin & Deltenre, 2009), pois está associado sérios danos sociais, a elevados custos econômicos, bem com o aumento da incidência de doenças. Do ponto de vista do usuário, o padrão *Binge* regular está associado a efeitos adversos sobre diversos sistemas orgânicos como o neurológico, cardíaco, gastrointestinal, hematológico, músculo-esqueléticos, imunológico, além de aumentar o risco de transtornos psiquiátricos induzidos pelo álcool (Standridge, Zylstra, Adams, 2004).

Por meio das análises feitas há uma maior tendência no consumo de álcool entre o setor produtivo se comparado ao setor administrativo. As porcentagens quanto ao padrão de uso de risco ou nocivo foram de 24,7% (21) no grupo operacional e de 5,3% (1) no setor administrativo. A média da pontuação do AUDIT foi de 5,1 pontos no setor operacional (5,1

$\pm 5,9$) enquanto que no setor administrativo foi de 3,4 ($3,4 \pm 5,5$). Em relação ao padrão *Binge*, a média de doses que o indivíduo consome nos finais de semana foi de 5,2 doses ($5,2 \pm 8,9$) no setor de produção enquanto que no setor administrativo esta média foi de 2,1 doses ($2,1 \pm 2,8$). Corroborando com estes dados as maiores taxas de afastamento no trabalho devido ao alcoolismo são entre homens com faixa salarial entre 500 a 1000 reais por mês, o que sinaliza um maior número de afastamentos entre os setores de baixo poder aquisitivo. Em contrapartida, aqueles com faixa salarial entre 1500 e 2000 reais totalizaram apenas 6,7% (Branco, Mascarenhas, & Pena, 2009). Resultados semelhantes foram encontrados em alguns estudos que relatam que profissões menos privilegiadas com o status social tendem a consumir um maior número de bebidas alcoólicas (Vaissman, 2004); esta questão deve ser averiguada em ensaios clínicos randomizados com um maior número de participantes.

O perfil sociodemográfico dos participantes dos grupos 01 e 02, ou seja, dos funcionários que pontuaram como uso de risco ou nocivo foram de homens com aproximadamente 33 anos de idade, que não estudam, que são católicos e que pertencem a classe média. Os dados sociodemográficos não diferiram entre os grupos 01 e 02 segundo as análises estatísticas realizadas, por isso não foi necessário o emparelhamento dos grupos.

Em relação aos estágios de motivação mensurados através do instrumento URICA não houve mudança nos estágios de motivação antes e após três meses passados da intervenção. Nota-se que alguns funcionários relataram que pararam de beber após as intervenções no *follow up*, porém os questionários do URICA sinalizaram que não houve mudança nos estágios de motivação, os funcionários permaneceram como Pré-contempladores antes e após as intervenções, ou seja, estavam resistentes quanto à mudança de comportamento. Estes resultados não corroboram com o que foi encontrado na literatura, pois existem muitos estudos comprovando a mudança dos estágios de motivação em alcoolistas após a aplicação das IBs, o estudo de Castro e Passos (2005) exemplifica esta mudança sinalizando que o URICA é um instrumento eficaz para mensurar a modificação nos estágios de motivação. Pantalon e Swanson (2003) e Figlie, Dunn, Bazan e Laranjeira (2005) também recomendam que o URICA é considerado instrumento confiável e de boa consistência interna.

O questionário URICA foi aplicado segundo as orientações do questionário, porém em alguns casos o entendimento das perguntas foi prejudicado devido ao contato telefônico ou por conta do mal entendimento das questões como relataram alguns participantes. A opção de cinco opções de resposta nesta escala também pode ter influenciado nos resultados, pois os funcionários tiveram a tendência em fornecer as mesmas respostas, como exemplo, concordo ou discordo, apesar de as pesquisadoras estarem atentas a este fato esta questão pode ter

influenciado nos resultados. O estudo de Lopes, Prieto, Delgado, Gamito, e Trigo (2011) sugerem que a escala URICA seja aplicada com somente três opções de resposta a fim de não prejudicar os resultados da mesma, tornando a medida mais equilibrada e com melhores propriedades psicométricas.

Em relação ao ASI 06, que investigou sobre a saúde dos colaboradores, as doenças físicas que mais acometem os funcionários foram pressão alta, problemas respiratórios, dor na região das costas e problemas digestivos. Esta questão deve ser averiguada junto ao setor de Recursos Humanos da Empresa a fim de checar se estas doenças estão diretamente relacionadas ao trabalho desempenhado pelos colaboradores, considerando que o ambiente de trabalho pode muitas vezes estar relacionado a desordens físicas devido à infraestrutura e às características do trabalho desempenhado (Magallón & Robazzi, 2005). Embora seja comum a incidência de problemas de saúde em usuários de álcool, a porcentagem de indivíduos que pertenciam aos grupos de uso de risco e que relataram doenças foi baixa. Este dado informa que os problemas de saúde relatados pelos funcionários da Empresa parecem não estarem relacionados ao consumo de álcool no nível de uso de risco.

Em relação à possibilidade de aplicação da IB no ambiente de trabalho, consideramos que foi viável, porém existiram facilitadores e dificultadores para tal intervenção. Entre os dificultadores podemos citar as variáveis intervenientes que fizeram parte do estudo e que não foram possíveis controlar devido às características do contexto organizacional. Entre os facilitadores podemos citar a taxa de adesão à pesquisa, a aceitabilidade e colaboração dos funcionários e gestores, a infraestrutura da Empresa e a própria característica da IB, sendo breve, pontual e objetiva para usuários de risco e nocivo.

Por se tratar de uma Empresa privada, onde a o ritmo de produção é intenso e onde existia grande rotatividade dos funcionários, tivemos uma grande adesão dos funcionários quanto à participação do estudo. Não houve problemas como recusa à participação do setor operacional e somente duas pessoas do setor administrativo optaram por não responder os questionários, pois alegaram sobrecarga de trabalho no dia das entrevistas. Os líderes e gestores também não foram resistentes quanto à liberação dos funcionários no horário de produção para a aplicação dos questionários e intervenções. A infraestrutura foi adequada, não houve imprevistos que dificultassem a realização da pesquisa e a boa taxa de adesão dos funcionários ao estudo foi observado tanto no momento das intervenções, quanto no *follow up*.

Quanto aos critérios de não inclusão, não houve sintomas clínicos que impossibilitassem a realização da pesquisa, como sintomas psicóticos, déficits cognitivos,

entre outros. Esta questão pode ser explicada pelos exames periódicos feitos pelo setor de Recursos Humanos e pelo médico do trabalho externo, pois os funcionários que apresentaram alguma demanda clínica foram afastados do trabalho para tratamento especializado.

Acredita-se que a aceitação da proposta neste contexto foi bem sucedida principalmente pelo caráter das intervenções que não focalizaram o tema “drogas” e sim a saúde e o bem estar do trabalhador. Conforme citado na literatura, intervenções sobre drogas elaboradas conjuntamente com exames clínicos de saúde tendem a ser facilmente aceitas por se tratar de outras questões de saúde inseridas em exames clínicos gerais (Hermansson, et al 2010). Também não houve problemas em relação ao sigilo dos participantes e em relação a recusa das respostas às questões dos questionários.

6- LIMITAÇÕES

O presente estudo teve como limitação o fato de ter sido realizado em uma única Empresa o que não permite a generalização dos resultados da IB para outras Empresas que possuem características organizacionais diferentes. Quanto a validade interna da pesquisa pode ter ocorrido o viés de resposta por parte dos funcionários já que efeitos de desejabilidade social podem ter ocorrido a fim de agradar o entrevistador. Outro viés possível seria a contaminação dos participantes, já que um funcionário pode ter sinalizado para o outro sobre as questões da pesquisa. Sugerimos um maior número de participantes e também marcadores biológicos a fim de diminuir estes possíveis vieses. Também não foram realizados estudos que avaliassem o clima e a cultura organizacional até o momento da aplicação da pesquisa, o que pode ser um viés já que estes aspectos podem influenciar no uso de drogas pelos funcionários. Estudos futuros podem ser realizados buscando-se associar resultados do clima organizacional e os efeitos da IB.

A questão da randomização dos participantes, a comparação dos grupos, a adoção do grupo controle “*Feedback* e Panfletos” e a aplicação dos questionários realizada por três pesquisadores treinados foram realizadas com o intuito de minimizar as possíveis interferências das variáveis intervenientes do presente estudo, porém como relatado acima outros cuidados são necessários em pesquisas futuras.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu concluir que a IB pode ser implantada no ambiente de trabalho, porém requer cuidados específicos como em qualquer contexto. Apesar das dificuldades quanto as interferências das variáveis externas no presente estudo e diante da grande participação dos funcionários e lideranças, a IB deve ser melhor explorada no contexto organizacional a fim de fornecer evidências que comprovem sua eficácia e efetividade no contexto do trabalho. Diante dos resultados do presente estudo também é recomendado diferenciar estratégias que apresentam melhor custo- benefício para o contexto laboral, sabendo que o simples *feedback* sobre o padrão de uso também pode sinalizar uma tendência para a redução no consumo de álcool.

Em relação ao aspecto institucional consideramos que qualquer programa relacionado a prevenção ao uso de álcool necessita considerar que o uso de drogas é uma prática cultural e influenciada por vários determinantes e por isso não se pode formular uma intervenção nos moldes de uma campanha no sentido de tornar as pessoas livres das drogas. Também se deve considerar que um programa de prevenção ao uso de drogas deve estar inserido em uma política mais ampla de saúde, tendo como objetivo a qualidade de vida do trabalhador.

8- REFERÊNCIAS

Abrahão, J. I., & Pinho, D. L. M. (2002). As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos da Ergonomia. *Estudos de Psicologia*, 7, 45-52.

Agerwala, S. M., & McCance-Katz, E. F. (2012). Integrating screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) into clinical practice settings: a brief review. *Journal of psychoactive drugs*, 44(4), 307-317.

Andrade T. M. & Espinheira C.G.D.A.G. (2008). A presença de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In Duarte, P.C.A.V. & Formigoni, M.L.O. SUPERA, Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Arain, M., Campbell, M. J., Cooper, C. L., & Lancaster, G. A. (2010). What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC medical research methodology*, 10(1), 67.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed). Whashington, DC: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM V-* (5a ed). Whashington, DC: American Psychiatric Association.

Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B, & Monteiro M.G. (2001). AUDIT: the alcohol use disorders identification test. *Guidelines for use in primary care*. Geneva, World Health Organization. Disponível em http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf

Babor, T.F, Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... & Österberg, E. (2003). Alcohol, no ordinary commodity: *Research and public policy*. Nova York, US. World Health Organization.

Babor T.F, Higgins-Biddle J.C. (2003). Intervenções breves: para o uso de risco e nocivo de álcool - manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto, SP: PAI-PAD.

Babor T.F, Higgins-Biddle J.C, Saunders J.B, Monteiro M.G (2006). AUDIT - Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool: Roteiro para Uso em Atenção Primária. Ribeirão Preto, SP: PAI-PAD;

Babor T.F, McRee B.G, Kassebaum P.A, Grimaldi P.L, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). *Substance Abuse*. 2007; 28(3):7–30.

Ballesteros, J., Duffy, J.C., Querejeta, I., Arino, J. & González-Pinto, A. (2004): Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analyses. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28 (4): 608–618.

Barletta, J. B. (2008). Psicologia da Saúde e Medicina Comportamental: foco na atuação profissional. *Cadernos de Psicologia da UFS*, X(5), 19-37.

Bertholet, N., Daeppen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. (2005): Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care. *Archives of Internal Medicine* 165: 986–995.

Branco, A. B., Mascarenhas, F. A. N., & Pena, L. G. Q. (2009). Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007. *Comun. ciênc. saúde*, 20(2), 123-133.

Brasil, (2004). A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. *Ministério da Saúde*. (2ª ed). Brasília- DF. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>

Brasil, (2006). Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Ed UnB*.

Brasil, (2012). Prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: Conhecer para ajudar. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Disponível em <http://www.nupes.com.br/nova/upload/Preveno%20ao%20uso%20de%20alcool%20e%20o%20utras%20drogas%20no%20ambiente%20de%20trabalho.PDF>

Boutron, I.M.D, Moher, D., Douglas G., Kenneth F., Schulz, K.F., Ravaud, P., & for the CONSORT Group. (2008). Extending the CONSORT Statement to Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatment: Explanation and Elaboration. *Ann Intern Med*. 2008;148:295-309.

Castro, M. M. L. D & Passos, S.R.L. (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev. Psiqu. Clín.* 32 (6); 330-335.

Carlini, E. A., Nappo, S. A., Galduróz, J. C. F., & Noto, A. R. (2001). Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Revista Imesc*, 3, 9-35.

Cebrid, (2014). Panfletos sobre o uso de álcool. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo, SP. Disponível em <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/folhetos.htm>

Chiavenato I. (1979). *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Editora Atlas.

Collins D.J. & Lapsley H.M. (2008). The Avoidable Costs of Alcohol Abuse in Australia and the Potential Benefits of Effective Policies to Reduce Social Costs of Alcohol. *Commonwealth Department of Health and Ageing*. Canberra: Disponível em: [http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/0A14D387E42AA201CA2574B3000028A8/\\$File/mono70.pdf](http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/0A14D387E42AA201CA2574B3000028A8/$File/mono70.pdf)

Daeppen J.B, Gaume J, Bady P, Yersin B, Calmes J.M, Givel J. C, & Gmel G. (2007). Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured

patients treated in the emergency department: A randomized controlled clinical trial. *Addiction*. 102(8):1224–1233.

Dahlgren G, Whitehead M. (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf

Dale C.E & Livingston M.J. (2010). The burden of alcohol drinking on co-workers in the Australian workplace. *Medical Journal of Australia*, 193: 138-140.

De Micheli, D. & Formigoni, M.L.O.S. (2006). Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo. In: *Duarte, P.C.A.V. & Formigoni, M.L.O. SUPERA, Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas*. Brasília: SENAD.

D'Onofrio G, Pantalon M.V., Degutis L.C., Fiellin D.A, Busch S.H, Chawarski MC,... & O'Connor PG. Brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. 2008; 51(6):742–750.

Donovan, D. M., Bogenschutz, M. P., Perl, H., Forcehimes, A., Adinoff, B., Mandler, R., Oden, N., & Walker, R. (2012). Study design to examine the potential role of assessment reactivity in the Screening, Motivational Assessment, Referral, and Treatment in Emergency Departments (SMART-ED) protocol. *Addiction Science & Clinical Practice* 2012, 7(16), 1-11.

European Commission (2011). Alcohol, work and productivity. Scientific Opinion of the Science Group of the European *Alcohol and Health Forum*. Brussels, European Commission. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/science_02_en.pdf

Figlie, N. B., Dunn, J., Bazan, J. L., & Laranjeira, R. (2005). The stages of change scale among Brazilian alcohol dependents. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 4(4), 161-165.

Formigoni, M.L.O., (1992). *A Intervenção Breve na dependência de drogas. A experiência brasileira*. São Paulo. Editora Contexto, v. 1. 210 p.

Formigoni, M.L.O., Lacerda, R. B., Vianna, V.P.T., & Ronzani, T.M. (2006). As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. In *Duarte, P.C.A.V. & Formigoni, M.L.O. SUPERA, Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas*, Brasília: SENAD.

Formigoni, M. L. O. Galduroz, J. C. F. e Di Micheli. D. (2006). Álcool: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In *Duarte, P.C.A.V. & Formigoni, M.L.O. SUPERA, Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas*, Brasília: SENAD.

Galduroz, J. C. F. (2006). Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas. In Duarte P.C.A.V. & Formigoni, M.L.O. SUPERA, Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, Brasília: SENAD.

Ferreira, M. L. & Sartes, L. M. A. (No prelo). Intervenções realizadas no ambiente de trabalho para o uso drogas: Revisão Sistemática.

Figlie, N.B., John, D., Jorge, L. B. & Laranjeira, R. (2005). The stages of change scale among Brazilian alcohol dependents." *Addictive Disorders & Their Treatment* 4, no. 4 161-165.

Frone, M.R. (2009). Does permissive workplace substance use climate affect employees who do not use alcohol and drugs at work? A U.S. national study. *Psychology of Addictive Behavior*, 23: 386-390.

Gigliottia, A., & Bessab, M. A. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Alcohol Dependence Syndrome: diagnostic criteria. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(Supl I), 11-13.

Grotheus, J.M, Beschof, G., Runhardt, S., Meyer, C., John, U., & Rumpf HJ. (2008). Effectiveness of brief alcohol intervention for general practice patients with problematic drinking behavior and comorbid anxiety or depressive disorders. *Drug Alcohol Depend.* 94(1-3):214-20.

Hantula, D. A, Rajala, A.K., Brecher Kellerman E.G. & DeNicolis Bragger J.L. (2001). The value of workplace safety. A time-based utility analysis model. *Journal of Organizational and Behavior Management*, 21: 79-98.

Havard, A., Shakeshaft, A., & Sanson-Fisher, R. (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 103(3), 368-376.

Hermansson, U. Helander, A., Brandt, L., Huss, A. & Rönnerberg, S. (2010). Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 45, No. 3, pp. 252–257.

Kaner, E.F.S., Dickinson, H.O., Beyer, F., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., ... & Burnand, D. (2007): Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CDC004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3

Kessler, F., Cacciola, J., Alterman, A., Faller, S., Souza-Formigoni, M.L., Cruz, M.S., ... & Pechansky, F. (2012). Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-06) in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 24-33.

Larangeira, S. G. (2004). Transformações na realidade do trabalho no Brasil e em Portugal. *Sociologias*, 6(12), 16-31.

Laranjeira, R., Paya, R., Turisco, J., Gomes L.C.S., Dunn J, & Figlie, N.B. (2005). Motivação para a mudança do comportamento de beber: diferenças entre pacientes usuários de álcool do ambulatório de gastroenterologia e do serviço especializado no tratamento do alcoolismo. São Paulo. *Med J* ;123(5):223-228.

Laranjeira, R., Madruga, C.S., Pinsky, I., Caetano, R., Ribeiro, M., & Mitsuhiro S. (2013). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD; Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf

Lock, C. A., Kaner, E., Heather, N., Doughty, J., Crawshaw, A., McNamee, P.,... & Pearson, P. (2006). Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs*, 54 (4), 426-439.

Lopes, P., Prieto, G., Delgado, A. R., Gamito, P., Trigo, H. (2011). Análise das qualidades psicométricas da URICA utilizando o Modelo de Rasch. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. V 17, n 3. Pp. 47-64.

Magallón, T. J. C. & Robazzi, M.L.C. (2005). Consumo de alcohol em trabajadores de uma industria en monterrey, México. *Revista Latino-americana Enfermagem*, vol. 13: 819-826.

Malta, M., Cardoso, L. O., Bastos, F. I., Magnanini, M. M. F., & da Silva, C. M. F. P. (2010). Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 559-565.

Mathurin, P.; Deltenre, P. (2009). Effect of binge drinking on the liver: an alarming public health issue? *Gut* 58 (5): 613–7. doi:10.1136/gut.2007.145573. PMID 19174416.

McCambridge J., & Day, M. (2008). Randomized controlled trial of the effects of completing the Alcohol Use Disorders IdentificationTest questionnaire on self-reported hazardous drinking. *Addiction* 2008; 103: 241–8.

McPherson, T.L, Goplerud, E., Derr, D., Mickenberg, J., & Courtemanche, S. (2010). Telephonic screening and brief intervention for alcohol misuse among workers contacting the employee assistance program: A feasibility study. *Drug and Alcohol Review* 29, 641–646.

Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *A Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Nesi, F. (2013). A relação entre o uso de álcool e drogas para os afastamentos do trabalho. (Tese de mestrado) Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC- Criciúma.

Nilsen, P., Baird, J., Mello, M., Nirenberg, T., Woolard, R., Bendtsen, P. & Longabaugh, R. (2008): A Systematic Review of Emergency Care Brief Alcohol Interventions for Injury Patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*. ;35(2):184-201.

Organização Internacional do Trabalho (OIT), (2003). *Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho. Uma evolução para a prevenção*. Bureau Internacional do Trabalho. Genebra. Disponível em http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_problemas.pdf

Oxenburgh, M. & Marlow, P. (2005). The Productivity Assessment Tool: Computer-based cost benefit analysis model for the economic assessment of occupational health and safety interventions in the workplace. *Journal of Safety Research*, 36: 209-214.

Pantalon, M.V.; Swanson, A.J. (2003). Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychol Addict Behav* 17(2):91-7, 2003.

Pena, A. P. S., & Gonçalves, J. R. L. (2010). Assistência de enfermagem aos familiares cuidadores de alcoolistas. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(1), 1-13.

Pengpid, S., Peltzer, K., Skaal, L., & Van der Heever, H. (2013). Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among hospital outpatients in South Africa: results from a randomized controlled trial. *BMC public health*, 13(1), 644.

Pengpid, S., Peltzer, K., Skaal, L., van der Heever, H., & Van Hal, G. (2012). Screening and brief intervention for alcohol problems in Dr George Mukhari Hospital outpatients in Gauteng, South Africa: a single-blinded randomized controlled trial protocol. *BMC public health*, 12(1), 127.

Pereira, I. M. T. B., Penteadó, R. Z., & Marcelo, V. C. (2000) Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *O mundo da saúde*, ano 24, v.24, n.1, p.39-44.

Pereira, M. O., Anginoni, B. M., da Costa Ferreira, N., de Oliveira, M. A. F., de Vargas, D., & de Almeida Colvero, L. (2013). Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*, 66(3), 420-428.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 51(3):390-5.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Em M. Hersen, M. Eiser & W. Miller (Orgs.), Progress in behavior modification (pp.184-214)*. Sycamore: Sycamore Press.

Roche, A. M., Pidd, K., Berry, J. G., & Harrison, J. E. (2008). Workers' drinking patterns: the impact on absenteeism in the Australian work-place. *Addiction*, 103(5), 738-748.

Room, R., & Babor, T. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519- 530.

Scali, D. F., & Ronzani, T. M. (2007). Estudo das expectativas e crenças pessoais acerca do uso de álcool. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 3(1), 00-00.

Slodoba, Z. & Bukoski, W. J. (2006). *Handbook of drug abuse prevention*. New York: Springer.

Spicer, R. S, Miller, T.R, & Smith GS. (2003) Worker substance use, workplace problems and the risk of occupational injury: a matched case-control study. *J Stud Alcohol*, 64:570–8.

Standridge, J.B.; Zylstra, R.G.; Adams, SM. (2004). Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. *South Med J* 97 (7): 664–72. doi:[10.1097/00007611-200407000-00012](https://doi.org/10.1097/00007611-200407000-00012). PMID [15301124](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15301124/)

Thom, B., Herring, R., Luger, L., & Annand, F. (2014). Delivering Alcohol IBA: Broadening the base from health to non-health contexts. *Alcohol Research UK. Alcohol Insights*. 116:1-5.

United States Preventive Services Task Force, (2004). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: Recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*. 2004; 140(7):554–556.

Vaissman, M., (2004). Alcoolismo no trabalho. Rio de Janeiro, RJ. Coleção loucura XXI. *Editora Fiocruz e Garamond*.

Webb, G., Shakeshaft, A., Sanson-Fisher, R., & Havard, A. (2009). A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction* 104:365–77.

Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., Orleans, T. & Klein, J. (2004): Behavioral Counselling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 140: 557–568.

Williams, E.C., Johnson, M.L., Lapham, G.T., Caldeiro, R.M., Chew, L., Fletcher, G.S. ... & Bradley K.A, (2011). Strategies to implement alcohol screening and brief intervention in primary care settings: A structured literature review. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2011; 28(2):206–214.

World Health Organization [WHO] (2010). Involvement of nurses and midwives in screening and brief interventions for hazardous and harmful use of alcohol and other psychoactive substances [Internet]. Geneva: WHO; Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/substances/en/>

9- ANEXOS

Anexo 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Avaliação da eficácia da Intervenção Breve para problemas com uso de álcool no ambiente de trabalho”. Neste estudo pretendemos realizar uma avaliação de sua saúde, relacionar sintomas ao consumo de álcool e implantar uma forma de prevenção ao uso de risco de álcool e no ambiente de trabalho. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a escassez de estudos sobre esta temática no ambiente de trabalho, considerando que pode ser um ambiente propício para prevenção do consumo pesado de álcool, já que esta substância pode provocar uma série de prejuízos à saúde do trabalhador. Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Os trabalhadores serão convidados a responder sobre algumas questões de saúde e de acordo com seu padrão de uso para o álcool serão submetidos a Intervenção Breve. Após 3 meses será feito um acompanhamento destes resultados via telefone.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador, e nenhum prejuízo no seu ambiente de trabalho. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Nenhum membro do seu ambiente de trabalho receberá os resultados dos seus instrumentos de maneira identificada. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20__

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisado

Anexo 03

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index (ASI 06)

Versão 6

Observação:

Os direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:

fpechans@uol.com.br

Área Médica - As questões a seguir são sobre sua saúde física.

M1. Que tipo de convênio/seguro de saúde você tem?

[Marque todas que se aplicam]

- ___ 1. Nenhum (SUS)
- ___ 2. Seguro privado, plano de saúde privado
ex. Unimed, IPE, Golden Cross, Bradesco Saúde
- ___ 3. Convênio público
- ___ 4. Convênio militar
- ___ 5. Outros (especifique: _____)
- ___ 6. Não respondeu

[NOTA: Se homem, Pule a M2.]

M2. Você está grávida neste momento?

☐

1-Sim, 0-Não

2- Não tem certeza

Alguma vez algum **médico ou um profissional de saúde** lhe disse que você tinha alguma das seguintes doenças?

1-Sim 0-Não

M3. Pressão Alta	☐
M4. Diabetes	☐
M5. Doença Cardíaca	☐
M6. Derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral)	☐
M7. Epilepsia ou convulsões	☐
M8. Câncer	☐
M9. HIV/AIDS	☐
M10. Tuberculose	☐
M11. Hepatite	☐
M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado	☐
M13. Doença renal crônica	☐
M14. Problema respiratório crônico	
ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite	
M15. Outro problema ou doença crônica	☐
ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo,...	
-se "Sim" especifique: _____	
M16. Qualquer incapacidade física que <u>seriamente</u>	
prejudica sua visão, audição ou movimentos?	☐
-se "Sim," especifique: _____	

[NOTA: Se M3 - M16 forem todas 0-Não, Pule a M17.]

M17. Você já recebeu prescrição de medicação para qualquer uma dessas condições?

0- Não

1 – Sim, e ainda estou tomando <u>todos</u> os remédios como prescrito	☐
2 – Sim, e deveria estar tomando, mas não estou (ou toma apenas alguns)	
3 – Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária.	

M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade?

-exclua incapacidade psiquiátrica

1-Sim, 0-Não	☐
--------------	--------------------------

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que sua saúde física esteve?

0 - Excelente	3 - Razoável
1 - Muito Boa	4 - Ruim
2 - Boa	

☐**(M20 – M23) Nos últimos 30 dias:**

[NOTA: NÃO inclua problemas que são totalmente causados por estar sob efeito, intoxicado ou em abstinência de álcool ou drogas. Também não inclua transtornos psiquiátricos.]

M20. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos?

ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade

-incluir problemas dentários

Dias

M21. Quantos dias você esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa de sintomas ou problemas clínicos / físicos?

M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?

0 – Nada

3 - Consideravelmente

1 - Levemente

4 - Extremamente

2 - Moderadamente

M23. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?

0 - Nada

3 - Consideravelmente

1 - Levemente

4 - Extremamente

2 - Moderadamente

M24. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?

0 - Nada

3 - Consideravelmente

1 – Levemente

4 - Extremamente

2 - Moderadamente

M25. Quantas vezes na sua vida você já esteve hospitalizado (ao menos uma noite) por problemas físicos ou clínicos?

-não inclua hospitalizações para tratamento de álcool/drogas ou psiquiátrico, ou partos não complicados.

Vezez

M26. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?

A. Últimos 6 meses

B. 30 Dias

M27. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física?

-não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.

A. Últimos 6 meses

B. 30 Dias

M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde?

ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença. -não inclua tratamento para álcool/ drogas ou psíquico.

Anexo 04**AUDIT – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL**

Por favor, responda com toda a sinceridade.

Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Com que frequência (quantas vezes por semana) você consome bebidas alcoólicas?
☐ Nunca [0]
☐ Uma vez por mês ou menos [1]
☐ 2-4 vezes por mês [2]
☐ 2-3 vezes por semana [3]
☐ 4 ou mais vezes por semana [4]
2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?
☐ 0 ou 1 [0] ☐ 2 ou 3 [1] ☐ 4 ou 5 [2] ☐ 6 ou 7 [3] ☐ 8 ou mais [4]
3. Com que frequência (quantas vezes por semana) você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?
☐ Nunca [0]
☐ Menos que uma vez por mês [1]
☐ Uma vez por mês [2]
☐ Uma vez por semana [3]
☐ Quase todos os dias [4]
4. Quantas vezes ao longo dos últimos três meses você achou que não conseguiria parar de beber, uma vez tendo começado?
☐ Nunca [0]
☐ Menos que uma vez por mês [1]
☐ Uma vez por mês [2]
☐ Uma vez por semana [3]
☐ Quase todos os dias [4]
5. Quantas vezes ao longo dos últimos três meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?
☐ Nunca [0]
☐ Menos que uma vez por mês [1]
☐ Uma vez por mês [2]
☐ Uma vez por semana [3]
☐ Quase todos os dias [4]
6. Quantas vezes ao longo dos últimos três meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?
☐ Nunca [0]
☐ Menos que uma vez por mês [1]
☐ Uma vez por mês [2]
☐ Uma vez por semana [3]
☐ Quase todos os dias [4]

7. Quantas vezes ao longo dos últimos três meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

- ☐ Nunca [0]
- ☐ Menos que uma vez por mês [1]
- ☐ Uma vez por mês [2]
- ☐ Uma vez por semana [3]
- ☐ Quase todos os dias [4]

8. Quantas vezes ao longo dos últimos três meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- ☐ Nunca [0]
- ☐ Menos que uma vez por mês [1]
- ☐ Uma vez por mês [2]
- ☐ Uma vez por semana [3]
- ☐ Quase todos os dias [4]

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- ☐ Não [0]
- ☐ Sim, mas não nos últimos três meses [2]
- ☐ Sim, durante os últimos três meses [4]

10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- ☐ Não [0]
- ☐ Sim, mas não nos últimos três meses [2]
- ☐ Sim, durante os últimos três meses [4]

RESULTADO DO TESTE

Consumo de baixo risco ou abstinência = 0 a 7 pontos – Zona 1

Consumo de risco = 8 a 15 pontos – Zona 2

Uso nocivo ou consumo de alto risco = 15 a 19 pontos – Zona 3

Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos) - Zona 4

Anexo 05

Questões sobre o álcool:

- 1- Qual a quantidade de bebida alcóolica que você consome nos finais de semana (incluindo sexta, sábado e domingo) ? Quantas doses são consumidas? (Sabendo que 1 dose equivale a uma lata de cerveja de 350 ml, 1 copo de cachaça de 40ml, e uma taça de vinho de 85ml)

- 2- Qual a quantidade de bebida alcóolica que você consome durante a semana? Quantas doses são consumidas?

- 3- Qual o principal motivo que o leva a consumir bebidas alcoolicas?

1- Para relaxar

4- Porque frequento bares

2- Porque o gosto é bom

5- Por causa das companhias

3- Para aliviar a ansiedade

6- Outros motivos. Especifique_____

- 4- Você faz uso de outras drogas além do álcool? Quais?

1- Tabaco

4- Crack

2- Maconha

5- Extase

3- Cocaína

6- Outras drogas. Especifique_____

Anexo 06

URICA

Este questionário servirá para nos ajudar a melhorar este serviço. Cada frase descreve como uma pessoa pode se sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça uma escolha em termos do que você está sentindo agora e não o que você sentiu no passado ou gostaria de sentir.

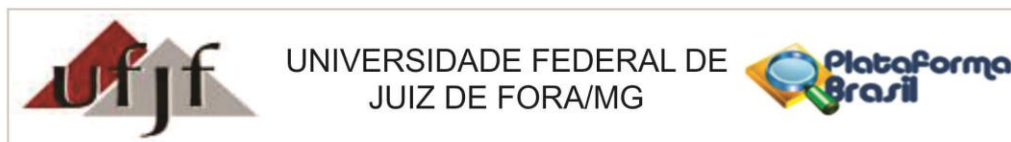
Para todas as frases que se referem ao seu **problema**, pense no seu consumo de bebidas alcoólicas. E **aqui** refere-se a este local ou programa de tratamento.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião:

1 – Discorda muito; 2 – Discorda; 3 – Indeciso ; 4 – Concorda; 5 – Concorda Muito

	Discorda Muito	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Muito
1 - No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precisa de mudança.					
2 - Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.					
3 - Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando.					
4 - Vale a pena trabalhar o meu problema.					
5 - Não sou eu quem tem o problema. Não faz muito sentido para mim estar aqui.					
6 - Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q7 () Sim Por isso estou aqui, para buscar ajuda.					
7 - Eu estou finalmente tomando providências para resolver meu problema.					
8 - Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo.					
9 - Você tem tido sucesso em resolver seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q10 () Sim - Mas não tenho certeza que eu posso manter este esforço sozinho.					
10 - Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando resolvê-lo.					
11 - Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.					
12 - Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender.					
13 - Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.					
14 - Eu realmente estou me esforçando muito para mudar.					
15 - Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo.					
16 - Você conseguiu mudar algo em					

relação ao seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q17 () Sim – Mas não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída.					
17 - Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver meu problema.					
18 - Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando com ele.					
19 - Eu espero ter mais idéias de como resolver meu problema.					
20 - Você começou tentar resolver seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q21 () Sim – Mas gostaria de receber ajuda.					
21 - Talvez este lugar possa me ajudar.					
22 - Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q23 () Sim - Mas eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz.					
23 - É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que eu sou.					
24 - Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações.					
25 - Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso.					
26 - Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas?					
27 - Eu estou aqui para prevenir uma recaída.					
28 - É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída.					
29 - Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas?					
30 - Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.					
31 - Eu preferiria conviver com meus defeitos do que tentar mudá-los.					
32 - Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, às vezes ele volta a me perseguir.					

Anexo 07- Parecer de aprovação do comitê de ética**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação da eficácia da Intervenção Breve para problemas com uso de álcool no ambiente de trabalho

Pesquisador: Maira Leon Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14164313.0.0000.5147

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Instituto de Ciências Humanas

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 356.586

Data da Relatoria: 08/08/2013

Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa

Apresentam comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.

O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico.

O objeto de estudo está bem delineado.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São informados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia atende ao(s) objetivo(s) proposto(s) e informa:

- tipo de estudo;
- procedimentos que serão utilizados
- número de participantes
- critérios de inclusão e exclusão
- forma de recrutamento modo de coleta de dados

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 356.586

- tipo de análise
- cuidados éticos
- As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização.

O cronograma mostra

- o agendamento das diversas etapas da pesquisa
- Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê.

O orçamento

- lista a relação detalhada dos custos da pesquisa
- apresenta o responsável pelo financiamento

O instrumento de coleta de dados é pertinente aos objetivos delineados, e expõe o sujeito a constrangimento, pela natureza das perguntas. Mas os pesquisadores apresentam os cuidados a serem tomados para minimizar o constrangimento.

O TCLE

- Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito
- Apresenta justificativa e objetivos
- Descreve suficientemente os procedimentos
- Apresenta campo para a identificação dos sujeitos
- Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito
- Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades
- Garante sigilo e anonimato

Explicita

- riscos e desconfortos esperados
- ressarcimento de despesas
- indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa
- forma de contato com o pesquisador
- forma de contato com o CEP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada
- Declaração de infra-estrutura e de concordância apresentada e assinada

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 356.586

Recomendações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: Fevereiro de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 12 de Agosto de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Anexo 08 - Checklist do CONSORT

Table 2. Checklist of Items for Reporting Trials of Nonpharmacologic Treatments*

Section	Item	Standard CONSORT Description	Extension for Nonpharmacologic Trials
Title and abstract	1	How participants were allocated to interventions (e.g., "random allocation," "randomized," or "randomly assigned")	In the abstract, description of the experimental treatment, comparator, care providers, centers, and blinding status
Introduction			
Background	2	Scientific background and explanation of rationale	
Methods			
Participants	3	Eligibility criteria for participants and the settings and locations where the data were collected	When applicable, eligibility criteria for centers and those performing the interventions
Interventions	4	Precise details of the interventions intended for each group and how and when they were actually administered	Precise details of both the experimental treatment and comparator
	4A		Description of the different components of the interventions and, when applicable, descriptions of the procedure for tailoring the interventions to individual participants
	4B		Details of how the interventions were standardized
	4C		Details of how adherence of care providers with the protocol was assessed or enhanced
Objectives	5	Specific objectives and hypotheses	
Outcomes	6	Clearly defined primary and secondary outcome measures and, when applicable, any methods used to enhance the quality of measurements (e.g., multiple observations, training of assessors)	
Sample size	7	How sample size was determined and, when applicable, explanation of any interim analyses and stopping rules	When applicable, details of whether and how the clustering by care providers or centers was addressed
Randomization-sequence generation	8	Method used to generate the random allocation sequence, including details of any restriction (e.g., blocking, stratification)	When applicable, how care providers were allocated to each trial group
Allocation concealment	9	Method used to implement the random allocation sequence (e.g., numbered containers or central telephone), clarifying whether the sequence was concealed until interventions were assigned	
Implementation	10	Who generated the allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to their groups	
Blinding (masking)	11A	Whether or not participants, those administering the interventions, and those assessing the outcomes were blinded to group assignment	Whether or not those administering co-interventions were blinded to group assignment
	11B†		If blinded, method of blinding and description of the similarity of interventionst
Statistical methods	12	Statistical methods used to compare groups for primary outcome(s); methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	When applicable, details of whether and how the clustering by care providers or centers was addressed
Results			
Participant flow	13	Flow of participants through each stage (a diagram is strongly recommended)—specifically, for each group, report the numbers of participants randomly assigned, receiving intended treatment, completing the study protocol, and analyzed for the primary outcome; describe protocol deviations from study as planned, together with reasons	The number of care providers or centers performing the intervention in each group and the number of patients treated by each care provider or in each center
Implementation of intervention	New item		Details of the experimental treatment and comparator as they were implemented
Recruitment	14	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	
Baseline data	15	Baseline demographic and clinical characteristics of each group	When applicable, a description of care providers (case volume, qualification, expertise, etc.) and centers (volume) in each group
Numbers analyzed	16	Number of participants (denominator) in each group included in each analysis and whether analysis was by "intention-to-treat"; state the results in absolute numbers when feasible (e.g., 10/20, not 50%)	
Outcomes and estimation	17	For each primary and secondary outcome, a summary of results for each group and the estimated effect size and its precision (e.g., 95% confidence interval)	
Ancillary analyses	18	Address multiplicity by reporting any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, indicating those prespecified and those exploratory	
Adverse events	19	All important adverse events or side effects in each intervention group	
Discussion			
Interpretation	20	Interpretation of the results, taking into account study hypotheses, sources of potential bias or imprecision, and the dangers associated with multiplicity of analyses and outcomes	In addition, take into account the choice of the comparator, lack of or partial blinding, and unequal expertise of care providers or centers in each group
Generalizability	21	Generalizability (external validity) of the trial findings	Generalizability (external validity) of the trial findings according to the intervention, comparators, patients, and care providers and centers involved in the trial
Overall evidence	22	General interpretation of the results in the context of current evidence	