

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

Maira Leon Ferreira

A Intervenção Breve (IB) para problemas relacionados ao uso de álcool em servidores universitários: Uma análise quantitativa e qualitativa

Juiz de fora
2019

Maira Leon Ferreira

A Intervenção Breve (IB) para problemas relacionados ao uso de álcool em servidores universitários: Uma análise quantitativa e qualitativa

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

Orientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Leon Ferreira, Maira.

A Intervenção Breve (IB) para problemas relacionados ao uso de álcool em servidores universitários: Uma análise quantitativa e qualitativa / Maira Leon Ferreira. -- 2019.

139 p.

Orientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019.

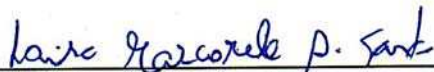
1. Psicoterapia Breve. 2. Local de Trabalho. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool. 4. Saúde do Trabalhador. I. Marcorela Andreoli Sartes, Laisa, orient. II. Título.

MAIRA LEON FERREIRA

**A INTERVENÇÃO BREVE (IB) PARA PROBLEMAS RELACIONADOS
AO USO DE ÁLCOOL EM SERVIDORES UNIVERSITÁRIOS: UMA
ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Tese defendida e aprovada em 28/02/2019



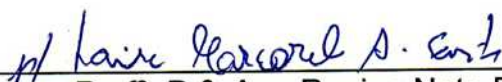
Prof^ª. Dr^ª. Laisa Marconela Andreoli Sartes
Universidade Federal de Juiz de Fora



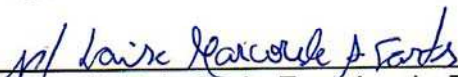
Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof^ª. Dr^ª. Isabel Cristina Gonçalves Leite
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof^ª. Dr^ª. Ana Regina Noto Faria
Universidade Federal de São Paulo



Prof^ª. Dr^ª. Carla Ferreira de Paula Gebara
Universidade Católica de Petrópolis

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar esta experiência e por me dar força e sustento por toda a minha trajetória.

A professora e orientadora Laisa pela confiança depositada em mim, pela experiência profissional e pelo conhecimento acadêmico que me foi transmitido. Ao professor Telmo Ronzani pelas contribuições ao longo da pesquisa, pela indicação da pesquisa, pelo auxílio e pelos ensinamentos na área de álcool e outras drogas.

Ao grupo CREPEIA e aos colegas e bolsistas Isabela, Giane, Rafaela, Camilla, Jéssica e Arielle que me auxiliaram ao decorrer da pesquisa e que contribuíram ativamente com ideias, escrita e coleta de dados. Aos avaliadores da banca pelas contribuições ao longo do projeto e pela disponibilidade em participar da banca de doutorado.

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; A minha irmã Josi por ser meu apoio incondicional em todos os momentos, e ao meu irmão Leo pela amizade, amor, e exemplo de determinação. A minha prima Adélia pela dedicação e carinho. Aos meus avós Jalila e Cidico. As minhas tias por terem sido exemplo e por terem me influenciado no caminho da docência.

Aos meus amigos Isabel, Ana, Michelle, Tamíres, Nathália, Duda, Fernando, Tatiane, Laura, Mayara, Lídia, Andressa, Alexandre e Regina que sempre me incentivaram a traçar o melhor caminho, que foram responsáveis diretamente pelo meu lazer e que sempre me auxiliaram nos momentos difíceis. Aos amigos do GPR, ABAN e IH também pelo apoio de sempre. Aos novos amigos do doutorado sanduíche Mariana e Micheli, ao professor Miguel e ao grupo da UMINHO em Portugal pela acolhida e ensinamentos.

Ao Rafael Baracho pelo profissionalismo, competência e apoio em todo esse período.

A CAPES pela concessão da bolsa de doutorado, e pela bolsa de doutorado sanduíche no exterior (PDSE19). A FAPEMIG pelo financiamento da pesquisa (Nº CHE - APQ-01918-15).

Muito obrigada!

RESUMO

O uso do álcool no contexto de trabalho está associado a acidentes laborais, absenteísmo, diminuição da produtividade, conflitos, estresse, entre outros. A Intervenção Breve (IB) está associada à redução do consumo de álcool entre a população de usuários de risco, no entanto existem carências de estudos sobre o impacto da IB no ambiente de trabalho. O objetivo da presente tese foi avaliar os efeitos da IB para problemas relacionados ao consumo de álcool no contexto do ambiente de trabalho universitário, mediante três estudos. O primeiro estudo se tratou de um artigo descritivo que procurou realizar um levantamento sobre as queixas físicas e psicológicas que permeavam o trabalho de 1011 servidores universitários. Foi utilizada análise multivariada de clusters para identificação de perfis. Como resultado foi evidenciado que existe alta prevalência de doenças físicas e mentais entre os servidores universitários, e que intervenções em prol da saúde do trabalhador, e na área de álcool e outras drogas são necessárias. O segundo estudo correspondeu a um ensaio clínico randomizado controlado, com desenho experimental de natureza quantitativa. Participaram 1011 servidores, que receberam diferentes estratégias de intervenção de acordo com sua pontuação no AUDIT. Os resultados apontaram que ambos os grupos reduziram o padrão de consumo e o número de doses de álcool consumidas passados três e doze meses após as intervenções. Porém, o grupo da IB apresentou maior tendência para a redução de consumo em maior parte das questões analisadas. O terceiro estudo foi uma análise qualitativa que buscou investigar as percepções dos servidores sobre os efeitos da IB no ambiente de trabalho. O estudo contou com a participação de 20 servidores que receberam as IBs no estudo dois. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas de acordo com a análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram que os componentes da IB que mais influenciaram na redução de consumo foram o feedback, o aconselhamento e a empatia. Conclui-se que a aplicação da IB no ambiente de trabalho universitário foi efetiva, e que essa intervenção mostrou resultados interessantes para a modificação do consumo de álcool entre servidores. Também se faz necessária uma política ampliada nas universidades que contemplem intervenções sobre a saúde do trabalhador e sobre a prevenção ao uso de álcool e outras drogas neste contexto.

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

ABSTRACT

Alcohol use in the workplace is associated with various problems such as labor accidents, absenteeism, diminution of productivity, conflicts, stress, among others. Brief Intervention (BI) is associated with the reduction of alcohol consumption among the population of risk users, however, there is a lack of studies on the impact of IB in the workplace. The objective of this task was to evaluate the effects of Brief Intervention (BI) for problems related to alcohol consumption in the university workplace, presenting three studies. The first study was a descriptive article that sought to conduct a survey on the physical and psychological symptoms that permeated the work of 1011 university servers. Multivariate analysis of clusters was used to identify profiles related to the processes of illness and alcohol use of the servers. As a result, the study showed that there is a high prevalence of physical and mental illness among university employees, and that interventions for the health of workers, alcohol and other drugs are necessary. The second study corresponded to a randomized controlled trial, with an experimental design of a quantitative nature. Participated 1011 servers who received different intervention according to the AUDIT score. The results showed that both groups reduced the consumption pattern and the number of alcohol doses consumed after three and twelve months after the interventions. However, the IB group showed a greater tendency to reduce consumption in most of the issues analyzed. The third study was a qualitative analysis that sought to investigate the perceptions of the servers about the effects of BI in the university workplace. The study was attended by 20 university servers who received the BI in study two. Semi-structured interviews were used, analyzed according to content analysis. The results showed that the components of BI that most influenced the reduction of consumption were feedback, advice and empathy. Participants reported greater motivation and benefits with reduced alcohol consumption. It is concluded that the application of BI in the university workplace was effective, and that this intervention showed interesting results for the modification of alcohol consumption between servers. There is also a need for an expanded policy in universities that includes interventions on worker health and prevention of alcohol and other drug use in this context.

Keywords: Brief Psychotherapy; Workplace; Alcohol Use Related Disorders; Worker's health

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	09
LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE FIGURAS.....	12
LISTA DE ANEXOS.....	13
1-INTRODUÇÃO.....	14
1.1. <i>Epidemiologia do uso de álcool no Brasil</i>	14
1.2. <i>O contexto do trabalho universitário e o consumo de álcool e outras drogas</i>	16
1.3. <i>Aspectos sobre a saúde física, mental e qualidade de vida dos trabalhadores</i>	18
1.4. <i>A Intervenção Breve</i>	23
2- OBJETIVOS.	30
3-METODOLOGIA.....	31
4-CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA GERAL	35
5- CAPÍTULO 5- SAÚDE FÍSICA, MENTAL, USO DE ÁLCOOL E QUALIDADE DE VIDA DOS SERVIDORES UNIVERSITÁRIOS.....	38
6-CAPÍTULO 6- A EFETIVIDADE DA IB PARA PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL EM SERVIDORES UNIVERSITÁRIOS.....	57
7- CAPÍTULO 7- A PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA SOBRE OS EFEITOS DA IB NO AMBIENTE DE TRABALHO.....	80
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
9- REFERÊNCIAS.....	106
10- ANEXOS.....	118

LISTA DE ABREVIATURAS

ASI 06- *Addiction Severity Index 06 – Versão Light*

AUDIT- *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CONSORT- *Consolidated Standards of Reporting Trials*

DORT- Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

IB- Intervenção Breve

LER- Lesões por esforço repetitivo

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNAD- Política Nacional sobre Drogas

QV- Qualidade de Vida

QVT- Qualidade de vida no trabalho

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

SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SESI- Serviço Social da Indústria

TAE- Técnico Administrativo em Educação

WHO- *World Health Organization*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas do total de participantes.....	36
Tabela 2- Características sociodemográficas dos servidores separadas por sintomas físicos e psicológicos	46
Tabela 3 - Análise de cluster com variáveis sociodemográficas dos servidores universitários	48
Tabela 4- Análise de Clusters com cinco agrupamentos- análise dos perfis de saúde, qualidade de vida, e uso de álcool.....	49
Tabela 5- Intervenções aplicadas de acordo com o AUDIT.....	66
Tabela 6- Dados sociodemográficos de todos os servidores TAES e dos grupos 01 e 02.....	72
Tabela 7- Média (\pm DP) e comparação entre pré e pós intervenção com relação aos grupos Feedback e panfletos e IB. Período de três e doze meses.....	73
Tabela 8- Relação entre variáveis sociodemográficas/ocupacionais, de saúde física, qualidade de vida, padrão de consumo de álcool e resultados das IBs.....	75
Tabela 9 - Dados sociodemográficos dos participantes	89
Tabela 10- Frequência e porcentagem das respostas dos participantes acerca do impacto dos FRAMES utilizados na IB sobre o consumo de álcool.....	90
Tabela 11- Questões complementares a IB	97

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01.** Fluxo de participantes e procedimentos adotados conforme o AUDIT70
- Figura 02.** Randomização e alocação dos participantes do ensaio clínico71

LISTA DE ANEXOS

Anexo 01. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	118
Anexo 02. Questionário de dados sócio- demográficos.....	121
Anexo 03. <i>The Addiction Severity Index (ASI 06)- Versão Light</i>	123
Anexo 04. AUDIT.....	127
Anexo 05. Questões sobre o álcool.....	130
Anexo 06. Régua de Prontidão para a mudança.....	131
Anexo 07. WHOQOL BREF	132
Anexo 08. Parecer de aprovação do comitê de ética.....	136
Anexo 09. <i>Checklist</i> do CONSORT.....	137
Anexo 10. <i>Checklist</i> do COREQ.....	138
Anexo 11. Publicação na Plataforma Rebec.....	139

1- INTRODUÇÃO

1.1. EPIDEMIOLOGIA DO USO DE ÁLCOOL NO BRASIL

O álcool é considerado uma droga lícita, de fácil acesso, e contemporaneamente muito utilizada, sobretudo por influências culturais. O uso do álcool está relacionado a uma perspectiva multidimensional já que o consumo dessa substância está atrelado à propriedade farmacológica da substância, a influências biológicas, culturais e contextuais (Andrade & Espinheira, 2008).

O uso de álcool de forma abusiva é considerado um grave problema de saúde pública. O contexto histórico do uso nocivo dessa substância originou respostas políticas de formas variadas para a diminuição das consequências desse uso. Diversos estudos demonstram que essa problemática é atual (Laranjeira, R., Madruga, C. S., Pinsky, I., Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S., 2014; Nelson e Lenton, 2015; Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D., Saunter, N., & Slater, J., 2016; Grucza, Sher, 2018) e que as consequências do uso de álcool de forma abusiva se somam a mortes, problemas no trabalho, problemas no trânsito, envolvimento com a criminalidade, doenças variadas como: cirrose hepática, cânceres, problemas digestivos, problemas cardiovasculares, distúrbios neurológicos graves, alterações de memória, lesões no sistema nervoso central, arritmias cardíacas, aumento da pressão arterial, hipertensão com riscos de infarto, gastrite, úlceras, hepatite, pancreatite aguda entre outros (Babor & Higgins-Biddle, 2003).

O uso abusivo de álcool resulta em aproximadamente 2,5 milhões de mortes a cada 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, sendo essa porcentagem maior do que as mortes causadas pelo vírus da HIV/AIDS, violência e tuberculose, caracterizando o consumo inadequado de álcool como um importante problema de saúde pública a ser enfrentado em todo o mundo (WHO, 2011).

Apesar de muitos indivíduos consumirem álcool no padrão de uso de baixo risco ou serem abstinidos, o álcool é consumido em todo o mundo. O Brasil tem ocupado a 53ª posição entre os países avaliados em relação ao consumo per capita de álcool, à frente de outros 140 países com média de 8,7 litros de álcool puro consumidos por pessoa em 2010. Os homens brasileiros apresentam maior consumo de álcool se comparado às mulheres, são 13,6 litros por ano entre os homens, e 4,3 litros consumidos por mulheres (OMS, 2014).

Além dos riscos relacionados à saúde do indivíduo o álcool está presente em mortes por acidentes de trânsito, problemas legais, ocorrência de acidentes, violência, produção ou agravamento de doenças variadas, entre outros. Como relatado acima, o consumo de álcool afeta de maneira significativa vários aspectos da vida de seus consumidores e de seus pares. Também é importante observar a porcentagem de afastamentos do trabalho devido a acidentes e problemas relacionados ao seu consumo. Cinquenta e sete por cento desses afastamentos são devidos ao álcool, o que corresponde a maior porcentagem observada quando comparada a outras drogas (Duarte, Stempluk, & Barroso, 2009).

Em relação aos danos causados no ambiente de trabalho devido ao uso de álcool a Organização Internacional 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, absenteísmo, entre outros. A OIT também ressalta a importância de projetos preventivos ao uso de substâncias no ambiente laboral devido ao longo período em que os trabalhadores permanecem nos postos de trabalho. De acordo com o Banco Interamericano do Desenvolvimento (BID), o Brasil perde por ano US\$ 19 bilhões por absenteísmo, acidentes e enfermidades causadas pelo uso do álcool e outras drogas (SESI, 2013).

Segundo o Ministério da Previdência Social no período de 2006 e 2014 cerca de 347.611 brasileiros estiveram afastados do trabalho devido ao uso de álcool e outras drogas. Em relação aos transtornos mentais e comportamentais, entre 2006 e 2014, o percentual de auxílios-doença, categorizado como transtornos mentais comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, aumentou de 27,7% para 50,1% (SESI, 2015).

A *European Commission* (2011) 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, 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).

1.2. O CONTEXTO DO TRABALHO UNIVERSITÁRIO E O CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

De acordo com Spicer, Miller e Smith (2003) existem muitas razões para o engajamento das empresas e instituições em programas que visem à detecção e o tratamento para usuários de álcool e outras drogas. Dentre os motivos é que 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. Frone (2009) ressalta que existe uma forte relação entre o uso de álcool e os acidentes no local de trabalho. O absenteísmo também representa um custo significativo para os empregadores, já que salários extras são necessários para cobrir o período com a falta do funcionário (Dale & Livingston, 2010).

Poucos estudos foram realizados quanto a programas de prevenção no ambiente de trabalho para o uso de álcool, porém diante dos agravos originados pelo consumo desta substância no ambiente laboral, torna-se necessário tomar atitudes preventivas, tanto em instituições privadas como em instituições públicas, que utilizam da mão de obra trabalhadora (OIT, 2003). Em um estudo realizado na Universidade no Equador foi apontada a necessidade do investimento em programas de prevenção no contexto dos servidores universitários. Neste estudo os resultados apontaram que servidores que prestam serviços operacionais consomem mais álcool do que os servidores da área administrativa. Mediante a aplicação do AUDIT foi identificado que 79,4% dos servidores eram usuários de baixo risco quanto ao uso de álcool; 19,6% faziam uso de risco ou nocivo e 0,9% tinham indicativo de dependência, sinalizando uma alta prevalência do uso de risco ou nocivo por parte dos servidores (Ortiz & Marziale, 2010).

Outro estudo realizado entre servidores da Universidade de São Paulo (USP) encontrou altas taxas do uso de álcool entre servidores, principalmente do sexo masculino, da área operacional e acima de 61 anos ou mais. Entre os 192 funcionários entrevistados, a prevalência do CAGE positivo foi 19,8%. Quanto ao tempo de trabalho, servidores com 12 ou mais anos

na referida universidade apresentaram uma maior prevalência quanto ao uso de risco e dependência de álcool (Amaral & Malbergier, 2004).

O estudo realizado por Conceição, Gomes, Tauil e Rosa, (2006) entre 704 servidores da Universidade de Brasília (UNB) buscou investigar a prevalência do uso de álcool e da hipertensão entre servidores. Os resultados mostraram que dentre o total de entrevistados, 377 indivíduos (53,6%) declararam consumir bebidas alcoólicas. Entre os entrevistados, 6% consumiam álcool diariamente, 50% semanalmente, 10,8% mensalmente e 33,2% raramente, o que revela altos índices de consumo de álcool nesta universidade.

Em outra pesquisa realizada na Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) verificou-se uma elevada prevalência (84,8%) para o uso na vida de álcool. Este estudo ainda afirma que ter pós-graduação, possuir renda mensal acima de 10 salários mínimos e trabalhar em regime de dedicação exclusiva, estão relacionados com maiores prevalências associados a uso de álcool na vida. Trabalhar mais de 10 anos na UFMT, levar trabalho para casa, tirar férias menos de 10 dias e faltar no serviço no último ano estão associados com maiores prevalências quando associados ao alcoolismo (de Albuquerque Mota, 2011).

O estudo de Brites e Abreu (2014) que foi realizado entre servidores técnicos administrativos de uma universidade pública da cidade do Rio de Janeiro, RJ, evidenciou elevada prevalência do padrão de consumo de risco, nocivo e provável dependência associada aos trabalhadores do sexo masculino e ao baixo nível de escolaridade. A amostra apresentou índices de consumo de risco de álcool (12,7%) principalmente entre os homens.

Os autores Gavin, Reisdorfer, Gherardi-Donato Reis e Zanetti, (2015) investigaram a associação entre o uso de álcool e questões psicológicas como depressão, ansiedade e estresse entre servidores de uma universidade. Os problemas relacionados ao uso de álcool foram significativamente associados com a depressão nesta população. A prevalência do uso problemático de álcool entre os servidores foi de 13,2%, o que indica a necessidade de intervenções que visem à prevenção ao uso dessa substância. De acordo com o estudo, também são necessárias intervenções que visem prevenir o adoecimento mental dos trabalhadores de universidades. Considerando que o uso de álcool está atrelado ao adoecimento mental e a uma perspectiva multidimensional (Andrade & Espinheira, 2008), torna-se relevante investigar aspectos como a saúde física e mental dos trabalhadores, bem como a qualidade de vida dos servidores universitários.

1.3- ASPECTOS SOBRE A SAÚDE FÍSICA, MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES

Os processos de saúde e de adoecimento dos trabalhadores são resultantes de um complexo processo de fatores individuais, sociais e de questões relacionados às organizações de trabalho. Os fatores individuais envolvem a genética, os hábitos e os estilos de vida. Os sociais compreendem a família, a sociedade e as relações de trabalho. E ainda existem fatores relacionados à organização, como às políticas de gestão, ritmo, intensidade, jornada, valorização, estilo gerencial, entre outros (Carneiro, 2014).

Documentos do Ministério da Saúde, Brasil, (2001) afirmam que os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. As doenças relacionadas ao trabalho referem-se a um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Essas doenças são manifestadas em longo prazo, muitas vezes dificultando o estabelecimento da relação entre uma doença e o ambiente de trabalho (Brasil, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil, (2001) as doenças relacionadas ao trabalho podem causar o adoecimento ou até mesmo a morte do trabalhador, como consequência da profissão desempenhada. Existem três grupos de doenças que estão relacionadas diretamente ou indiretamente ao trabalho: GRUPO I: doenças em que o trabalho é causa necessária, como exemplo, as intoxicações agudas de origem ocupacional; GRUPO II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, como exemplos a hipertensão arterial e as neoplasias malignas (cânceres); GRUPO III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, como exemplos são citadas as doenças alérgicas de pele, as doenças respiratórias e os distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Em relação ao adoecimento do servidor público, o estudo realizado por Guimarães (2006) teve como objetivo pesquisar a prevalência anual de Suspeição para Transtornos Mentais (STM) em trabalhadores de uma universidade estadual de São Paulo. O estudo mostrou associações significativas entre STM em trabalhadores com baixo nível social e entre mulheres. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre estado civil e STM, com menor prevalência de

casos entre os casados e os solteiros, e com uma maior prevalência entre viúvos, separados e outros. Também foi evidenciada no estudo uma clara tendência de queda do número de casos de STM conforme aumenta a renda familiar.

O estudo de Gavin et al (2015) evidenciou a associação entre estresse, ansiedade, depressão e uso de álcool entre 1.239 trabalhadores da categoria técnico-administrativa de uma universidade pública do interior do Estado de São Paulo. Cerca um quinto dos trabalhadores apresentou sintomatologia ansiosa e/ou depressiva e 13,2% preencheram critérios para uso problemático de álcool. O estudo também relatou que sintomas de ansiedade e problemas com o uso de álcool são fatores de risco para o desenvolvimento da depressão. O apoio social e um maior acompanhamento do trabalho desempenhado foram apontados como fatores de proteção para os sintomas depressivos.

Segundo Silva, Tomé, Costa e Santana (2012), em Alagoas, no ano de 2009, 8.249 servidores públicos estaduais foram afastados das atividades laborais por diversas causas. Desses afastamentos, 1.668 (20,2%) foram por transtornos mentais e comportamentais, representados na CID-10 pelas doenças do código F. Considerando-se o total de 1.668 casos, o grupo dos transtornos de humor – afetivos predominou com 1.015 casos, ou 61,0% do total, seguido pelo grupo dos transtornos neuróticos relacionados ao stress e transtornos somatoformes, com 440 afastamentos que equivalem a 26,4% das licenças médicas concedidas. Houve uma predominância significativa do sexo feminino nos afastamentos, com 82,0% dos casos.

Sobre a concessão de licenças médicas relacionadas ao trabalho dos servidores públicos do Estado do Ceará, os autores do Vale, Maciel, do Nascimento, Vasconcelos, e Pimentel, (2015) encontraram uma taxa de afastamento do trabalho de 33,9% dos servidores. As doenças mais prevalentes foram os Transtornos Mentais (22,4%) seguidos de Distúrbios do sistema Osteomolecular e o tecido conjuntivo (21,15%). Dentre os transtornos mentais e comportamentais, apresentaram-se como mais frequentes os episódios depressivos, outros transtornos ansiosos e transtornos depressivos recorrentes. A faixa etária intermediária (entre 31 e 51 anos) apresentou uma frequência maior de “transtorno não orgânico devido ao sono ou do ciclo vigília-sono” (F50-F59), o que pode estar associado ao cansaço devido ao trabalho. Os resultados também mostraram a necessidade de ações de intervenção e mudanças efetivas nas políticas de saúde e promoção da saúde para os funcionários públicos.

No estudo de Souza Rodrigues, Freitas, Assunção, Bassi, e de Medeiros, (2013) relatos de absenteísmo-doença foram significativamente maiores entre as mulheres. O absenteísmo-doença mostrou-se associado às atividades ligadas aos grupos de fiscalização e vigilância, serviços gerais, informação, educação, cultura e saúde. As comorbidades mais presentes foram LER/Dort, lombalgia, depressão/ansiedade e percepção de cansaço mental. Maior probabilidade de transtornos mentais foi associada com a insatisfação com a capacidade de trabalho, e com condições precárias de trabalho. Programas de promoção da saúde no ambiente laboral, visando à prevenção de comorbidades musculoesqueléticas e queixas psicossociais atenuariam as situações que provavelmente estão na origem do absenteísmo-doença. O estudo de Andrade, Andrade, Leite, e Araújo, (2012) foi realizado entre técnicos administrativos em uma Universidade de Minas Gerais, e relatou que os principais problemas de saúde citados entre os trabalhadores foram hipertensão arterial, lesões orteoarticulares, doenças cardiovasculares, hemorroidas, problemas quanto à saúde mental, cansaço e dores lombares.

Conceição, Gomes, Tauil, e Rosa, (2006) investigaram os valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. Segundo os autores, dos 704 servidores entrevistados, 298 (42,3%) foram classificados como pré-hipertensos e 267 (37,9%) como hipertensos. Os fatores de risco avaliados foram sobrepeso/obesidade (56,8%), tabagismo (19,5%), consumo de bebidas alcoólicas (53,6%), sedentarismo (48,4%) e hipertensão (37,9%). No presente trabalho, houve maiores níveis de PA entre consumidores do que nos não consumidores de bebidas alcoólicas. O alto número de indivíduos com pressão alta aponta para a necessidade de medidas preventivas e terapêuticas de doenças cardiovasculares direcionadas aos servidores da universidade.

Abdalla, (2014) realizou um estudo na Universidade Federal de Juiz de Fora com os técnicos administrativos em educação (TAEs) sobre a prevalência de sintomas depressivos nesta população. Os resultados revelaram que 28,8% das mulheres e 16,1% dos homens apresentavam sintomas de depressão leve, sendo que a faixa etária de maior prevalência foi de 20 a 50 anos. Esses dados foram semelhantes aos dados da população geral brasileira. A autora também salienta a necessidade de planejar ações de prevenção e intervenções quanto à saúde do trabalhador e sobre a qualidade de vida no trabalho na referida universidade.

Somado ao fato de que os trabalhadores necessitam de uma melhor saúde nos ambientes de trabalho, constata-se que a qualidade de vida também exerce um papel fundamental para a

motivação no trabalho e garantia de melhor saúde. O termo qualidade de vida parece não ter um significado único na literatura. Comumente na literatura médica este termo vem atrelado aos conceitos de “condições de saúde” ou de “funcionamento social”. Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais a respeito desse construto foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas. Os conceitos são de 1- Subjetividade, 2- Multidimensionalidade e 3- Dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor). O estudo e análise desses elementos conduziram a definição de Qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994).

Na área da saúde o termo qualidade de vida tem sido relacionado aos termos Qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) (“*Health-related quality of life*”). Este conceito está ligado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente (de Almedia Fleck et al, 1999). O estudo de Noronha et al (2016) evidenciou que a Qualidade de vida Relacionada à Saúde (QVRS) apresenta índices preocupantes em adultos no Brasil, já que a que mais da metade dos sujeitos investigados (57%) apresentou percepção negativa da QVRS nos campos de Comprometimento Físico (CF) e Comprometimento Mental (CM). Constatou-se que ser do sexo masculino, possuir automóvel na família, ter utilizado serviços odontológicos recentemente, não possuir doença crônica, não fazer uso diário de medicamento, não ser tabagista e praticar atividades físicas apresentaram-se relacionados a maiores níveis de QVRS.

A procura por um instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional fez com que a Organização Mundial da saúde (OMS) organizasse em vários países a elaboração do instrumento WHOQOL- 100. Este instrumento avalia a qualidade de vida mediante seis domínios que abrangem: o domínio físico, o domínio psicológico, o nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e espiritualidade / religião /crenças pessoais. Também está disponível uma versão reduzida do WHOQOL-100 que corresponde ao WHOQOL-BREF, este instrumento é composto de 26 itens, que medem os seguintes domínios gerais: saúde física, psicológica, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-BREF por ser uma versão mais curta pode ser mais conveniente para o uso em grandes estudos de investigação ou clínicos (WHO, 2016).

Sobre o WHOQOL- BREF os domínios serão detalhados a seguir: 1) Domínio Físico: percepção do indivíduo sobre sua condição física. Contém as facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho; 2) Domínio Psicológico: percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva, cujas facetas são: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/ crenças pessoais; 3) Relações sociais: percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida, com as seguintes interfaces: relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual; e 4) Meio ambiente: percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Contém os subitens: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição / ruído / trânsito / clima); transporte. Cada domínio é representado por várias facetas e suas questões foram formuladas com escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom) (Fleck et al, 2000).

Além do constructo Qualidade de Vida ser definido pela área da saúde, conceitos de “Qualidade de vida no trabalho (QVT)” têm sido desenvolvidos largamente pela Psicologia Organizacional e do trabalho e pela Administração de empresas. A discussão a respeito da QVT toma grandes proporções em 1976, quando a Organização Internacional do Trabalho (OIT) fomenta o desenvolvimento do Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (PIACT) (Macedo, 2004). De acordo com Sampaio (2004), atualmente a literatura no campo da QVT tem focado na saúde mental, nas condições de trabalho e nas relações de trabalho. Limongi-França (2004) aponta que a literatura atual também tem focado nos fatores críticos da gestão das instituições que tem impacto sobre a qualidade de vida.

Sobre estudos no ambiente de trabalho acerca da qualidade de vida, os autores Andrade, et al, (2012) investigaram a QV entre técnicos administrativos em educação de uma universidade de Minas Gerais. Os profissionais apresentaram menor QV nos domínios meio ambiente e psicológico e maior nos domínios físico e relações sociais. Os resultados mostram que os aspectos que mais afetaram negativamente se relacionavam à vida profissional: baixa condição

financeira, falta de informação e de oportunidade de lazer, desconforto no ambiente de trabalho, principalmente devido aos benefícios sobre o transporte e a saúde.

Tendo em vista as mudanças ocorridas nos processos de trabalho que acompanham a QVT, percebe-se a necessidade de pensar indicadores epidemiológicos que expressem as relações de saúde/doença entre os trabalhadores. A Organização Mundial da Saúde, desde 1979, advoga a necessidade de desenvolver programas especiais de atenção à saúde dos trabalhadores, visando promover melhorias nas condições da qualidade de vida e trabalho nos países em desenvolvimento (Lacaz, 2000).

1.4. A INTERVENÇÃO BREVE COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO

Tendo em vista as questões de saúde e de qualidade de vida que permeiam o ambiente universitário, torna-se necessário implementar ações que visem promover saúde e prevenir o uso de álcool e outras drogas no ambiente laboral (Brasil, 2012). Segundo Collins e Lapsley (2008), os custos relacionados com a prevenção ao uso de drogas e com a implementação de intervenções no local de trabalho, é relativamente pequeno em comparação com os custos resultantes dos problemas gerados pelo abuso de drogas neste contexto. Em documentos da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), é mencionado que o foco das intervenções na área de álcool e outras drogas devem abranger também os usuários de risco e nocivo, e não somente os dependentes de substâncias.

Ainda em documentos sobre a Política Nacional sobre Drogas, são citados alguns benefícios a favor dos programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente laboral como: redução de despesas com assistência médica; redução do absenteísmo, atrasos e licenças médicas; melhora e/ou manutenção da boa imagem da empresa diante do mercado; aumento da lucratividade; melhora da produtividade e do rendimento dos serviços; redução do custo dos negócios; diminuição da frequência dos problemas disciplinares e negligências no local de trabalho. Também são explícitos os variados tipos de programas de prevenção, onde é esclarecido que não existem modelos “ideais” de programas, e sim várias estratégias que devem ser adequadas ao tipo de usuário e a estrutura da organização (Brasil, 2012). Na revisão sistemática elaborada por Webb, Shakeshaft, Fisher e Havard (2009), foi apontado que as seguintes intervenções podem trazer retornos positivos para o ambiente de trabalho:

intervenções contidas dentro de exames periódicos de saúde e estilo de vida; a capacitação psicossocial; o programa de pares e as intervenções breves.

Existem diversos instrumentos desenvolvidos e validados para realização de triagem do uso de substâncias, sendo um dos mais utilizados o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Conjuntamente à aplicação do AUDIT podem ser realizadas intervenções breves que possuem baixo custo e têm se mostrado efetivas para problemas relacionados ao álcool. O foco da IB é a mudança de comportamento do paciente por meio de atendimento com tempo limitado, podendo ser realizado por profissionais de diferentes formações (Babor, Biddle, Saunders & Monteiro, 2006).

A IB é pautada na prevenção primária ou secundária. Esta intervenção objetiva identificar a presença de um problema, motivar o indivíduo para a mudança de comportamento e sugerir formas para que esta mudança possa ocorrer. A IB pode ser utilizada para prevenir ou reduzir o consumo de álcool e/ou outras drogas e para orientar, de modo focal e objetivo, sobre os efeitos e consequências relacionados ao consumo abusivo de drogas, ela tem duração de 15 a 45 minutos e pode ser aplicada por diversos profissionais (de Micheli & Formigoni, 2006).

A IB é baseada na sigla FRAMES, que segundo Miller e Rollnick (2001) correspondem a princípios que fornecem um direcionamento para o conteúdo das intervenções. Os FRAMES são baseados nas palavras: *Feedback, Responsibility, Advice, Menu of Options, Empathy, e Self-efficacy* e serão explicitados a seguir:

- Retorno (*Feedback*): O *feedback* compreende o retorno dado ao indivíduo sobre sua pontuação no instrumento de triagem que frequentemente é o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT).

-Responsabilidade (*Responsability*): Nesta etapa mostra-se ao indivíduo 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.

-Aconselhamento (*Advice*): Serão oferecidas aos participantes orientações claras sobre as consequências do uso de drogas, assim como informações sobre a relação de seus problemas atuais com o uso de substâncias.

- Menu de Opções (*Menu of options*): É oferecido ao participante um menu de opções com várias estratégias a fim de modificar ou cessar o comportamento do uso de drogas.

-Empatia (*Empathy*): A empatia significa demonstrar ao indivíduo um entendimento sobre suas dificuldades sobre o uso de drogas sem ser confrontativo.

- Autoeficácia (*Self-efficacy*): A autoeficácia refere-se ao encorajamento que deve ser passado ao participante, auxiliando-o a confiar em seus próprios recursos.

Torna-se importante investigar o estágio de motivação para a mudança de comportamento que o indivíduo se encontra antes de aplicar as IBs. Os autores Prochaska e DiClemente (1983) propõem um modelo transteórico para a mudança de comportamento, 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 Entrevista Motivacional (EM). Tais estágios são descritos a seguir como: Pré-contemplação: onde os indivíduos não estão prontos ou não querem mudar o comportamento; Contemplação: os contempladores estão abertos a receberem informações, mas não sabem ao certo se desejam mudar o comportamento; Determinação: os indivíduos avaliam as melhores estratégias para cessar o comportamento problema. Ação: Neste estágio os participantes 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; 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 (Miller e Rollnick, 2001).

Os estudos sobre a evidência das IBs têm sido amplamente disseminados em diferentes contextos, no entanto a maior quantidade de estudos dessa intervenção se concentra na atenção primária. Os estudos iniciais sobre a IB tinham o foco na eficácia dessa intervenção e na sua comparação com abordagens mais longas. Com o passar do tempo os estudos realizados focalizaram também nas barreiras e nos impedimentos para sua disseminação, além da testagem da IB para outros contextos e populações.

Um dos primeiros artigos de revisão sistemática acerca das IBs foi proposto por Bien, Miller e Tonigan (1993). Neste estudo foram encontrados 32 artigos envolvendo 6000 pacientes de 14 países. Os resultados evidenciaram que a IB não difere de abordagens mais longas quanto a

sua efetividade. No mesmo estudo os autores indicaram que a IB pode ser realizada nos contextos de atenção primária e programas de assistência a empregados. Este estudo também demonstrou que existem elementos “chave”, comuns que podem instigar a mudança de comportamento, corroborando com a proposta dos princípios das IBs, que incluem a sigla FRAMES.

A revisão sistemática de Pereira et al. (2013), identificou os estudos realizados sobre a IB entre os anos de 1997 e 2010. Os contextos de aplicação das intervenções foram variados neste estudo, 14 deles foram realizados em atendimentos primários a saúde, e seis em ambientes ambulatoriais, outros estudos abrangeram a população idosa, adolescentes, mulheres grávidas, e um estudo foi realizado no ambiente de trabalho. Dentre os trabalhos selecionados 23 estudos confirmaram os efeitos positivos e a efetividade das IBs na redução do consumo de álcool com exceção de três estudos. Entre os estudos que indicaram que a IB não surtiu efeito um deles foi realizado no contexto de saúde em pacientes com comorbidades psiquiátricas, outro se tratava de pacientes internados e em um deles a IB não diferiu do aconselhamento padrão em pacientes ambulatoriais.

O estudo realizado por Thom, Herring, Luger e Annand (2014) forneceu uma visão geral sobre a aplicação da Intervenção Breve para além dos cuidados de saúde. Estes autores relataram que embora a evidência da IB em outros contextos seja menos clara, a IB aplicada em farmácias, no contexto da justiça penal e no ambiente universitário pode reduzir o uso nocivo de álcool. Existem poucas evidências para o impacto da IB no contexto odontológico, nos locais de trabalho, em relação à população jovem e a população de rua. Os autores ainda relatam que existem barreiras para a aplicação da IB em outros contextos, sobretudo em relação à ausência de investimentos em longo prazo.

Apesar de as pesquisas sobre a IB serem predominantemente positivas quanto à redução do uso de álcool, alguns estudos não apresentaram diferenças significativas entre o aconselhamento padrão e a aplicação da IB. Alguns estudos vêm sendo criados levando em consideração os possíveis efeitos do *feedback* na efetividade da IB (Donovan et al., 2012). O estudo de Pengpid, Peltzer, Skaal e Heever (2013) no contexto hospitalar concluiu que não houve diferenças significativas na redução do consumo entre o grupo controle e o grupo que recebeu a IB, afirmando assim, que os instrumentos de rastreamento e a entrega de um folheto educativo, podem por si só, causar a redução do consumo. O estudo de McCambridge e Day, (2007) no contexto universitário também apontou semelhante resultado. O estudo de Lock et al., (2006),

conduzido na atenção primária à saúde concluiu que a Intervenção Breve também não superou os efeitos do aconselhamento padrão.

Em relação sobre a IB no ambiente de trabalho existem poucos estudos publicados. Os autores McPherson, Goplerud, Derr, Michenberg e Courtemache (2010) testaram 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 este estudo, foi viável 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) 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.

Sobre a IB no ambiente de trabalho brasileiro, Ferreira (2015) investigou os efeitos da IB em uma empresa metalúrgica através de um ensaio clínico randomizado não controlado. Os dados do piloto indicaram redução significativa no número de doses consumidas e no padrão de uso do álcool, porém um número maior de participantes é necessário para comprovar a eficácia desta intervenção.

Se considerarmos os avanços no campo da pesquisa sobre a IB atualmente existe uma crítica em torno das metodologias adotadas. Existe uma falta de padronização dos estudos realizados. Existe também a necessidade de elaborar ensaios clínicos randomizados com uma metodologia que permita a comprovação da eficácia da IB. Outra consideração a ser feita a respeito das intervenções breves, é que não se sabe ao certo qual ou quais componentes da IB interferem diretamente na diminuição do uso de álcool e outras drogas. O estudo de Sartes, Cruvinel e Ferreira (2017) fazem uma reflexão em torno dessa problemática e concluem que identificar as características que estão associadas à melhor resposta às intervenções breves poderia explicar uma série de inconsistências encontradas nos estudos, melhorar a efetividade da intervenção, das triagens e aumentar a disseminação de abordagens de intervenções breves.

Bricker (2015) aponta que os profissionais que trabalham com usuários de drogas possuem uma série de intervenções e ferramentas baseadas em evidência que podem guiar sua prática, porém algumas dessas intervenções apresentam um pequeno ou moderado tamanho do efeito. Avaliar o tamanho do efeito significa dizer que, para além da significância estatística também é preciso checar se os efeitos positivos da intervenção são suficientemente grandes para que ela seja considerada útil. Para Longabaugh e Magill (2012), nos últimos anos, vem surgindo uma nova tendência para avaliação das intervenções breves oferecidas para usuários de substâncias. No século XXI, os estudos têm como prioridade compreender os processos do tratamento, ou seja, os mecanismos de mudança e ingredientes ativos. A meta é compreender como o tratamento trabalha e para quem, e não somente se ele funciona.

Magill e Longabaugh (2013) apontam que para que uma Intervenção Breve seja considerada baseada em evidência, ensaios clínicos randomizados bem conduzidos são considerados padrão-ouro para a demonstração de sua eficácia. A identificação dos chamados ingredientes ativos seria de grande relevância. Os ingredientes ativos referem-se aos elementos-chave do tratamento. São processos e intervenções dentro do tratamento que predizem resultados incrementais e que são distintos dos processos de mudança internos dos clientes. Vários elementos fazem parte do tratamento, como por exemplo: as características do paciente, o contexto de vida, a aliança terapêutica, a instauração de esperança no cliente, a empatia do profissional, entre outros.

Como mencionado acima, torna-se relevante investir em ensaios clínicos randomizados a fim de testar os efeitos da IB no ambiente de trabalho. Com isso utilizaremos a estratégia *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), que tem como objetivo criar um modelo para as pesquisas clínicas e também garantir uma maior eficácia e efetividade para os estudos. Esta iniciativa tem como foco fornecer uma lista com os componentes essenciais de um estudo, este modelo compreende uma lista de verificação (*checklist*) contendo 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 e em ações terapêuticas e preventivas em saúde (Malta, et al., 2010).

Diante dos dados acima se faz necessária à avaliação de métodos de prevenção do consumo de álcool no ambiente de trabalho no Brasil. Este estudo pretende analisar quantitativamente os efeitos da Intervenção Breve no ambiente de trabalho de uma

universidade pública do interior de Minas Gerais- Brasil, para problemas relacionados ao consumo de álcool. Tendo em vista a causalidade múltipla acerca do uso dessa substância, esta pesquisa também terá como objetivos associar o uso de álcool a outras questões que envolvam a saúde física e mental do trabalhador, averiguar o padrão de consumo do álcool entre os servidores, avaliar a prontidão para a mudança de comportamento quanto ao uso de bebidas alcoólicas, e averiguar questões sobre a qualidade de vida dos colaboradores. Considerando a necessidade de avaliar os ingredientes ativos da IB, o presente estudo também tem como objetivo avaliar qualitativamente os FRAMES, que são os componentes das IBs. Neste estudo o objetivo é fornecer informações mais detalhadas e qualitativas de como foi a percepção dos servidores acerca da intervenção realizada. De forma complementar, o presente estudo também objetiva fazer um levantamento com possíveis perfis de adoecimento entre a população de servidores.

2- OBJETIVOS

A presente dissertação abrange três estudos que serão expostos a seguir:

ESTUDO 01:

Objetivos Gerais: realizar um levantamento e identificar perfis sobre a saúde do servidor técnico universitário.

Objetivos Específicos

- Avaliar a prevalência de sintomas físicos, sintomas psicológicos, e sintomas físicos conjuntamente com psicológicos na amostra estudada;
- Identificar perfis de agrupamentos entre os servidores considerando características sociodemográficas, ocupacionais, uso de álcool e características relacionadas à saúde física e psicológica.

ESTUDO 02:

Objetivo Geral: realizar um ensaio clínico randomizado para avaliar a efetividade da Intervenção Breve para problemas relacionados ao uso de álcool em servidores universitários.

Objetivos Específicos:

- Avaliar os efeitos da IB para o uso de álcool entre os servidores que pontuaram entre o uso de risco e nocivo quanto ao uso de álcool.
- Avaliar o padrão de consumo de álcool, as doses consumidas em um dia normal, as doses consumidas nos finais de semana e no meio da semana nos períodos pré-intervenção, três e doze meses após a IB;
- Averiguar entre os respondentes que participaram do grupo da IB, quais características sociodemográficas, categorias de saúde e qualidade de vida, ou categorias comportamentais influenciaram para o possível resultado positivo da intervenção.

ESTUDO 03:

Objetivos Gerais: avaliar qualitativamente a percepção dos servidores universitários sobre o impacto na redução do consumo de álcool e o processo da IB realizada no contexto do trabalho universitário.

Objetivos Específicos

- Avaliar a percepção dos servidores universitários sobre o impacto de cada princípio da IB (FRAMES) na redução do consumo de álcool;
- Avaliar a percepção dos servidores universitários sobre os fatores motivacionais e benefícios com a redução do consumo de álcool a partir da IB.

3- METODOLOGIA

Os três estudos que fazem parte da presente dissertação foram delineados conforme a metodologia geral que será detalhada a seguir:

LOCAL

A pesquisa foi realizada no Campus de uma universidade do interior de Minas Gerais. Esta universidade possui 50 anos de existência e conta com a colaboração de servidores técnicos-administrativos da educação (TAEs), profissionais de saúde gestores e docentes do ensino superior.

PARTICIPANTES

Foram convidados a participar do estudo todos os 1433 servidores técnicos administrativos lotados na universidade. Foram incluídos no estudo indivíduos maiores de 18 anos, pertencentes à carreira de Técnico Administrativo da Educação (TAE) da universidade, que aceitaram participar do mesmo, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O corpo técnico-administrativo da educação da universidade engloba profissionais que desempenham cargos e funções próprias das áreas administrativas, técnicas, de pesquisa e de serviços. Estes servidores são efetivos, apresentam nível de escolaridade variada, e exercem uma grande variedade de funções, tais como auxiliares e assistentes administrativos, coordenadores administrativos, técnicos de laboratório, engenheiros, pedreiros, marceneiros, vigilantes, motoristas, médicos, assistente sociais, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, técnicos em informática, técnicos em enfermagem, entre outros. Foram delimitados como critérios de não inclusão no estudo professores universitários, e funcionários terceirizados que não possuíam

cargo efetivo na instituição. Os indivíduos que não podiam participar da pesquisa na primeira abordagem foram convidados a participar do estudo posteriormente. Os servidores que estavam afastados do trabalho ou de licença médica não foram incluídos na amostra. Dos indivíduos convidados a participar, 123 recusaram por motivos diversos, 295 tinham sido removidos do Campus, estavam de licença médica, licença por estudos, ou licença maternidade e não puderam participar. Portanto, a amostra foi classificada como censo, com o total de 1011 servidores.

INSTRUMENTOS

-Questionário sociodemográfico constando idade, sexo, nível de escolaridade, profissão, tempo de trabalho na empresa, renda, religião, estado civil e número de dependentes.

-AUDIT - *Alcohol Disorders Identification Test* - (Babor, 2006): aplicado como ferramenta de medição do padrão de uso de cada funcionário. O instrumento é composto de dez questões de autorrelato e foi desenvolvido para identificar os vários padrões de uso de álcool na população. Foi utilizado o período para a resposta sobre o consumo de álcool de três meses anteriores à entrevista, de acordo com a literatura da área. Para este estudo foi utilizado o escore total, calculado a partir da soma simples das questões, que pode variar de 0 a 40. O instrumento também classifica o indivíduo em zona de baixo risco (0 a 7 pontos), zona de uso nocivo (8 a 19 pontos) e sugestivo de dependência (20 a 40 pontos).

-Escala de Qualidade de Vida proposto pela OMS – WHOQOL- BREF- composto por 26 questões que avaliam a qualidade de vida em cinco domínios principais: Domínio I - Domínio físico; Domínio II - Domínio psicológico; Domínio III - Nível de Independência; Domínio IV - Relações sociais e relações pessoais; Domínio V- Ambiente. Cada domínio é representado por várias facetas e suas questões foram formuladas com escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom). A validação da versão brasileira foi realizada por Fleck, 1999. A referida escala apresentou boas propriedades psicométricas.

-Áreas “Médica” e “Psiquiátrica” do ASI 6 Light - (*Addiction Severity Index versão 6 Light*) (Fernandes, Colugnati & Sartes, 2015). Utilizadas para avaliação do escore de gravidade de

problemas nas áreas Médica e Psiquiátrica. A Área “Médica” é composta por 13 questões sobre saúde física. A área “Psiquiátrica” é composta por 11 questões sobre problemas psiquiátricos ou psicológicos. As respostas são fornecidas a partir de uma escala Likert de cinco pontos, que variam de 0-nada a 5- extremamente.

- Régua de Prontidão para Mudança - trata-se de uma escala de autoavaliação analógica que verifica em qual estágio de prontidão para a mudança o indivíduo se encontra. O entrevistador deve perguntar ao entrevistado qual ponto da régua – de 0 a 10 - reflete melhor o quanto ele se sente preparado para modificar o comportamento em questão, sendo que 0 indica que ele não se sente pronto e 10 indica que ele já está se esforçando de maneira ativa para modificar o seu comportamento (Velasquez et al., 2001).

PROCEDIMENTOS

Inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade para aprovação (Parecer 1.164.078). O projeto também foi submetido à plataforma Rebec para registro do ensaio clínico randomizado (RBR- 2fvdg2). Logo após, o setor Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) e o Sindicato dos Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação das Instituições Federais de Ensino foram contatados para a apresentação da proposta de pesquisa e para solicitar apoio na divulgação do projeto.

Procedimentos específicos para a divulgação e adesão ao estudo

Quanto ao processo de divulgação, este teve a duração de três meses antes da realização do estudo. O projeto foi denominado “Programa Saúde e Bem Estar no Trabalho” a fim de retirar o foco da palavra “droga” e de disseminar a ideia de um programa amplo de promoção da saúde e de bem estar dos trabalhadores. Foram elaborados cartazes e folders do projeto que foram impressos e divulgados por toda a universidade. Essa divulgação também foi enviada por email dos TAEs e coordenadores da universidade convidando- os a participar. Também foi realizada uma matéria na Diretoria de Comunicação da universidade a fim de divulgar o estudo e foi elaborada uma página nas redes sociais (*Facebook*) com notícias sobre a saúde do trabalhador e sobre a pesquisa em andamento. Além das estratégias acima, as pesquisadoras divulgaram o

início do projeto em reuniões do sindicato e em eventos do SIASS a fim de fazer uma sensibilização de grande porte acerca do início do programa.

Antes da realização da pesquisa foi realizado um treinamento para os pesquisadores a fim de prepará-los para a realização das entrevistas e das intervenções. A equipe de pesquisadores foi composta por uma estudante de doutorado, uma do mestrado e três estudantes da graduação em Psicologia. O treinamento inicial teve carga horária de 30 horas, e foi oferecido por uma docente e pela doutoranda experientes no método. Os pesquisadores receberam supervisão semanal para a coleta de dados, para a IB e para discutir melhores estratégias de horários e cronograma.

Antes da realização do estudo foi elaborado um pré-teste com 40 indivíduos lotados em setores diferentes da universidade, a fim de averiguar a adequação metodológica dos instrumentos. Os servidores do SIASS propuseram á equipe de pesquisadores um *feedback* sobre a pesquisa e sobre a postura dos entrevistadores, e decorrente disso, os instrumentos foram modificados para melhorar a adesão dos servidores. Após a modificação de um dos instrumentos, a equipe reaplicou o questionário modificado e os dados do pré-teste foram incluídos na amostra final do estudo.

No decorrer da pesquisa, mediante um cronograma elaborado pelas pesquisadoras, e em posse de uma lista com os nomes e setores de todos os TAEs da universidade, os contatos com os diretores de cada departamento foram realizados presencialmente ou via email. O cronograma foi elaborado de forma que equilibrasse a alternância entre os setores administrativos e as unidades estudantis da instituição. No email enviado aos diretores estava descrito a carta de autorização para a realização da pesquisa, conjuntamente com um resumo do projeto e o cartaz de divulgação. Alguns contatos com os responsáveis pelo setor foram agendados via telefone, e as pesquisadoras compareciam em reuniões com os diretores dos departamentos a fim de pedir a autorização para a realização da pesquisa. Após a autorização do diretor de cada departamento, os TAEs foram abordados nos locais de trabalho a fim de agendar um melhor horário para a realização das entrevistas, e a fim de estabelecer uma sala individual para a aplicação dos questionários. Nessa abordagem, foram explicitados os objetivos do estudo, incluindo a avaliação em saúde geral e a qualidade de vida no trabalho. Neste momento foi reforçada a questão do sigilo, para que o participante ficasse á vontade para participar das entrevistas. Foi esclarecido que os nomes não seriam colocados nos questionários de aplicação.

As intervenções tiveram início com a leitura e assinatura do TCLE. Logo após se deu a aplicação dos questionários que foram seguidos de um *feedback* geral sobre a pontuação ou questões específicas dos mesmos. Os questionários aplicados seguiram a seguinte sequência: Questionário WHOQOL-BREF para averiguar a qualidade de vida do servidor; AUDIT a fim de identificar o padrão de uso para o consumo de álcool; Régua de Prontidão, caso fosse identificado o padrão de uso de risco ou nocivo de álcool através do AUDIT; Área “Médica” e “Psiquiátrica” do *Addiction Severity Index 6 (ASI 6 Light)* a fim de relacionar questões de saúde física e mental com o uso de álcool; e por último o questionário sociodemográfico. O acolhimento aos servidores e a escuta ativa foram administrados cuidadosamente a cada entrevista realizada. Ao final de cada entrevista individual foi elaborado um *feedback* sobre a saúde do participante, sobre sua qualidade de vida e uso de álcool. Caso alguma queixa de saúde ou de qualidade de vida estivesse presente, foram realizados diversos encaminhamentos para profissionais de saúde, como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, clínicas especializadas em transtornos mentais, clínicas de reabilitação para o uso de álcool e outras drogas e programas de lazer gratuitos na cidade. Durante a realização do estudo, o acolhimento e a escuta ativa das queixas dos servidores começaram a despertar o interesse para a participação do estudo, e exerceram um papel importante para a grande adesão ao projeto. Outros funcionários terceirizados ou que não preenchiam os critérios de inclusão pediram para participar do estudo e foram retirados da análise de dados.

4- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA GERAL

A amostra total foi constituída de 1011 servidores, sendo 528 (52,2) mulheres e 483 (47,8) homens, com média de idade de $43,3 \pm 12,0$ anos. Em sua maioria estes indivíduos possuíam pós-graduação, tinham mais de 20 anos de trabalho, eram católicos, casados, com renda entre 2500,00 a 4500,00 reais e grande parte estava lotada na área administrativa. Outras características podem ser vistas na tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Características sociodemográficas do total de participantes

Características Sócio demográficas	N (%)
	1011 (100)
Idade	43,3 ± 12,0
Sexo	
Masculino	483 (47,8)
Feminino	528 (52,2)
Escolaridade	
Até 4ª série fundamental	24 (2,4)
Fundamental completo	23 (2,3)
Médio completo	148 (14,6)
Superior completo	226 (22,4)
Pós-graduação	590 (58,4)
Unidade de trabalho	
Área administrativa	454 (44,9)
Área educacional	359 (35,5)
Área hospitalar	198 (19,6)
Tempo de trabalho	
Até 2 anos	185 (18,2)
2 a 5 anos	142 (14,0)
5 a 10 anos	171 (16,9)
10 a 20 anos	124 (12,3)
Mais de 20 anos	389 (38,5)
Religião	
Protestante	103 (10,2)
Católico	535 (52,9)
Espírita	166 (16,4)
Espiritualista/ Exotérico	19 (1,9)
Outras	61 (6,0)
Nenhuma	127 (12,6)
Renda	
De 788 a 2500 reais	67 (6,6)
De 2500 a 4500 reais	482 (47,5)
De 4500 a 6000 reais	279 (27,6)

Acima de 6000 reais	183 (18,1)
Estado Civil	
Solteiro	334 (33,0)
Casado	490 (48,5)
União Estável	81 (8,0)
Divorciado	88 (8,7)
Viúvo	14 (1,4)
Outros	4 (0,4)

5- CAPÍTULO 5

SAÚDE FÍSICA, MENTAL, USO DE ÁLCOOL E QUALIDADE DE VIDA DOS SERVIDORES UNIVERSITÁRIOS

RESUMO

Os trabalhadores universitários apresentam uma gama de sintomas físicos e psicológicos que necessitam de maior investigação a fim de influenciar na tomada de decisões quanto às políticas públicas, e quanto à assistência, planejamento e ações em prol da saúde do trabalhador. O objetivo do estudo foi fazer um levantamento sobre a saúde física e mental dos trabalhadores universitários, bem como analisar possíveis agrupamentos em relação ao perfil de saúde e doença dos servidores. O estudo está classificado como descritivo, quantitativo e transversal e contou com a participação de 1011 servidores universitários. Foram utilizadas análises descritivas e inferenciais, e a análise de agrupamentos por clusterização com o método Ward. Como resultados, as doenças mais prevalentes foram os problemas mentais e comportamentais, sobretudo ansiedade, depressão e insônia, e problemas osteomoleculares. Foram encontrados cinco agrupamentos entre os servidores que apresentaram perfis diferenciados em relação ao processo de saúde/ doença. Podemos concluir que entre a amostra pesquisada existe um perfil mais vulnerável para o processo de adoecimento físico e mental, representado pelo cluster 4, e que estes participantes requerem cuidados específicos na área de prevenção ao uso de álcool. De forma geral, programas de prevenção ao uso de drogas, e programas de promoção à saúde física e mental são necessários na referida universidade.

Palavras Chave: Saúde do trabalhador; Sintomas físicos e psicológicos; Local de Trabalho; Análise de agrupamentos

ABSTRACT

University workers have a range of physical and psychological symptoms that require further investigation. This is important in order to influence decision-making regarding public policies, as well as assistance, planning and actions for the worker's health. The objective of the study was to make a survey about the physical and mental health of university workers, as well as to analyze possible clusters in relation to the health and illness profile of the servers. The study is classified as descriptive, quantitative and transversal and counted on the participation of 1011 university servers. Descriptive and inferential analyzes were used, as well as cluster analysis using the Ward method. As a result, the most prevalent symptoms were mental and behavioral problems, especially anxiety, depression, insomnia, and osteomolecular problems. Five clusters were found among the servers that presented differentiated profiles in relation to the health / disease process. We can conclude that among the researched sample there is a more vulnerable profile for the process of physical and mental illness, represented by cluster 4, and that these participants require specific care in the area of prevention of alcohol use. In general, drug prevention programs and programs to promote physical and mental health are needed at the university.

Keywords: Health worker; Physical and psychological symptoms; Workplace; Analysis of clusters

INTRODUÇÃO

Documentos do Ministério da Saúde (Brasil, 2002) relatam que as doenças relacionadas ao trabalho referem-se a um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Essas doenças são manifestadas em longo prazo, muitas vezes dificultando o estabelecimento da relação entre uma doença e o ambiente de trabalho (Brasil, 2002). De acordo com o Ministério da Saúde, (Brasil, 2001) as doenças relacionadas ao trabalho podem causar o adoecimento ou até mesmo a morte do trabalhador, como consequência da profissão desempenhada.

Na União Europeia, os transtornos mentais e comportamentais estão entre os principais fatores relacionados ao absenteísmo, principalmente os casos de depressão, ansiedade e distúrbios associados ao estresse. Em um estudo realizado na Dinamarca, com 9.904 trabalhadores, observou-se risco aumentado de recorrência de absenteísmo no grupo de empregados que possuíam queixas de desordens mentais (Koopmans et al., 2011). Em relação ao adoecimento do servidor público, o estudo realizado por Guimarães (2006) teve como objetivo pesquisar a prevalência anual de Suspeição para Transtornos Mentais em trabalhadores de uma universidade estadual de São Paulo. O estudo mostrou associações significativas entre transtornos mentais e trabalhadores com baixo nível social e entre mulheres.

Segundo Silva, Tomé, Costa e Santana (2012), no estado de Alagoas, Brasil, no ano de 2009, 8.249 servidores públicos estaduais foram afastados das atividades laborais por diversas causas. Desses afastamentos, 1.668 (20,2%) foram por transtornos mentais e comportamentais, representados na CID-10 pelas doenças do código F. Considerando-se o total de 1.668 casos, o grupo dos transtornos de humor/ afetivos predominou com 1.015 casos, seguido pelo grupo dos transtornos neuróticos relacionados ao stress e transtornos somatoformes, com 440 relatos. Foi encontrada uma predominância significativa do sexo feminino nos afastamentos, com 82,0% dos casos.

Segundo Coutinho et al. (2008) os técnicos administrativos, por serem responsáveis pelas “atividades-meio”, nem sempre recebem atenção prioritária nas políticas públicas e internas das instituições de educação. Além disso, segundo Carneiro (2006) e Wallace, Lemaire e Ghali (2009), o trabalhador do setor público é, muitas vezes, estigmatizado e considerado privilegiado

por possuir um emprego estável. Devido a isso, muitos desconsideram que os mesmos também podem submeter-se a condições de trabalho que podem levar ao sofrimento e adoecimento.

Em termos de publicações sobre a saúde do trabalhador no Brasil, a importância de estudos dessa natureza pode ser evidenciada quando o Ministério da Saúde retratou a falta de políticas de gestão da informação e de investigações epidemiológicas sobre a saúde dos trabalhadores. Assim, publicadas, atualmente, as informações disponíveis não permitem conhecer de que adoecem e morrem os trabalhadores no Brasil, ou o perfil de morbimortalidade, informação essencial para a organização da assistência aos trabalhadores e o planejamento, execução e avaliação das ações, no âmbito dos serviços de saúde. Essas informações também são importantes para a orientação das ações sindicais em saúde e para os sistemas de gestão de saúde, segurança e ambiente pelas empresas (Brasil, 2001).

Tendo em vista a complexidade de fatores que permeiam o trabalho dos servidores universitários, a carência de publicações na área e a alta prevalência de doenças tanto físicas, como psicológicas entre servidores, o presente estudo teve como objetivo fazer um levantamento sobre a saúde física e mental, sobre a qualidade de vida, uso de álcool e características sociodemográficas entre trabalhadores de uma universidade pública de Minas Gerais. Também se configura como objetivo específico investigar se existem perfis de adoecimento dos servidores mediante a análise de agrupamentos.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa. O estudo é parte integrante do Programa de Saúde e Bem Estar no Trabalho, que abrange uma série de estudos sobre prevenção ao uso de álcool no ambiente de trabalho.

LOCAL

A pesquisa foi realizada no Campus de uma universidade do interior de Minas Gerais. Esta universidade possui 50 anos de existência e conta com a colaboração de servidores técnicos-administrativos da educação (TAEs), profissionais de saúde gestores e docentes do ensino superior.

PARTICIPANTES

Foram convidados a participar do estudo todos os 1433 servidores técnicos administrativos lotados na universidade. Foram incluídos no estudo indivíduos maiores de 18 anos, pertencentes à carreira de Técnico Administrativo da Educação (TAE) da universidade, que aceitaram participar do mesmo, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O corpo técnico-administrativo da educação da universidade engloba profissionais que desempenham cargos e funções próprias das áreas administrativas, técnicas, de pesquisa e de serviços. Estes servidores são efetivos, apresentam nível de escolaridade variada, e exercem uma grande variedade de funções, tais como auxiliares e assistentes administrativos, coordenadores administrativos, técnicos de laboratório, engenheiros, pedreiros, marceneiros, vigilantes, motoristas, médicos, assistente sociais, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, técnicos em informática, técnicos em enfermagem, entre outros. Foram delimitados como critérios de não inclusão no estudo professores universitários, funcionários terceirizados que não possuíam cargo efetivo na instituição e indivíduos impossibilitados de participar no momento das entrevistas. Dos indivíduos convidados a participar, 123 recusaram por motivos diversos, 295 tinham sido removidos do Campus, estavam de licença médica, licença por estudos, ou licença maternidade e não puderam participar. Portanto, a amostra foi classificada por censo, com o total de 1011 servidores.

INSTRUMENTOS

-Questionário sociodemográfico constando idade, sexo, nível de escolaridade, profissão, tempo de trabalho na empresa, renda, religião, estado civil e número de dependentes.

-AUDIT - *Alcohol Disorders Identification Test* - (Babor, 2006): aplicado como ferramenta de medição do padrão de uso de cada funcionário. O instrumento é composto de dez questões de autorrelato e foi desenvolvido para identificar os vários padrões de uso de álcool na população. Foi utilizado o período para a resposta sobre o consumo de álcool de três meses anteriores à entrevista, de acordo com a literatura da área. Para este estudo foi utilizado o escore total, calculado a partir da soma simples das questões, que pode variar de 0 a 40. O instrumento

também classifica o indivíduo em zona de baixo risco (0 a 7 pontos), zona de uso nocivo (8 a 19 pontos) e sugestivo de dependência (20 a 40 pontos).

-Escala de Qualidade de Vida proposto pela OMS – WHOQOL- BREF- composto por 26 questões que avaliam a qualidade de vida em cinco domínios principais: Domínio I - Domínio físico; Domínio II - Domínio psicológico; Domínio III - Nível de Independência; Domínio IV - Relações sociais e relações pessoais; Domínio V- Ambiente. Cada domínio é representado por várias facetas e suas questões foram formuladas com escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom). A validação da versão brasileira foi realizada por Fleck, 1999. A referida escala apresentou boas propriedades psicométricas.

-Áreas “Médica” e “Psiquiátrica” do ASI 6 Light - (*Addiction Severity Index versão 6 Light*) (Fernandes, Colugnati & Sartes, 2015). Utilizadas para avaliação do escore de gravidade de problemas nas áreas Médica e Psiquiátrica. A Área “Médica” é composta por 13 questões sobre saúde física. A área “Psiquiátrica” é composta por 11 questões sobre problemas psiquiátricos ou psicológicos. As respostas são fornecidas a partir de uma escala Likert de cinco pontos, que variam de 0-nada a 5- extremamente.

- Régua de Prontidão para Mudança - trata-se de uma escala de autoavaliação analógica que verifica em qual estágio de prontidão para a mudança o indivíduo se encontra. O entrevistador deve perguntar ao entrevistado qual ponto da régua – de 0 a 10 - reflete melhor o quanto ele se sente preparado para modificar o comportamento em questão, sendo que 0 indica que ele não se sente pronto e 10 indica que ele já está se esforçando de maneira ativa para modificar o seu comportamento (Velasquez et al., 2001).

PROCEDIMENTOS

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da universidade, (parecer Nº 1.376.664) a unidade Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) e o Sindicato dos Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação das Instituições Federais foram contatados para a apresentação da proposta de pesquisa. Em seguida os funcionários foram

contatados via email com a finalidade de explicar a proposta e pedir o apoio para a realização da intervenção. Neste email, foram explicitados os objetivos do estudo, incluindo a avaliação em saúde geral. Outros meios de divulgação também foram utilizados a fim de convidar os indivíduos a participar da pesquisa como: divulgação do projeto em reuniões e eventos, convites presenciais a cada funcionário, parcerias entre as instituições da universidade, cartazes, anúncios no site da universidade, entre outros.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e divulgação, foi realizado um pré-teste com 40 indivíduos para averiguar a adequação metodológica dos instrumentos. Para isto, foi feito um treinamento da equipe de pesquisa para realização das entrevistas utilizando os instrumentos padronizados. O treinamento foi oferecido por uma doutoranda e uma docente do curso de Psicologia. Mediante o consentimento do gestor do setor da universidade e do próprio servidor, foram agendados os dias e horários para a realização das entrevistas nos locais de trabalho dos servidores, em uma sala individual estando presentes somente o entrevistador e o entrevistado.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados foram coletados e digitados em um banco de dados da versão 21.0 do software Statistical Package for Social Science - SPSS® utilizando digitação cruzada para conferência dos dados. Após a construção deste banco de dados e organização das variáveis, os participantes foram classificados em quatro grupos: indivíduos saudáveis (1), com sintomas físicos (2), com sintomas psicológicos (3) e com ambos os sintomas, físicos e psicológicos (4). Foram realizadas análises descritivas dos dados utilizando frequência e porcentagem para as variáveis categóricas; e média e desvio-padrão para as variáveis numéricas. A fim de comparar os resultados entre os grupos de indivíduos, foram utilizados os testes Anova com *post hoc Tukey* para as variáveis numéricas, o *Chi quadrado* para as variáveis categóricas, e o *Kruskal Wallis* para as variáveis ordinais, foi considerada a significância estatística de 0,05.

A Análise de Cluster foi utilizada com o objetivo de identificar perfis semelhantes entre si. Nestes casos, os elementos de um mesmo grupo deveriam ser homogêneos com relação às características estudadas, enquanto os elementos de diferentes grupos fossem heterogêneos com relação a tais características. Para tal, foi preciso considerar medidas que descrevessem a similaridade entre os elementos de acordo com as características mensuradas. A medida utilizada

parte do fato de que, para cada elemento, há informações das variáveis estudadas em um vetor. Foi realizada, então, uma comparação entre estes elementos, baseando-se na distância vetorial dos mesmos. Foram agrupados aqueles em que esta medida é menor.

Nesta análise, foram utilizados métodos de agrupamento que são hierárquicos e aglomerativos. Cada elemento analisado constituiu um cluster de tamanho 1. Estes clusters foram combinados de forma a constituir conglomerados, em que são unidos primeiro aqueles mais similares, ou seja, com a menor distância vetorial possível. Cada novo conglomerado é a junção de conglomerados anteriores. Logo, se dois elementos aparecem juntos alguma vez, aparecem unidos em todos os estágios subsequentes. O método escolhido para análise foi o Método de Ward, ou Método de Mínima Variância, de acordo com Johnson e Wichern (1998), e Mingoti (2013). O software utilizado para realização de tais processos foi o Stata.

RESULTADOS

A amostra investigada foi constituída por 1011 servidores universitários, dos quais 483 (47,8) eram homens e 528 (52,2) eram mulheres, com média de idade de $43,3 \pm 12,0$ anos. Dentre os participantes do estudo, 554 (54,7) indivíduos não apresentaram queixas físicas ou psicológicas, porém 457 (45,3) apresentaram algum tipo de sintoma, sendo 236 (23,3) indivíduos com sintomas físicos, 108 (10,6) com sintomas psicológicos e 113 (11,1) indivíduos que relataram ao mesmo tempo, sintomas físicos e psicológicos para alguma doença. A tabela 1 apresenta os resultados das análises das variáveis sociodemográficas. Os grupos se diferiram com relação ao sexo, idade, tempo de trabalho, qualidade de vida e preocupação com a saúde.

Tabela 2: Características sociodemográficas dos servidores separadas por sintomas físicos e psicológicos

Características	Indivíduos com ausência de queixas	Indivíduos com sintomas físicos	Indivíduos com sintomas psicológicos	Indivíduos com sintomas físicos e psicológicos	P
	N = 387 (41,6)	N = 403 (46,6)	N = 70 (38,4)	N = 151 (44,0)	
Idade	43,8 ± 12,0	46,6 ± 11,5	38,4 ± 10,0	44,0 ± 12,0	*0,001
Sexo					
<i>Masculino</i>	204 (42)	209 (43)	25 (5)	49 (10)	*0,001
<i>Feminino</i>	183 (35)	194 (37)	45 (8)	102 (20)	
Unidade de trabalho					
<i>Área administrativa</i>	182 (40)	165 (36)	40 (9)	67 (15)	*0,05
<i>Área acadêmica</i>	123 (34)	165 (46)	20 (6)	51 (14)	
<i>Área hospitalar</i>	82 (41)	73 (37)	10 (5)	33 (17)	
Tempo de trabalho					
<i>Menos de 1 ano</i>	23 (51)	14 (31)	3 (7)	5 (11)	*0,001
<i>1 a 2 anos</i>	71 (51)	36 (26)	13 (9)	18 (13)	
<i>2 a 5 anos</i>	54 (38)	48 (34)	18 (13)	22 (15)	
<i>5 a 10 anos</i>	63 (37)	65 (38)	12 (7)	31 (18)	
<i>10 a 20 anos</i>	44 (35)	48 (39)	11 (9)	21 (17)	
<i>Mais de 20 anos</i>	132 (34)	192 (49)	11 (3)	54 (14)	
WHOQOL (0 a 5)					
Domínio Físico	3,3 ± 0,3	3,4 ± 0,4	3,1 ± 0,4	3,2 ± 0,4	*0,001
Domínio Psicológico	3,7 ± 0,3	3,7 ± 0,3	3,5 ± 0,4	3,4 ± 0,4	*0,001
Relações Sociais	4,0 ± 0,5	4,0 ± 0,5	3,7 ± 0,6	3,7 ± 0,6	*0,001
Meio Ambiente	3,8 ± 0,4	3,7 ± 0,4	3,5 ± 0,5	3,5 ± 0,5	*0,02
ASI 06					
Grau de preocupação - Saúde Física	1,0 ± 0,0	1,4 ± 0,0	1,2 ± 0,1	2,0 ± 0,1	0,16
Necessidade de Tratamento – Saúde Física	1,5 ± 0,0	2,0 ± 0,0	1,4 ± 0,1	2,4 ± 0,1	*0,001
Grau de preocupação com problema Psiquiátrico	0,1 ± 0,0	0,2 ± 0,0	1,3 ± 0,1	1,6 ± 0,1	*0,001
Necessidade de Tratamento Psiquiátrico	0,4 ± 0,0	0,4 ± 0,0	1,5 ± 0,1	1,8 ± 0,1	*0,001
Uso de álcool- AUDIT					
Pontuação AUDIT	3,7 ± 3,9	3,8 ± 4,3	4,1 ± 4,2	3,5 ± 4,6	0,85
Doses álcool final de semana	2,8 ± 3,4	2,7 ± 3,7	2,7 ± 2,9	2,1 ± 2,9	0,17
Doses álcool meio da semana	0,5 ± 1,6	0,6 ± 2,6	0,1 ± 1,4	0,4 ± 1,3	0,32

Nota: Tabela elaborada pelos autores/ *Valores com significância estatística nos testes Qui quadrado, ANOVA, Kruskal Wallis/ Os valores do ASI 06 foram demonstrados com medianas e intervalos interquartis, demais resultados foram mostrados com média e desvio padrão ou quantidade e frequência.

Percebe-se que os servidores que apresentaram queixas psicológicas foram caracterizados por indivíduos mais novos. Pelo teste ANOVA, com o *post hoc* Tukey, os indivíduos com problemas psicológicos apresentaram média de idade menor que os outros três grupos analisados ($p=0,001$). Outra observação relevante é em relação ao tempo de trabalho, os indivíduos com mais de 20 anos de trabalho apresentaram maior prevalência de problemas físicos e poucos problemas psicológicos ($p=0,001$). Em relação às unidades de trabalho, a unidade acadêmica apresentou maiores queixas em relação a saúde física do que as demais.

Em relação à qualidade de vida, em aspectos gerais, indivíduos sem queixas em relação à saúde e indivíduos com queixas físicas apresentam maiores médias de qualidade de vida nos quatro domínios investigados, se comparados aos grupos que apresentam queixas psicológicas, ou queixas físicas e psicológicas ($p=0,001$). Em relação à importância da realização de tratamentos físicos e psicológicos, indivíduos que não possuem sintomas são pouco preocupados, e indivíduos com problemas físicos e físicos e psicológicos apresentam maior preocupação do que indivíduos com problemas psicológicos.

A análise de agrupamentos

A fim de complementar as análises sobre possíveis perfis de adoecimento dos servidores, estavam disponíveis para a análise de agrupamentos os dados referentes aos 972 servidores que foram incluídos para a análise de clusters. Trinta e nove indivíduos foram excluídos em virtude de dados incompletos. Foram identificados cinco clusters ou perfis, como se pode observar nas tabelas 3 e 4. A tabela 3 mostra os clusters e as variáveis sociodemográficas de cada agrupamento, já a tabela 4 enfatiza os perfis em relação à saúde dos servidores.

Tabela 3 – Análise de cluster com variáveis sociodemográficas dos servidores universitários

Questões		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
N		227 (23,3)	129 (13,2)	192 (19,7)	221 (22,7)	203 (20,8)
Idade	Média da idade em anos	31 ± 4,0	31 ± 4,1	42 ± 3,7	56 ± 5,1	55 ± 5,2
Estuda atualmente	Não	133 (20,7)	76 (11,5)	238 (37,1)	177 (27,6)	150 (23,4)
	Sim	94 (31,0)	53 (17,4)	59 (19,4)	44 (14,5)	53 (17,4)
Sexo	Masculino	109 (23,2)	52 (11,0)	78 (16,6)	120 (25,5)	110 (23,4)
	Feminino	118 (23,4)	77 (15,3)	114 (22,6)	101 (20,0)	93 (18,4)
Estado Civil	Solteiro	125 (38,9)	69 (21,4)	46 (14,3)	44 (13,7)	37 (11,5)
	Casado	78 (16,4)	42 (8,8)	108 (22,8)	127 (26,8)	118 (24,9)
	União Estável	15 (19,4)	14 (18,1)	19 (24,6)	14 (18,1)	15 (19,4)
	Outros	9 (8,9)	4 (3,9)	19 (18,8)	36 (35,6)	33 (32,6)
	Analfabeto			1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)
Escolaridade	Até 4a série Ensino Fundamental	1 (5,5)		1 (5,5)	11 (61,1)	5 (27,7)
	Fundamental Completo			1 (4,3)	14 (60,8)	8 (34,7)
	Médio Completo	20 (14,3)	12 (8,6)	13 (9,3)	50 (35,9)	44 (31,6)
	Superior completo	60 (27,3)	34 (15,5)	38 (17,3)	47 (21,4)	40 (18,2)
	Pós Graduação	146 (25,6)	82 (14,3)	138 (24,2)	98 (17,1)	106 (18,5)
	Administrativa	122 (26,4)	67 (14,5)	102 (22,1)	85 (18,4)	85 (18,4)
	Acadêmica	86 (23,8)	56 (15,5)	84 (23,2)	82 (22,7)	53 (14,6)
Unidades Universidade	Hospitalar	19 (9,0)	6 (2,8)	66 (31,4)	54 (25,7)	65 (30,9)
	Menos de 1 ano	26 (60,4)	8 (18,6)	5 (11,6)	1 (2,3)	3 (6,9)
Tempo de Trabalho	De 1 a 2 anos	80 (59,7)	39 (29,1)	10 (7,4)		5 (3,7)
	De 2 a 5 anos	54 (39,4)	39 (28,4)	29 (21,1)	6 (4,3)	9 (6,5)
	De 5 a 10 anos	50 (30,3)	37 (22,4)	54 (32,7)	8 (4,8)	16 (9,6)
	De 10 a 20 anos	16 (13,6)	6 (5,1)	41 (35,0)	28 (23,9)	26 (22,2)
	Mais de 20 anos	1 (0,2)		53 (14,0)	178 (47,3)	144 (38,2)
	Protestante	28 (28,8)	6 (6,1)	23 (23,7)	27 (27,8)	13 (13,4)
Religião	Católica	107 (20,8)	52 (10,1)	87 (16,9)	143 (27,8)	124 (24,1)
	Espírita	35 (21,7)	29 (18,0)	40 (24,8)	26 (16,1)	31 (19,2)
	Espiritualista/ Esotérico	3 (18,7)	2 (12,5)	2 (12,5)	4 (25,0)	5 (31,2)
	Outros	17 (28,3)	14 (23,3)	12 (20,0)	8 (13,3)	9 (15,0)
	Nenhuma	37 (29,6)	26 (20,8)	28 (22,4)	13 (10,4)	21 (16,8)
	Renda	Até 1500 reais				2 (7,6)
De 1500 a 3500 reais		94 (24,3)	55 (14,2)	49 (12,6)	48 (12,4)	140 (36,2)
De 3500 a 6000 reais		116 (27,2)	56 (13,1)	107 (25,1)	128 (30,0)	19 (4,4)
Acima de 6000 reais		17 (12,6)	18 (13,4)	36 (26,8)	43 (32,0)	20 (14,9)

Tabela 4: Análise de Clusters com cinco agrupamentos- análise dos perfis de saúde, qualidade de vida, e uso de álcool

	Questões	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Sintomas físicos	Ausência de queixas	220 (48)		88 (19)	7 (1)	146 (32)
	Visuais	6 (54)		2 (18)	1 (9)	2 (18)
	Auditivas	1 (100)				
	Ósseas	13 (19)	1 (1)	16 (22)		42 (58)
	Cardíacas		2 (67)	1 (33)		
	Neurológicas	4 (27)	4 (27)	5 (33)		2 (13)
	Endócrinas	3 (12)	5 (19)	5 (19)	4 (15)	9 (35)
	Dermatológicas		2 (50)	1 (25)	1 (25)	
	Digestivas		14 (44)	7 (22)	11 (34)	
	Respiratórias		33 (53)	16 (26)	12 (19)	1 (2)
	Crônicas (diabetes, hipertensão e outros)		11 (11)	15 (15)	74 (74)	
	Outros		8 (47)	4 (23)	5 (30)	
	Mais de uma categoria		49 (26)	32 (17)	104 (56)	
Sintomas psicológicos	Depressão	11 (18)	14 (23)	9 (15)	17 (27)	11 (18)
	Ansiedade	34 (21)	29 (18)	33 (20)	41 (25)	28 (17)
	Insônia	79 (22)	69 (19)	86 (24)	76 (21)	43 (12)
	Alucinações	2 (40)	1 (20)	1 (20)		1 (20)
	Dificuldade concentração	18 (22)	21 (25)	9 (11)	22 (27)	13 (16)
	Impulsividade		2 (22)	2 (22)	3 (34)	2 (22)
	Ideação suicida		2 (28)	1 (14)	1 (14)	3 (43)
Presença de sintomas físicos e psicológicos	Ausência de sintomas	164 (44)		75 (20)	7 (2)	128 (34)
	Sintomas físicos	20 (5)	85 (22)	81 (21)	163 (42)	39 (10)
	Sintomas psicológicos	35 (52)		13 (19)	1 (1)	18 (27)
	Sintomas físicos e psicológicos	8 (6)	44 (31)	23 (16)	50 (35)	18 (13)
Preocupação com saúde física	Nada	98 (27)	40 (11)	63 (17)	80 (22)	83 (23)
	Levemente	36 (22)	25 (15)	41 (25)	31 (18)	34 (20)
	Moderadamente	45 (19)	40 (17)	39 (17)	49 (21)	57 (25)
	Consideravelmente	38 (24)	17 (11)	37 (23)	42 (27)	24 (15)
	Extremamente	10 (19)	7 (13)	12 (23)	19 (36)	5 (9)
Necessidade Tratamento Físico	Nada	84 (28)	37 (12)	57 (19)	56 (18)	69 (23)
	Levemente	28 (25)	15 (13)	15 (13)	23 (20)	32 (28)
	Moderadamente	20 (15)	21 (16)	29 (21)	36 (27)	29 (21)
	Consideravelmente	44 (19)	34 (15)	52 (23)	52 (23)	44 (19)
	Extremamente	51 (26)	22 (11)	39 (20)	54 (28)	29 (15)

	Nada	177 (36)	84 (17)	63 (13)	80 (16)	83 (17)
Preocupação com saúde psicológica	Levemente	11 (8)	12 (9)	41 (32)	31 (24)	34 (26)
	Moderadamente	20 (11)	16 (9)	39 (22)	49 (27)	57 (31)
	Consideravelmente	12 (10)	10 (8)	37 (30)	42 (34)	24 (19)
	Extremamente	7 (14)	7 (14)	12 (24)	19 (38)	5 (10)
	Nada	152 (21)	78 (11)	148 (20)	173 (24)	174 (24)
Necessidade de tratamento psicológico	Levemente	16 (27)	9 (15)	10 (17)	10 (17)	14 (24)
	Moderadamente	14 (23)	7 (12)	18 (30)	13 (22)	8 (13)
	Consideravelmente	29 (37)	20 (26)	9 (11)	15 (19)	5 (7)
	Extremamente	16 (32)	15 (30)	7 (14)	10 (20)	2 (4)
	Baixo risco	183 (22)	111 (13)	186 (22)	167 (20)	179 (22)
Padrão de uso do álcool	Uso de risco/ nocivo	43 (31)	17 (12)	5 (4)	50 (36)	24 (17)
	Dependência	1 (14)	1 (14)	1 (14)	4 (57)	0
Questões sobre o álcool	Pontuação Audit	4,2	4,4	2,5	4,5	3,5
	Consumo de Bebida nos Fins de Semana	2,8	2,9	1,6	3,5	2,7
	Consumo de Bebida nos Dias de Semana	0,4	0,7	0,3	0,8	0,4
	Tabaco	12 (14)	12 (14)	12 (14)	26 (30)	24 (28)
Outras drogas	Maconha	4 (33)	4 (33)	3 (25)	1 (9)	
	Escore Domínio Físico	3,3	3,3	3,3	3,5	3,4
Qualidade de Vida	Escore Domínio Psicológico	3,8	3,7	3,7	3,8	3,8
	Escore Domínio Relações Sociais	4,1	4,0	3,9	4,0	4,0
	Escore Domínio Meio Ambiente	3,9	3,8	3,8	3,8	3,8

Caracterizando mais em pormenor cada um dos cinco clusters podemos verificar que o cluster 1, o qual agregou 227 participantes, foi composto por indivíduos mais novos, que ainda estudavam, de ambos os sexos, solteiros, com pós-graduação, com menos tempo de trabalho, lotados na área administrativa, que faziam uso de risco de álcool e com altos índices de insônia e ansiedade, e problemas psicológicos. Neste agrupamento houve uma baixa prevalência de indivíduos com problemas físicos, os participantes também relataram uso de tabaco e maconha. Este cluster também se destacou pelo fato da preocupação com a saúde física e psicológica ser menor em relação aos outros clusters. Em relação à qualidade de vida, esses indivíduos possuíam alta qualidade de vida nos domínio meio ambiente e relações sociais.

O cluster 2 foi composto por 129 indivíduos mais novos, em sua maioria mulheres, que apresentaram elevado nível de doenças físicas, como queixas respiratórias, endócrinas, digestivas, doenças crônicas e mais de uma categoria de doenças físicas. Estes indivíduos também apresentaram queixas psicológicas como depressão, dificuldade de concentração e

ideação suicida. Este grupo apresentou número mediano de indivíduos que consumiam álcool no padrão de uso de risco ou nocivo, e maconha e tabaco. Em relação a qualidade de vida, possuíam menor média de qualidade de vida no domínio físico e alta média no domínio de relações sociais.

O cluster 3 foi formado por 192 indivíduos que estavam lotados majoritariamente na unidade hospitalar. Este agrupamento foi formado por mulheres, com média de idade de 42 anos, com 10 a 20 anos de trabalho na universidade, pós graduação, renda mais alta e que faziam uso de baixo risco quanto ao consumo de álcool. Este grupo possuía altas queixas de doenças ósseas, respiratórias, ansiedade e insônia.

O cluster 4 foi formado por 121 indivíduos, em sua maioria homens, com média de idade de 56 anos, que faziam uso de risco ou nocivo para o uso de álcool. Neste grupo também existia uma maior prevalência de indivíduos dependentes de álcool, e fumantes em relação aos outros clusters. As médias em relação ao padrão de uso do álcool; uso de doses de álcool nos finais de semana e no meio da semana foram maiores em relação aos demais clusters. Esses indivíduos possuíam escolaridade mais baixa em relação aos outros agrupamentos, com grande incidência de indivíduos com ensino médio completo e ensino fundamental. Em sua maioria, trabalhavam há mais de 20 anos na universidade e possuíam renda mais baixa. Esses indivíduos detinham preocupação considerável com problemas físicos e psicológicos e também viam necessidade de tratamento para estas questões. Cabe ressaltar o grande número de indivíduos que possuíam queixas físicas, principalmente doenças crônicas, digestivas, respiratórias e mais de um problema de saúde. Esses indivíduos também relataram queixas psicológicas como depressão, ansiedade, dificuldade de concentração e impulsividade. Em relação à qualidade de vida, possuíam uma alta média de qualidade de vida no domínio das relações sociais e meio ambiente.

O agrupamento 5 foi formado por 203 indivíduos, em sua maioria homens, com idade média de 55 anos que trabalhavam nas unidades hospitalares. Os indivíduos foram predominantemente casados, possuíam pós-graduação ou ensino superior completo. Em sua maioria possuíam mais de 20 anos de trabalho. Este agrupamento se destaca pela quantidade de doenças físicas, sobretudo ósseas. Os sintomas psicológicos também foram proeminentes, sobretudo a ideiação suicida. De uma forma geral, apresentaram pouca preocupação com a saúde física e psicológica e consideraram pouco importante fazer tratamento para ambas. Em relação ao uso de álcool possuíam um número razoável de pessoas que bebiam no padrão de uso de risco e nocivo, e existiu um grande número de fumantes neste agrupamento.

DISCUSSÃO

Pelos achados do presente estudo destaca-se que entre a população de servidores universitários existia uma alta prevalência de diversificados tipos de doenças físicas e mentais. Cabe ressaltar que na amostra estudada 58,4% dos servidores relataram algum tipo de sintoma físico ou psicológico, o que demonstra uma alta incidência de adoecimento nesta população. Documentos do Ministério da Saúde, (Brasil, 2001) afirmam que os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Os sintomas que mais emergiram no presente estudo fazem menção aos transtornos mentais e comportamentais, sobretudo a ansiedade, depressão e insônia e aos problemas ósseos e doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Vale, Maciel, do Nascimento, Vasconcelos e Pimentel (2015), que sinalizaram altas concessões de licenças médicas relacionadas ao trabalho dos servidores públicos do Estado do Ceará. Os autores encontraram uma taxa de afastamento do trabalho de 33,9% e as doenças mais prevalentes foram os Transtornos Mentais (22,4%) seguidos de Distúrbios do sistema Osteomolecular e do tecido conjuntivo (21,15%). Dentre os transtornos mentais e comportamentais, apresentaram-se como mais frequentes os episódios depressivos, transtornos ansiosos e transtornos depressivos recorrentes. Resultados análogos foram encontrados no estudo de Vivolo (2014), em que as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo corresponderam a 23,7% das licenças médicas e os transtornos mentais e comportamentais corresponderam a 20,2%.

Em relação à análise de agrupamentos, foi possível delimitar características homogêneas e heterogêneas nos cinco clusters analisados. O cluster 4, formado majoritariamente por homens que trabalhavam nas unidades administrativas, com mais de 20 anos de trabalho, apresentou as maiores proporções de ansiedade e depressão. O estudo de Abdalla (2014), realizado na mesma universidade do presente estudo, também encontrou uma alta prevalência de sintomas depressivos na população de servidores. Os resultados revelaram que 28,8% das mulheres e 16,1% dos homens apresentavam sintomas de depressão leve, sendo que a faixa etária de maior prevalência foi de 20 a 50 anos. A autora também salienta a necessidade de planejar ações de prevenção e intervenções quanto à saúde do trabalhador e sobre a qualidade de vida no trabalho na referida universidade.

Em relação aos sintomas de ansiedade e depressão relatados pelo cluster 4, estes podem estar associados ao uso pesado de álcool que foi característico destes participantes. Observa-se que o cluster 4 é o agrupamento que pertence aos usuários dependentes ou que fazem uso nocivo dessa substância. O perfil de indivíduos que mais consome álcool na população mundial está de acordo com as características sociodemográficas desse cluster, formado por indivíduos mais velhos, com baixa escolaridade, e que exercem profissões menos privilegiadas na sociedade (Brasil, 2012; Vaissman, 2004). Os clusters 1 e 5 também sinalizaram um maior uso dessa substância, porém em nível de risco e nocivo. Cabe ressaltar que o cluster 5 relata ansiedade, insônia, impulsividade, ideação suicida, e doenças ósseas e que o cluster 2 apresenta elevado nível de ansiedade, insônia e alucinações, que sobretudo podem estar relacionadas ao uso de álcool nesta população. Estes achados estão em consonância com os estudos de Ribeiro (2011), que associam o uso de álcool a diversas doenças físicas e psicológicas.

O cluster 4 também sinalizou uma alta prevalência de doenças crônicas na população de servidores, principalmente no que se refere a hipertensão. Os estudos de Thadhani et al (2012) afirmam que evidências epidemiológicas sugerem que o uso pesado de álcool é fortemente associado com o aumento do risco de hipertensão, e que além disso, aproximadamente de 3 a 8% dos problemas com pressão alta em mulheres são atribuídos ao uso de álcool. Santana et al (2018) também argumentam que o consumo de bebidas alcoólicas aumenta as chances de elevação da pressão arterial, especialmente entre os bebedores excessivos.

Ainda sobre os transtornos mentais e comportamentais, observa-se que nos clusters 1 e 2, formado por indivíduos mais novos, com menos tempo de trabalho, também apresenta altos índices de insônia, ansiedade e depressão. Estes achados corroboram com um estudo de coorte realizado por Melchior et al, (2007) que afirmam que o estresse no trabalho, o baixo apoio social, e grandes demandas de trabalho podem estar relacionados ao surgimento do Transtorno de Ansiedade Generalizada e do Transtorno Depressivo Maior em trabalhadores jovens previamente saudáveis. O estudo de Weinberger et al (2018) afirma que a taxa de aumento da depressão nos Estados Unidos foi significativamente mais rápida entre os jovens em relação a todos os grupos etários mais velhos.

Além da ansiedade e depressão, sintomas de insônia foram altamente relatados pelos servidores, sobretudo nos cluster 1 e 3. O cluster 1 foi formado por homens e mulheres, com idade média de 31 anos, com alta escolaridade e que faziam uso de risco de álcool e o cluster 3,

de mulheres, com aproximadamente 42 anos que trabalham nas unidades hospitalares. Vale, Maciel, do Nascimento, Vasconcelos, e Pimentel (2015) também encontraram nos servidores do Ceará uma frequência maior de “transtorno não orgânico devido ao sono ou do ciclo vigília-sono” (F50-F59) na faixa etária intermediária (entre 31 e 51 anos), podendo estar associado ao cansaço devido ao trabalho. De acordo com os autores Brower, et al, (2008); Espiritu, (2008); e Drapeau et al, (2006) o uso de álcool pode afetar de forma significativa a qualidade do sono, e esta pode ser uma possível explicação para estes sintomas relatados no clusters 1. Sobre o cluster 3, parte dos profissionais trabalhavam por escalas de revezamento noturno, que pode ter relação com os altos índices de insônia, ou de outros sintomas psicológicos, já que também é demonstrado na literatura uma alta prevalência de transtornos mentais que acometem os profissionais de saúde em geral (Pereira et al, 2017; Ferreira e Ferreira, 2015; Ruitenburg, Frings-Dresen e Sluiter, 2012).

Em relação às doenças físicas, as maiores queixas de saúde dos servidores participantes do estudo se referiram a queixas osteomoleculares e as doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, principalmente entre os clusters 3 e 4. Os sintomas no cluster 3 podem estar associados ao trabalho do profissional de saúde, técnico de enfermagem ou enfermeiro, onde há alta incidência de Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionado ao Trabalho (DORT) (Magnago, 2010). Já os sintomas em relação ao cluster 4, podem estar associados ao uso de álcool já que este agrupamento é formado por homens, com mais de 20 anos de trabalho e que fazem uso nocivo de álcool ou dependência. Os estudos do *Department of Health and Human Services* (USDHHS, 2000) e de Cosman, (2005) mostram fortes associações entre o uso do álcool e problemas osteomoleculares.

Os estudos de Souza-Rodrigues, Freitas, Assunção, Bassi, e de Medeiros, (2013) encontraram altas prevalências de problemas osteomoleculares na população de servidores, sendo as comorbidades mais presentes a LER/DORT e a lombalgia. O estudo de Andrade, Andrade, Leite, e Araújo (2012) foi realizado entre técnicos administrativos em uma Universidade de Minas Gerais, e relatou que entre os problemas de saúde citados entre os trabalhadores foram encontrados lesões ortoarticulares, dores lombares, hipertensão arterial, e doenças cardiovasculares. Corroborando com estes achados, Silva et al (2008) afirmam que às morbidades musculoesqueléticas, o absenteísmo decorrente de LER/DORT e lombalgia podem ser atribuídos às limitações que a dor de origem musculoesquelética provoca, mas também à menor capacidade

física devido às deficiências relacionadas às degenerações musculoesqueléticas esperadas em vigência de tais morbidades.

Diante dos resultados do presente estudo, fica evidente a necessidade do investimento em programas de promoção da saúde, prevenção a doenças ocupacionais, e prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho universitário. De forma específica, faz-se necessário a propagação de programas em prol da saúde mental dos servidores, bem como programas voltados para a ergonomia e tratamento da saúde física. Em documentos da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS (MNNP-SUS) é explicitado a necessidade de políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos no ambiente de trabalho, a promoção de processos de educação permanente nos estabelecimentos de saúde, e o incentivo ao desenvolvimento de pesquisas na área de Saúde do Trabalhador voltadas para o ambiente de trabalho (Brasil, 2011).

Para promover ações necessárias para garantir a qualidade de vida no trabalho visando à saúde do trabalhador, também é relevante investigar aspectos sobre a estrutura organizacional, mediante um diagnóstico organizacional mais amplo, que contemple também fatores da própria instituição. Questões sobre assédio moral no trabalho, relações hierárquicas, conflitos internos, e sobrecarga de trabalho também podem ser preditores de doenças ocupacionais (Limongi-França, 2003). De acordo com Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (2018), promover saúde no ambiente de trabalho é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo.

A análise dos aspectos históricos que permeiam o trabalho do servidor universitário permite concluir que o trabalho multiprofissional e intersetorial possibilitam a elaboração de propostas inovadoras, alicerçadas em conceitos de saúde já difundidos na sociedade, tais como, promoção e prevenção de saúde, mas que ainda são pouco expressivos no contexto do serviço público. Por fim, ressalta-se a importância de se conhecer outros perfis epidemiológicos de servidores universitários, bem como investir em mais pesquisas na área da saúde do trabalhador universitário.

Limitações

Como fatores limitadores do presente estudo estão à impossibilidade de generalização dos resultados, já que a amostra foi proveniente de somente uma universidade pública brasileira. Outra questão a ser observada é o viés de autorrelato e de desejabilidade social, já que os participantes podem ter relatado consumir menos drogas, ou possuir um menor ou maior número de doenças a fim de corresponder às expectativas do pesquisador. Além disso, não foram realizados exames para confirmar a presença das doenças autorrelatadas. Mais estudos de agrupamentos precisam ser realizados a fim de descartar a interferência desses e de outros possíveis vieses no presente estudo.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) pelo apoio financeiro (Nº APQ-01918-15), a UFJF pelas Bolsas de Iniciação Científica (BIC), a Capes pela bolsa de doutorado, e pela bolsa de doutorado sanduíche no exterior PDSE19; ao Programa de Extensão Universitária MEC/SESu (Proext 2015) pelas bolsas de extensão.

6-CAPÍTULO 6

A EFETIVIDADE DA IB PARA PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL EM SERVIDORES UNIVERSITÁRIOS

RESUMO

O uso do álcool está associado a diversos problemas no contexto de trabalho universitário como acidentes de trabalho, absenteísmo, diminuição da produtividade, conflitos, estresse, entre outros. O objetivo do trabalho foi avaliar os efeitos da Intervenção Breve (IB) para problemas relacionados ao consumo de álcool no ambiente de trabalho universitário. O estudo se trata de um ensaio clínico randomizado controlado, com desenho experimental de natureza quantitativa. Os participantes foram 1011 servidores que receberam diferentes estratégias de acordo com sua pontuação no 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). Foi realizada avaliação de seguimento via telefone após três e doze meses para os grupos 01 e 02. Os resultados apontaram que ambos os grupos reduziram o padrão de consumo e o número de doses de álcool consumidas passados três e doze meses após as intervenções. Porém, o grupo da IB apresentou maior tendência para a redução de consumo em maior parte das questões analisadas. A realização da IB no contexto de trabalho universitário mostrou-se efetiva e seus resultados são semelhantes aos encontrados em contextos já estudados.

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

ABSTRACT

Alcohol use is associated with many problems in university workplace as work accidents, absenteeism, decreased productivity, conflicts, stress, among others. The objective of this task is to evaluate the effects of Brief Intervention (BI) for problems related to alcohol consumption in the university workplace. This study will include two parts, one quantitative and the other qualitative methodology. The first study is a randomized controlled clinical trial with experimental design of a quantitative nature. Participants will be 1011 servers who will receive different strategies according to the AUDIT: Education for alcohol (0-7 points); Randomization to groups 01 and 02 (08-19 points) - (Group 01 will receive feedbacks and pamphlets and the group 02 receive feedback, pamphlets and IB); Referral to specialists (20 points or more). There will be a follow up by phone after three and twelve months for groups 01 and 02. The results showed that both groups reduced the consumption pattern and the number of alcohol doses consumed after three and twelve months after the interventions. However, the IB group showed a greater tendency to reduce consumption in most of the analyzed issues. The achievement of IB in the context of university work has proven to be effective and its results are similar to those found in contexts already studied.

Keywords: Brief Psychotherapy; Workplace; Alcohol Use Related Disorders

INTRODUÇÃO

O uso de álcool de forma abusiva é considerado um grave problema de saúde pública. O contexto histórico do uso nocivo dessa substância originou respostas políticas de formas variadas para a diminuição das consequências desse uso. Diversos estudos demonstram que essa problemática é atual (Laranjeira, R., Madruga, C. S., Pinsky, I., Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S., 2014; Nelson e Lenton, 2015; Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D., Saunter, N., & Slater, J., 2016; Grucza, Sher, 2018) e que as consequências do uso de álcool de forma abusiva se somam a mortes, problemas no trabalho, problemas no trânsito, envolvimento com a criminalidade, doenças variadas como: cirrose hepática, cânceres, problemas digestivos, problemas cardiovasculares, distúrbios neurológicos graves, alterações de memória, lesões no sistema nervoso central, arritmias cardíacas, aumento da pressão arterial, hipertensão com riscos de infarto, gastrite, úlceras, hepatite, pancreatite aguda entre outros (Babor & Higgins-Biddle, 2003).

Diversos estudos relatam a alta prevalência do abuso de álcool entre servidores universitários (Amaral e Malbergier, 2004; Conceição, Gomes, Tauil e Rosa, 2006; Ortiz e Marziale, 2010; Brites e Abreu, 2014; Gavin, Reisdorfer, Gherardi-Donato Reis e Zanetti, 2015), como exemplo, em um estudo realizado na Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) verificou-se uma elevada prevalência (84,8%) para o uso na vida de álcool. Este estudo ainda afirma que ter pós-graduação, possuir renda mensal acima de 10 salários mínimos e trabalhar em regime de dedicação exclusiva, estão relacionados com maiores prevalências associados a uso de álcool na vida (Albuquerque Mota, 2011).

A fim de lidar com a problemática do consumo de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) cita que para promover a saúde e a segurança no ambiente laboral, as organizações de trabalhadores deveriam levar a cabo programas de informação, formação e educação sobre álcool e outras drogas. (OIT, 2008). Neste contexto, na revisão sistemática elaborada por Webb, Shakeshaft, Fisher e Havard (2009), foi apontado que as seguintes intervenções podem trazer retornos positivos para o ambiente de trabalho: intervenções contidas dentro de exames periódicos de saúde e estilo de vida; a capacitação psicossocial; o programa de pares e a IB.

A IB é pautada na prevenção primária ou secundária. Esta intervenção objetiva identificar a presença de um problema, motivar o indivíduo para a mudança de comportamento e sugerir formas para que esta mudança possa ocorrer. A IB pode ser utilizada para prevenir ou reduzir o consumo de álcool e/ou outras drogas e para orientar, de modo focal e objetivo, sobre os efeitos e consequências relacionados ao consumo abusivo de drogas, ela tem duração de 15 a 45 minutos e pode ser aplicada por diversos profissionais (De Micheli & Formigoni, 2006).

A IB é baseada na sigla FRAMES, que segundo Miller e Rollnick (2001) correspondem a princípios que fornecem um direcionamento para o conteúdo das intervenções. Os FRAMES são baseados nas palavras: *Feedback*, *Responsability*, *Advice*, *Menu of Options*, *Empathy*, e *Self-efficacy*. O Retorno (*Feedback*) compreende ao retorno dado ao indivíduo sobre sua pontuação no instrumento de triagem que frequentemente é o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). A Responsabilidade (*Responsability*) é a etapa onde é mostrado ao indivíduo que ele é o responsável pelo seu comportamento e por suas escolhas de usar ou não a droga. Também são enfatizadas algumas metas a serem cumpridas durante o tratamento. Durante o Aconselhamento (*Advice*) são oferecidas aos participantes orientações claras sobre as consequências do uso de drogas, assim como informações sobre a relação de seus problemas atuais com o uso de substâncias. No Menu de Opções (*Menu of options*) é oferecido ao participante um menu de opções com várias estratégias a fim de modificar ou cessar o comportamento do uso de drogas. A Empatia (*Empathy*) significa demonstrar ao indivíduo um entendimento sobre suas dificuldades sobre o uso de drogas sem ser confrontativo. E por último, a Autoeficácia (*Self-efficacy*) refere-se ao encorajamento que deve ser passado ao participante, auxiliando-o a confiar em seus próprios recursos.

A evidência da IB no contexto da atenção primária à saúde pode ser apontada em importantes revisões sistemáticas (Nilsen, Kaner e Babor, 2008; US Preventive Services Task Force, 2004; Whitlock et al, 2004; Pereira et al, 2013; O'Donnell et al, 2014). No entanto, sobre a IB no ambiente de trabalho existem poucos estudos publicados. Os autores McPherson, Goplerud, Derr, Michenberg e Courtemache (2010) testaram a viabilidade da implantação IB em um *Call Center* e tiveram como resultado que 52% dos trabalhadores apresentaram reduções no padrão de consumo de álcool. Hermansson, Helander, Brandt, Huss e Rönnberg (2010) identificaram que a IB associada a exames clínicos de rotina também foi efetiva para reduzir o consumo de álcool. Sobre a IB no ambiente de trabalho brasileiro, Ferreira, Albertoni, Silva e Sartes (2016)

investigaram os efeitos da IB em uma empresa metalúrgica através de um ensaio clínico randomizado não controlado. Os dados do estudo piloto indicaram redução significativa no número de doses consumidas e no padrão de uso do álcool, porém, os autores sugeriram a necessidade de um número maior de participantes para avaliar a eficácia desta intervenção neste ambiente. De um modo geral, independente do contexto, se considerarmos os avanços no campo da pesquisa sobre a IB, atualmente existem críticas em torno das metodologias adotadas e da falta de padronização dos estudos realizados. Existe também a necessidade de elaborar ensaios clínicos randomizados com uma metodologia que permita a corroboração da eficácia da IB (Saitz, 2014).

Diante dos dados acima, fica evidenciada a falta de estudos sobre os efeitos da IB como método de prevenção do consumo de álcool quando realizada no ambiente de trabalho. Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade da IB no ambiente de trabalho universitário para problemas relacionados ao consumo de álcool, em uma universidade pública de Minas Gerais - Brasil. Tendo em vista a causalidade múltipla acerca do uso de álcool, esta pesquisa também teve como objetivo avaliar o padrão de consumo de álcool antes, três e doze meses após a IB; avaliar o número de doses consumidas em um dia normal, nos finais de semana e no meio da semana; avaliar a qualidade de vida dos servidores e sua relação com o uso de álcool; e averiguar entre os respondentes que participaram do grupo da IB, quais características sociodemográficas, categorias de saúde ou categorias comportamentais influenciaram para o possível “sucesso” da intervenção.

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um ensaio clínico randomizado, controlado, de natureza quantitativa.

LOCAL

A pesquisa foi realizada no Campus de uma universidade do interior de Minas Gerais. Esta universidade possui 50 anos de existência e conta com a colaboração de servidores técnicos-administrativos da educação (TAEs), profissionais de saúde gestores e docentes do ensino superior.

PARTICIPANTES

Foram convidados a participar do estudo todos os 1433 servidores técnicos administrativos lotados na universidade. Foram incluídos no estudo indivíduos maiores de 18 anos, pertencentes à carreira de TAEs da universidade, que aceitaram participar do mesmo, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O corpo técnico-administrativo da educação da universidade engloba profissionais que desempenham cargos e funções próprias das áreas administrativas, técnicas, de pesquisa e de serviços. Estes servidores são efetivos, apresentam nível de escolaridade variada, e exercem uma grande variedade de funções, tais como auxiliares e assistentes administrativos, coordenadores administrativos, técnicos de laboratório, engenheiros, pedreiros, marceneiros, vigilantes, motoristas, médicos, assistente sociais, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, técnicos em informática, técnicos em enfermagem, entre outros. Foram delimitados como critérios de não inclusão no estudo professores universitários, funcionários terceirizados que não possuíam cargo efetivo na instituição e indivíduos impossibilitados de participar no momento das entrevistas. Dos indivíduos convidados a participar, 123 recusaram por motivos diversos, 295 tinham sido removidos do Campus, estavam de licença médica, licença por estudos, ou licença maternidade e não puderam participar. Portanto, a amostra foi classificada como censo, com o total de 1011 servidores.

Foram delimitados como critérios de não inclusão no estudo pessoas que faziam uso de outras drogas além do álcool e tabaco, professores universitários, funcionários terceirizados que não possuíam cargo efetivo na instituição. Estes indivíduos foram convidados a participar da pesquisa, porém foram excluídos para a análise de dados.

INSTRUMENTOS

- Questionário sociodemográfico, incluindo tempo de trabalho na empresa e profissão.
- Área “Médica” do *Addiction Severity Index 6 (ASI6) Light* - Fernandes, Colugnati e Sartes (2015). Esta área é composta por 13 questões sobre a saúde e foi utilizada para associar outras questões de saúde com o uso de álcool, e também para descrever quais as principais doenças que estavam presentes no ambiente de trabalho da referida universidade (Anexo 03). Este

instrumento foi validado por Fernandes, Colugnati, & Sartes (2015) e apresentou boas propriedades psicométricas.

- Área “Psiquiátrica” do *Addiction Severity Index 6 (ASI-6) Light* - Fernandes, Colugnati e Sartes (2015). Esta seção é composta de 11 questões que têm por objetivo saber sobre as questões psiquiátricas apresentadas pelos servidores (Anexo 03).

- AUDIT - *Alcohol Disorders Identification Test*- Babor e 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).

- Régua de Prontidão para Mudança - trata-se de uma escala de autoavaliação analógica que verifica em qual estágio de prontidão para a mudança o indivíduo se encontra. O entrevistador deve perguntar ao entrevistado qual ponto da régua – de 0 a 10 - reflete melhor o quanto ele se sente preparado para modificar o comportamento em questão, sendo que 0 indica que ele não se sente pronto e 10 indica que ele já está se esforçando de maneira ativa para modificar o seu comportamento (Velasquez et al., 2001).

-Escala de Qualidade de Vida proposto pela OMS – WHOQOL- BREF- composto por 26 questões que avaliam a qualidade de vida em cinco domínios principais: Domínio I - Domínio físico; Domínio II - Domínio psicológico; Domínio III - Nível de Independência; Domínio IV - Relações sociais relações pessoais; Domínio V- Ambiente. Cada domínio é representado por várias facetas e suas questões foram formuladas com escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom). A validação da versão brasileira foi realizada por Fleck, 1999. A referida escala apresentou boas propriedades psicométricas.

PROCEDIMENTOS E ALEATORIZAÇÃO

Inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade para aprovação (Parecer 1.164.078). O projeto também foi submetido à plataforma Rebec para registro

do ensaio clínico randomizado (RBR- 2fvdg2). Logo após, o setor Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) e o Sindicato dos Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação das Instituições Federais de Ensino foram contatados para a apresentação da proposta de pesquisa. Quanto à divulgação, o projeto foi denominado “Programa Saúde e Bem Estar no Trabalho”. Foram elaborados cartazes do projeto que foram divulgados por toda a universidade. Também foi realizada uma matéria na Diretoria de Comunicação da universidade a fim de divulgar o estudo e foi elaborada uma página nas redes sociais (*Facebook*) com notícias sobre a saúde do trabalhador e sobre a pesquisa em andamento.

Antes da realização da pesquisa foi realizado um treinamento para os pesquisadores a fim de prepará-los para a realização das entrevistas e das intervenções. A equipe de pesquisadores foi composta por uma estudante de doutorado, uma do mestrado e três estudantes da graduação em Psicologia. O treinamento inicial teve carga horária de 30 horas, e foi oferecido por uma docente e pela doutoranda experientes no método. Os pesquisadores receberam supervisão semanal para a coleta e IB.

Antes da realização do estudo foi elaborado um pré-teste com 40 indivíduos lotados em setores diferentes da universidade, a fim de averiguar a adequação dos instrumentos. Os servidores do SIASS propuseram à equipe de pesquisadores um *feedback* sobre a pesquisa e sobre a postura dos entrevistadores, e decorrente disso, os instrumentos foram modificados para melhorar a adesão dos servidores. Os dados do pré-teste foram incluídos na amostra final do estudo.

No decorrer da pesquisa, mediante um cronograma elaborado pelas pesquisadoras, e em posse de uma lista com os nomes e setores de todos os TAEs da universidade, os contatos com os diretores de cada departamento foram realizados via email a fim de pedir autorização para a realização da pesquisa. O cronograma foi elaborado de forma que equilibrasse a alternância entre os setores administrativos e as unidades estudantis da instituição. Após a autorização do diretor de cada departamento, os TAEs foram abordados nos locais de trabalho a fim de agendar um melhor horário para a realização das entrevistas, e a fim de estabelecer uma sala individual para a aplicação dos questionários. Nessa abordagem, foram explicitados os objetivos do estudo, incluindo a avaliação em saúde geral e a qualidade de vida no trabalho. Neste momento foi reforçada a questão do sigilo, para que o participante ficasse à vontade para participar das entrevistas. Foi esclarecido que os nomes não seriam colocados nos questionários de aplicação.

As intervenções tiveram início com a leitura e assinatura do TCLE. Logo após se deu a aplicação dos questionários que foram seguidos de um *feedback* geral sobre a pontuação ou questões específicas dos mesmos. Os questionários aplicados seguiram a seguinte sequência: Questionário WHOQOL-BREF para averiguar a qualidade de vida do servidor; AUDIT a fim de identificar o padrão de uso para o consumo de álcool; Régua de Prontidão, caso fosse identificado o padrão de uso de risco ou nocivo de álcool através do AUDIT; Área “Médica” e “Psiquiátrica” do *Addiction Severity Index 6 (ASI 6 Light)* a fim de relacionar questões de saúde física e mental com o uso de álcool; e por último o questionário sociodemográfico.

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 (Babor et al, 2006). Para pontuações de 0-7 no AUDIT (Zona I) foi utilizada a “Educação para o álcool” que se trata de incentivar o indivíduo em manter seu uso de baixo risco e fornecer folhetos explicativos sobre os riscos de beber. Este folheto foi elaborado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas- CEBRID (2014) da Universidade Federal de São Paulo. Está disponível no site: http://www.cebrid.epm.br/folhetos/alcool_.htm e foi distribuído entre todos os participantes da pesquisa, ou seja, para todas as pontuações do AUDIT. O folheto foi adaptado para o contexto dos servidores universitários.

Para pontuações de 8-19, os indivíduos foram aleatorizados para dois grupos segundo uma lista de aleatorização por blocos, que foi elaborada por um profissional de estatística. Para o processo de aleatorização não houve constrangimento para o entrevistado, pois todos os participantes receberam algum tipo de intervenção:

Grupo 01- Feedback e panfletos: Os servidores que participaram deste grupo 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 pela CEBRID. Os servidores foram orientados a ler o panfleto disponível e foram esclarecidos sobre o contato via telefone que ocorreria após três meses a partir da data da entrevista.

Grupo 02- IB: Os servidores receberam o *feedback* sobre a pontuação do AUDIT, os folhetos explicativos sobre os riscos para o uso de álcool da CEBRID, e também a IB segundo os

princípios FRAMES. As intervenções foram aplicadas individualmente e foi utilizado o mesmo roteiro de intervenção para os participantes deste grupo. 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 servidores também foram orientados a ler o panfleto disponível e foram informados sobre o contato via telefone após três meses.

Foram encaminhados para um especialista (caso fosse do interesse do participante) os funcionários que atingiram os critérios para dependência, ou seja, os que obtiverem uma pontuação de 20 a 40 pontos (Zona IV). Estes indivíduos também receberam orientações sobre o uso do álcool e os panfletos.

Tabela 5: Intervenções aplicadas de acordo com o AUDIT

Nível de Risco	Intervenção	Pontuação do AUDIT
Zona I	Educação para o álcool	0-7
Zona II e III	Aleatorização (Grupo 01 ou Grupo 02)	8-19
Zona IV	Encaminhamento para especialistas	20-40

Todos os servidores dos grupos 01 e 02 foram contatados após três e doze meses via telefone para as avaliações de seguimento. Os instrumentos AUDIT, as questões complementares e a régua de prontidão para a mudança foram novamente aplicados a fim de testar o padrão de uso e o estágio de motivação para mudança.

DESFECHOS ESPERADOS

Para avaliar a efetividade da IB, foram utilizados desfechos primários e secundários.

Desfechos primários:

Como desfechos primários foram utilizados o número de doses de álcool consumidas em uma mesma ocasião nos últimos três meses, o número de doses de álcool consumidas somente aos finais de semana, o número de doses de álcool consumidas no meio da semana, e o padrão do uso do álcool medido através do AUDIT.

Desfechos secundários:

Foram consideradas as seguintes medidas secundárias:

- As questões de saúde física e mental, que permeiam o ambiente de trabalho dos servidores, para isso foi utilizada a escala ASI6 Light;
- A qualidade de vida dos servidores universitários que foi avaliada através da escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF da OMS.
- A prontidão para a mudança no ato de beber que foi avaliada através da Régua de Prontidão para Mudança.
- As outras questões do AUDIT, além do padrão de uso e número de doses de álcool, que foram analisadas com o objetivo de detalhar o uso do álcool entre os servidores.
- O perfil sociodemográfico da população de estudo, onde foi utilizado o questionário sociodemográfico;

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados e digitados em um banco de dados da versão 20.0 do software Statistical Package for Social Science - SPSS®, e foram comparados os valores antes e após três e doze meses das intervenções. Após a construção deste banco de dados e organização das variáveis, os dados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e inferenciais. Para as variáveis categóricas foi utilizado o Teste do Chi-quadrado, e para as variáveis numéricas foi utilizado o Teste T de Student e o Mann Whitney Teste.

Para comparar os grupos Feedback e panfletos e IB foram analisadas as médias das diferenças do padrão de uso do álcool e do número de doses no pré teste e nos pós testes. Após calculadas tais diferenças, estas foram comparadas mediante Mann Whitney Test para duas amostras independentes, considerando os grupos “Feedback e panfletos” e “IB”.

A regressão logística por blocos foi utilizada para analisar os parâmetros que influenciaram nos casos de “sucesso” e “insucesso” quanto à redução de consumo na IB. para esta análise foi utilizado o software estatístico R. Os critérios para definir o sucesso da IB foi baseado nos casos que diminuíram o padrão de consumo de álcool. Os critérios utilizados para a escolha de variáveis para os modelos seguiram esta ordem de importância: *p value* significativo pelas análises descritivas anteriores bem como nas análises de regressão; *odds ratio* com valor próximo de 1; variáveis clinicamente significantes para o estudo.

RESULTADOS

FLUXO DE PARTICIPANTES

No total, 1433 indivíduos foram convidados a participar da pesquisa. Este número se referiu a uma lista concedida pela universidade constando apenas os funcionários que estavam trabalhando no momento, que não incluiu servidores aposentados ou afastados pelo INSS. Cinco servidores foram excluídos do total da amostra, dos quais quatro se tratavam de funcionários terceirizados que mostraram interesse em participar da pesquisa, e que foram retirados na análise de dados, e um não aceitou assinar o TCLE. Quanto às perdas, 123 (12,1%) servidores se recusaram a participar do estudo por motivos diversos. O total de 61 (6,0%) dos servidores tinha sido removido do Campus e não estava presente nos dias das entrevistas. Quanto às licenças médicas, 67 (6,6%) servidores estavam licenciados, dos quais 49 (4,8%) estavam afastados por licença saúde, cinco (0,5%) por licença maternidade e 13 (1,3%) por licença para estudos. Em relação a outros motivos de perdas, 33 (3,2%) tinham aposentado, 17 (1,8%) estavam de férias e 117 (11,6%) não tinham sido localizados no Campus até o momento das entrevistas, sobretudo devido à greve dos servidores públicos. A figura 1 mostra o fluxo de participantes e os procedimentos adotados conforme as pontuações obtidas no instrumento AUDIT.

A amostra total de servidores foi constituída de 483 (47,8) homens e 528 (52,2) mulheres com média de idade de $43,3 \pm 12,0$ anos. Quanto ao nível de escolaridade, 590 (58,4) possuíam pós-graduação, 226 (22,4) superior completo, 148 (14,6) ensino médio completo, 23 (2,3) fundamental completo e 24 (2,4) tinham a 4ª série ou eram analfabetos. Quanto aos locais de trabalho, 454 (44,9) indivíduos estavam lotados nas unidades administrativas, 359 (35,5) nas unidades acadêmicas e 198 (19,6) nas unidades hospitalares. Em relação ao tempo de trabalho, 389 (38,5) servidores tinham mais de 20 anos de trabalho, 124 (12,3) tinham entre 10 e 20 anos, 171 (16,9) tinham entre 5 e 10 anos, 142 (14,0) tinham de 2 a 5 anos e 185 (18,2) tinham menos de 2 anos de trabalho. Quanto à renda, 67 (6,6) servidores recebiam de 788,00 a 2500,00 reais por mês, 482 (47,5) recebiam de 2500,00 a 4500,00 reais, 279 (27,6) recebiam de 4500,00 a 6000,00 e 183 (18,1) recebiam valores acima de 6000,00 reais por mês. A religião predominante foi a católica com 535 (52,9) participantes, seguido da espírita com 166 (16,4) servidores, os indivíduos sem religião foram o total de 127 (12,6), os protestantes tiveram 103 (10,2) servidores e 80 (7,9) eram participantes de outras religiões.

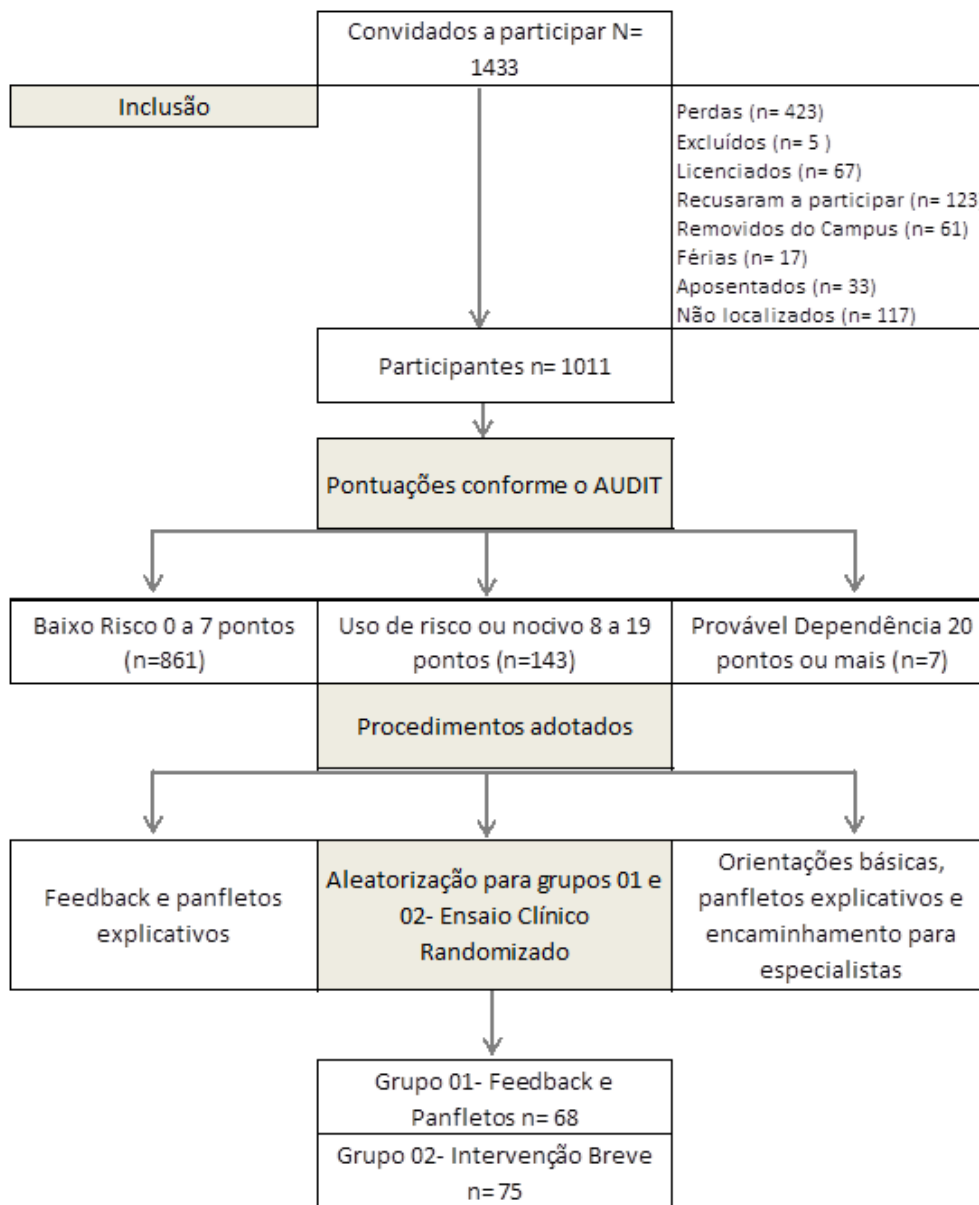


Figura 01: Fluxo de participantes e procedimentos adotados conforme o AUDIT

PREVALÊNCIA DO USO DO ÁLCOOL E ALOCAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Quanto ao padrão de uso do álcool, segundo o AUDIT, 861 (85,1%) participantes pontuaram de 0 a 7 pontos, ou seja, como padrão de baixo risco para o uso de álcool. O total de 143 indivíduos (14,1%) pontuaram como uso de risco ou nocivo, e com isso foram aleatorizados para os grupos *Feedback* e panfletos (1) e IB (2). Sete participantes (0,7%) pontuaram como provável dependência para o uso de álcool.

Dos 143 (100%) indivíduos que atingiram a pontuação para uso de risco ou nocivo de álcool, 134 (93,7%) responderam ao *follow up* três meses após as intervenções, sendo 62 (43,3%) indivíduos para o grupo “Feedback e panfletos” e 72 (50,3%) participantes para o grupo que recebeu a IB. O total de 127 (88,8%) participantes respondeu o follow up após 12 meses passados da primeira intervenção.

Conforme a figura 02, 60 (41,9%) indivíduos participaram do grupo “Feedback e panfletos” e 67 (46,8%) do grupo que recebeu a IB.

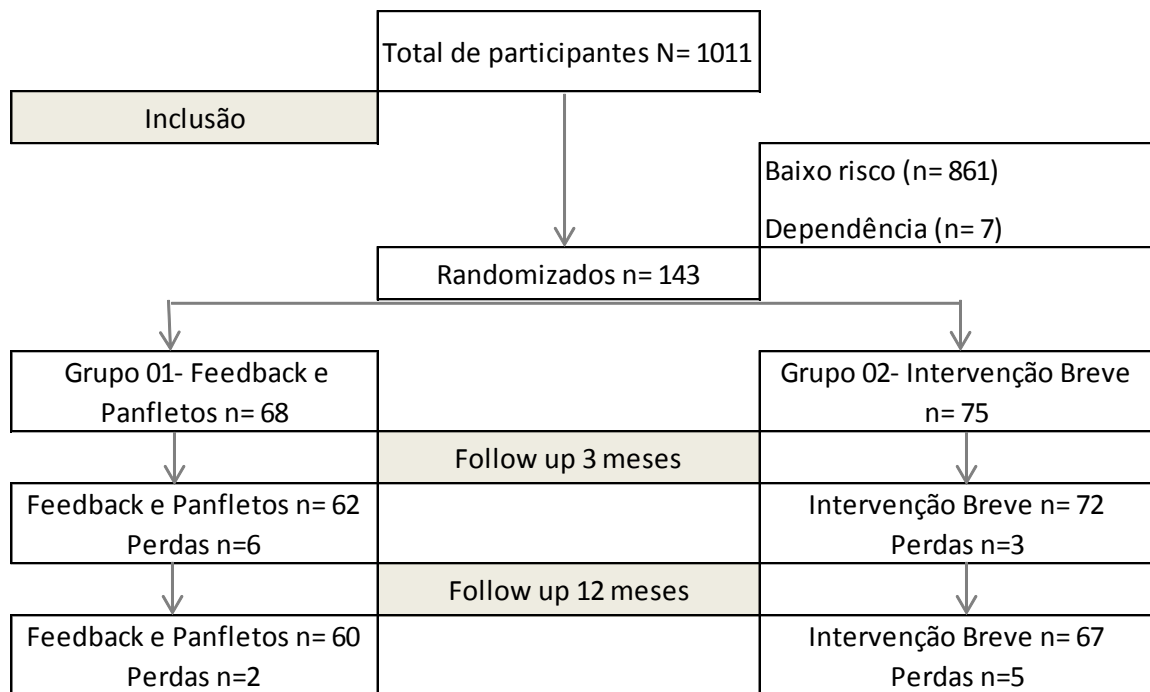


Figura 02 – Randomização dos participantes do ensaio clínico

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA GERAL E DOS GRUPOS 01 E 02

Tabela 6. Dados sociodemográficos de todos os servidores TAES e dos grupos 01 e 02

Perfil Sociodemográfico	Total de participantes	Grupo 01 Feedback e panfletos	Grupo 02 Intervenção Breve
<i>Número de participantes</i>	143 (100)	68 (47,5)	75 (52,5)
<i>Sexo</i>			
Masculino	97 (67,8)	48 (70,5)	49 (65,3)
Feminino	46 (32,1)	20 (29,5)	26 (34,6)
<i>Idade (média)</i>	43,3 ± 11,7	42,4 ± 11,4	44,2 ± 11,9
<i>Religião</i>			
Protestante	0	0	0
Católico	88 (61,5)	43 (63,2)	45 (60,0)
Espírita	19 (13,2)	8 (11,7)	11 (14,6)
Espiritualista/ esotérico	7 (4,9)	5 (7,3)	2 (2,7)
Outros	3 (2,9)	1 (1,5)	2 (2,7)
Nenhuma	26 (18,1)	11 (16,3)	15 (20,0)
<i>Tempo de trabalho na UFJF</i>			
menos de 1 ano	6 (4,2)	2 (2,9)	4 (5,3)
1 a 2 anos	22 (15,4)	12 (17,6)	10 (13,3)
2 a 5 anos	15 (10,5)	5 (7,3)	10 (13,3)
5 a 10 anos	21 (14,7)	10 (14,8)	11 (14,7)
10 a 20 anos	16 (11,2)	8 (11,8)	8 (10,7)
mais de 20 anos	63 (44,0)	31 (45,6)	32 (42,7)
<i>Escolaridade</i>			
Analfabeto	2 (1,4)	0	2 (2,7)
4a série fundamental	4 (2,8)	2 (2,9)	2 (2,7)
Fundamental Completo	7 (4,9)	2 (2,9)	5 (6,7)
Médio Completo	25 (17,5)	12 (17,6)	13 (17,3)
Superior Completo	26 (18,2)	14 (20,6)	12 (16,0)
Pós graduação	79 (55,2)	38 (56,0)	41 (54,6)
<i>Tipo de trabalho</i>			
Profissional Operacional	27 (18,9)	10 (14,7)	17 (22,7)
Profissional de Ensino Médio	33 (23,0)	21 (30,9)	12 (16,0)
Profissional com Ensino técnico	40 (28,0)	21 (30,9)	19 (25,3)
Profissional com Ensino superior	41 (28,7)	16 (23,5)	25 (33,3)
Gerencia ou alta administração	2 (1,4)	0	2 (2,7)
<i>Unidades da universidade</i>			
Unidades Administrativas	68 (47,5)	27 (39,8)	41 (54,7)
Unidades Acadêmicas	53 (37,0)	29 (42,6)	24 (32,0)
Unidades Hospitalares	22 (15,5)	12 (17,6)	10 (13,3)

Fonte: A autora

Nota: Dados expressos em frequência e porcentagem.

Em relação aos participantes dos grupos, participaram do grupo Feedback e panfletos 68 (47,5%) indivíduos, e o grupo que recebeu as IBs foi composto por 75 (52,5%) participantes de acordo com a tabela de aleatorização. Os grupos não se diferiram quanto às características sociodemográficas por meio das análises do chi-quadrado e do Teste t realizadas.

COMPARAÇÃO DAS AVALIAÇÕES DE PRÉ-TESTE, 3 MESES E 12 MESES QUANTO AOS DESFECHOS PRIMÁRIOS

Tabela 7- Média (\pm DP) e comparação entre pré e pós intervenção com relação aos grupos Feedback e panfletos e IB. Período de três e doze meses.

Questões sobre o álcool	Pré teste	Follow up 3 meses				Follow up 12 meses			
		Pós teste 3 meses	Diferença média do pós- pré teste 3 meses	p value teste/ pós teste	p value diferença entre grupos	Pós teste 12 meses	Diferença média do pós- pré teste 12 meses	p value teste/ pós teste	p value diferença entre grupos
Padrão de uso do AUDIT									
<i>Feedback e Panfletos (n=62)</i>	10,7 \pm 2,7	8,6 \pm 3,4	2,1	*0,00	*0,00	7,1 \pm 3,5	3,6	*0,00	0,11
<i>Intervenção Breve (n=72)</i>	11,4 \pm 3,1	6,9 \pm 3,1	4,5	*0,00		6,4 \pm 4,0	5	*0,00	
Nº doses em um dia									
<i>Feedback e Panfletos (n=62)</i>	2,3 \pm 1,0	1,9 \pm 0,9	0,4	*0,00	*0,04	2,1 \pm 1,0	0,2	*0,00	*0,04
<i>Intervenção Breve (n=72)</i>	2,4 \pm 1,0	1,6 \pm 1,1	0,8	*0,00		1,6 \pm 1,1	0,8	*0,00	
Nº doses nos finais de semana									
<i>Feedback e Panfletos (n=62)</i>	7,8 \pm 4,6	6,4 \pm 3,2	1,4	*0,00	0,12	6,4 \pm 4,5	1,4	*0,00	0,87
<i>Intervenção Breve (n=72)</i>	7,4 \pm 4,5	5,5 \pm 3,9	1,9	*0,00		6,1 \pm 5,0	1,3	*0,00	
Nº doses no meio da semana									
<i>Feedback e Panfletos (n=62)</i>	1,7 \pm 2,9	1,1 \pm 2,1	0,6	*0,00	0,18	0,8 \pm 1,7	0,9	*0,00	0,51
<i>Intervenção Breve (n=72)</i>	1,7 \pm 3,5	0,5 \pm 1,6	1,2	*0,00		0,3 \pm 1,0	1,4	*0,00	

Notas: *P value significativo pelo Teste T ou Mann Whitney/ Tabela produzida pela própria autora

Quanto ao desfecho primário, como mostra a tabela 4, ambos os grupos, “Feedback e panfletos” e “IB” reduziram significativamente o padrão de uso do álcool e as doses consumidas no pré e nos pós testes. Em relação ao padrão de uso do álcool medido através do AUDIT, percebe-se que ambos os grupos reduziram significativamente a média da pontuação do AUDIT ($p = 0,001$ em ambos os grupos), tanto no *follow up* de três meses, quanto no seguimento de 12 meses. Embora essa redução tenha sido apresentada de forma significativa nos dois grupos, os indivíduos que receberam a IB tiveram uma maior redução no padrão de consumo no pré e pós

teste (passando de $11,4 \pm 3,1$ no pré teste para $6,9 \pm 3,1$ no pós teste de 3 meses, e para $6,4 \pm 4,0$ no pós teste de 12 meses) se comparado ao grupo que recebeu o Feedback e panfletos (que passou de $10,6 \pm 2,7$ no pré teste para $8,6 \pm 3,4$ no pós teste de 3 meses e $7,1 \pm 3,5$ no pós teste de 12 meses).

COMPARAÇÃO DOS GRUPOS FEEDBACK E PANFLETOS, E IB QUANTO AOS DESFECHOS PRIMÁRIOS

Em relação ao padrão de uso álcool medido através do AUDIT, a diferença entre os grupos no *follow up* de três meses se mostrou significativa ($p = 0,001$), mostrando que IB foi superior ao grupo controle quanto a redução do uso de álcool em três meses. Porém este resultado não se manteve no *follow up* de 12 meses, que não apontou diferença entre os grupos ($p = 0,11$).

Quanto ao número de doses consumidas em dia normal, ambos os *follow ups*, de três meses e de 12 meses, apontaram que a IB foi superior ao grupo controle ($p = 0,04$). Em relação às outras medidas, como no número de doses consumidas nos finais de semana, e no meio da semana, a IB não se mostrou superior ao grupo controle nos follow ups de três e 12 meses, como pode ser visto na tabela 4.

FATORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA O SUCESSO DAS INTERVENÇÕES

Foi realizada a regressão logística por blocos, em que a variável “Pontuação do AUDIT” apresentou significância estatística $p = (0,03)$ e $OR = (1,78)$. Concluímos através da tabela acima que quanto maior for a pontuação do AUDIT, maior a probabilidade de sucesso na IB. Variáveis sociodemográficas, de saúde, prontidão para a mudança ou o número de doses consumidas não interferiram no sucesso dessa intervenção. Com esse resultado, podemos pensar na IB para usuários de uso nocivo de álcool, e não em usuários com uso de risco, que apresentam menor pontuação no AUDIT.

Tabela 8- Relação entre variáveis sociodemográficas/ocupacionais, de saúde física, qualidade de vida, padrão de consumo de álcool e resultados das IBs

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Ajuste Final
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	(IC 95%)
Variáveis sócio-demográficas				
Idade	1,02 (0,91; 1,14)			
Sexo masculino	2,95 (0,49; 19,5)			
Unidade				
<i>Unidade hospitalar</i>	0,21 (0,01; 2,37)			
<i>Unidade acadêmica</i>	0,71 (0,09; 6,36)			
Tempo de trabalho				
<i>5 a 10 anos</i>	0,09 (0,01; 1,29)			
<i>10 anos ou mais</i>	0,21 (0,01; 4,62)			
Variáveis de saúde e qualidade de vida				
Preocupação saúde física		1,20 (0,52; 2,07)		
Necessidade tratamento saúde física		0,79 (0,37; 1,72)		
Preocupação saúde psicológica		1,10 (0,38; 3,49)		
Necessidade tratamento saúde psicológica		0,93 (0,43; 2,34)		
WHOQOL- Domínio Físico		1,52 (0,11; 17,0)		
WHOQOL- Domínio Psicológico		1,44 (0,14; 16,3)		
WHOQOL- Relações Sociais		1,08 (0,20; 6,06)		
WHOQOL- Meio -Ambiente		0,61 (0,07; 4,93)		
Variáveis comportamentais				
Pontuação AUDIT			1,83* (0,11; 3,87)	1,78* (0,00; 1,44)
Dose padrão			1,05 (1,18; 3,71)	
<i>Doses de álcool nos finais de semana</i>			0,90 (0,71; 1,15)	
Prontidão para a mudança			0,96 (0,72; 1,26)	

Nota: *p value >0.05/ OR- Odds ratio/ IC: Intervalo de confiança

Tabela produzida pela própria autora

DISCUSSÃO

O principal objetivo desse estudo foi avaliar os efeitos da IB como uma ação de prevenção no ambiente de trabalho universitário, por meio 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 universitário brasileiro e de outros países.

Os resultados do presente estudo mostraram que tanto o grupo “Feedback e panfletos” como o grupo “IB” apresentaram resultados positivos quanto a redução do consumo de álcool nos

períodos de três e doze meses após a intervenção, quando comparados ao pré teste. Cabe ressaltar que as análises do pré e pós-teste indicaram que o grupo da IB apresentou, em média, maior redução do consumo em sete das oito questões investigadas. Neste caso, cabe considerar uma avaliação sobre o custo benefício de se utilizar a IB, considerando seu melhor efeito.

Embora a redução do consumo tenha sido maior no grupo da IB, essa intervenção se mostrou superior ao grupo controle em três dos oito itens pesquisados: “*Padrão do uso de álcool*”, no período de três meses, “*Número de doses em um dia*”, no período de três meses e “*Número de doses em um dia*”, no período de 12 meses. Em relação à diferença quanto ao consumo de álcool entre três e 12 meses passados das intervenções percebe-se que a redução do consumo dessa substância não perdeu o efeito nesse período, pois ambos os grupos, “*Feedback e panfletos*” e “*IB*” mantiveram a redução de consumo de forma significativa passados os 12 meses. Fica evidente, portanto, que ao passar do tempo, a IB tende a igualar os resultados com o aconselhamento padrão, pois a diferença entre os grupos após 12 meses foi mais branda, se comparada ao período de três meses. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de que mostram que, em longo prazo, a IB diminui suas evidências de eficácia (McCambridge e Saitz, 2017). Com isso podemos concluir que a IB pode ser administrada em períodos específicos de tempo de forma repetida para garantir melhores efeitos em longo prazo.

Os resultados desse estudo sugerem, embora não sejam conclusivos, que este tipo de abordagem no ambiente de trabalho universitário 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 contextos que não foram na atenção primária a saúde 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).

McCambridge e Saitz (2017) fazem uma crítica à aplicação das IBs e esclarece que os participantes da IB não necessariamente compreendem que seu uso de substâncias é problemático, e isso faz com que o sucesso dessa intervenção seja dificultado. Os autores consideram ainda que poucos estudos avaliam o conteúdo das intervenções aplicadas e que grande parte dos estudos sobre a IB apresentam risco alto de viés. Outra questão a ser considerada é que a melhoria dos programas de prevenção pode exigir mudança na prática geral e em outras partes dos sistemas de saúde, e isso requer uma base de evidências mais robusta sobre

a IB. Saitz, (2014) relata ainda que as evidências da IB se concentram para o álcool e para o tabaco, e não para outras drogas, e que seu benefício em longo prazo é questionável.

Em relação ao uso de álcool, houve um número expressivo de servidores que faziam uso de risco ou nocivo desta substância, principalmente aos finais de semana, o que sinaliza uma necessidade de investir em programas de prevenção ao uso de álcool entre servidores universitários. 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 a sérios danos sociais, a elevados custos econômicos, bem como 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). Além disso, 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, 2011).

O perfil sociodemográfico dos participantes dos grupos 01 e 02, ou seja, dos servidores que pontuaram como uso de risco ou nocivo foram de homens, com idade média de 43 anos, de religião católica, com mais de 20 anos de trabalho, com pós-graduação e em cargos de nível superior, em sua maioria lotados nas áreas administrativas da universidade. 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. A fim de investigar se existe um possível “perfil de sucesso” para identificar quais são as pessoas que reduzem o consumo de álcool através da IB, foram investigadas através de análises multivariadas, características como: idade, sexo, tempo de trabalho, setor na universidade, perfil de saúde e qualidade de vida e motivação para a mudança entre os indivíduos. Os resultados apontaram que nenhuma das características acima funcionaram como “preditoras” para o sucesso da IB, e que não foi possível saber se características individuais influenciam na redução de consumo. Nossos achados apontaram que quanto mais o indivíduo se aproxima do uso nocivo de álcool, maior foi o sucesso dessa intervenção, independente de características individuais. Portanto, a IB pode ser pensada para usuários de uso nocivo de álcool (15 a 19 pontos no AUDIT), e não para usuários

de risco (08 a 15 pontos) entre servidores universitários. Essa questão já foi anteriormente apontada na literatura (Babor & Higgins-Biddle, 2003).

Em relação à possibilidade de aplicação da IB no ambiente de trabalho universitário, 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 foi possível controlar devido às características do contexto do trabalho universitário, como a falta de infraestrutura adequada e de salas individuais, e as greves e paralisações dos servidores que aconteceram no período da coleta de dados. Entre os facilitadores, destacamos a boa taxa de adesão à pesquisa, a aceitabilidade e colaboração dos funcionários e gestores e a própria característica da IB, sendo breve, pontual e objetiva para usuários de risco e nocivo.

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 servidor. 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; OIT, 2008).

Limitações:

Em relação aos fatores confundidores do estudo, a deseabilidade social foi algo que pode ter interferido nos resultados obtidos. 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 deseabilidade social. O fato de os participantes serem informados sobre a nova avaliação após três meses e 12 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 (Saitz, 2014). Neste estudo, foi informado que o contato seria feito a fim de checar como estava a saúde do colaborador, no intuito de diminuir o viés de resposta em relação ao consumo de álcool. Os pesquisadores foram alternados nas entrevistas, de modo que quem realizou a IB não participasse das avaliações de seguimento. Essa medida foi tomada para que o participante ficasse a vontade para relatar se houve a redução de consumo ou não. Como sugestões futuras, recomenda-se a padronização e utilização de testes que sejam produzidos com o intuito de diminuir a interferência da deseabilidade social dos instrumentos, como recomendado por Costa e Hauck Filho (2017).

Outra questão que pode ter sido um viés referiu-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. O foco dado a “saúde do servidor” em geral e não ao desfecho sobre o uso de álcool contribuiu para amenizar esse viés. Mais estudos clínicos randomizados precisam ser realizados a fim de descartar a interferência desses e de outros possíveis vieses.

Por fim, sugere-se para futuros estudos a avaliação custo-benefício da utilização da IB versus somente o feedback e panfletos, e uma avaliação qualitativa a respeito do impacto dos outros princípios dos Frames, que não somente o Feedback para a redução do consumo.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) pelo apoio financeiro (Nº APQ-01918-15), a UFJF pelas Bolsas de Iniciação Científica (BIC), a Capes pela bolsa de doutorado, e pela bolsa de doutorado sanduíche no exterior PDSE19 ao Programa de Extensão Universitária MEC/SESu (Proext 2015) pelas bolsas de extensão.

7- CAPÍTULO 7

A PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA SOBRE OS EFEITOS DA IB NO AMBIENTE DE TRABALHO

RESUMO

Diversos estudos relatam a eficácia da IB em diferentes contextos e indicam sua efetividade para a redução do consumo de álcool. Porém é inexistente na literatura estudos que focalizam como o processo de mudança acontece e como ele é influenciado pelos ingredientes ativos da IB (FRAMES). O presente estudo tem como objetivo avaliar os ingredientes ativos presentes nas IB's que foram aplicadas em servidores universitários, analisar a percepção dos servidores quanto a estes princípios e averiguar o que mais chamou atenção dos mesmos neste tipo de abordagem. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Foram entrevistados 24 servidores universitários de uma universidade pública do interior de Minas Gerais, Brasil, que faziam o consumo de álcool considerado como de risco através do AUDIT e que receberam a IB. Foi realizada uma entrevista semiestruturada baseada na literatura e nos princípios da IB (FRAMES). Foi realizada uma análise de conteúdo do tipo estrutural, temática e duplo cega com um juiz de síntese. Os princípios da IB que mais influenciaram os participantes em relação à mudança de consumo, em ordem decrescente, foram o feedback, a empatia, o aconselhamento e o menu de opções. A maioria dos entrevistados se sentiu responsabilizada pelo seu consumo, assim como a maioria se sentiu encorajada reduzir o consumo de álcool após a IB. Parte dos participantes também relatou sentimento de ambivalência e reflexão sobre a mudança. Conclui-se a partir das falas dos participantes que a IB mostrou-se como uma ferramenta relevante para influenciar e motivar os usuários de álcool para a redução do consumo, principalmente mediante o feedback, aconselhamento e empatia. Também se conclui que esta redução do consumo acarretou benefícios para a saúde e qualidade de vida dos participantes.

Palavras Chave: Intervenção Breve; FRAMES; Álcool; Local de Trabalho

ABSTRACT

Several studies report the efficacy of Brief Intervention in different contexts and indicate its effectiveness in reducing alcohol consumption. However it is non-existent in the literature studies that focus on how the change process happens and how it is influenced by the active ingredients of IB (FRAMES). The present study aims to evaluate the active ingredients present in the IB's that were applied in university servers, to analyze the perception of the servants regarding these principles and to find out what they called the most attention to this type of approach. This is a qualitative, descriptive and exploratory study. Were interviewed 24 university servers from a public university in the interior of Minas Gerais, Brazil, who consumed alcohol considered as risk through AUDIT and who received the IB. A semi-structured interview was conducted based on the literature and the IB principles (FRAMES). The analysis of the data was done through a content analysis of the structural and thematic type. The analysis was double blind with a synthesis judge. The principles of IB that most influenced the participants in relation to the change in consumption in descending order were feedback, empathy, advice and the menu of options. Most respondents felt responsible for their consumption, just as most felt encouraged to reduce alcohol consumption after IB. Part of the participants also reported feeling of ambivalence and reflection on change. It is concluded from the participants' reports that IB has shown to be a relevant tool to influence and motivate alcohol users to reduce consumption, mainly through feedback, counseling and empathy. It is also concluded that this reduction in consumption has brought benefits to the health and quality of life of the participants.

Keywords: Brief Intervention; FRAMES; Alcohol; Workplace

INTRODUÇÃO

Há uma ampla gama de riscos e danos associados ao abuso de álcool bem como uma alta carga de agravos atribuíveis ao uso dessa substância (Babor et al., 2007; Whiteford et al., 2013). Grande parte dos indivíduos que consomem álcool possui um padrão de consumo considerado leve ou moderado, e nos casos em que isso é necessário, uma intervenção de curta duração pode ser suficiente para prevenir os problemas relacionados (Humeniuk & Poznyak, 2004b).

A Intervenção Breve (IB) é uma modalidade de atendimento que possui duração curta (de 15 a 45 minutos), que pode ser aplicada por diversos profissionais. Esta intervenção tem como objetivo identificar o problema e motivar o indivíduo à mudança de comportamento, aconselhando-o em relação às formas de alcançar esse objetivo. No que diz respeito especificamente ao álcool e outras drogas, o objetivo da IB é prevenir, reduzir ou cessar o consumo das substâncias através da orientação e informação a respeito das consequências do uso abusivo das mesmas (Micheli & Formigoni, 2006).

A IB segue os princípios da Entrevista Motivacional (EM) e, segundo Miller e Rollnick (2001), esta intervenção deve ser pautada pelos FRAMES, sigla que se refere às seguintes palavras: *Feedback* (retorno), o retorno dado ao indivíduo sobre o seu padrão de consumo conforme identificado frequentemente por instrumentos de triagem; *Responsability* (responsabilização), a condução da percepção do sujeito de que ele mesmo é responsável pelos suas próprias ações e decisões referentes ao seu consumo; *Advice* (aconselhamento), informações sobre as consequências do consumo e a observação de quais dessas consequências já podem ser observadas no consumo atual; *Menu of options* (menu de opções), oferta de diversas estratégias que possam auxiliar na mudança do consumo; *Empathy* (empatia), postura de acolhimento e demonstração de entendimento em relação ao consumo do sujeito; e *Self-efficacy* (Auto-eficácia), encorajamento passado ao paciente, demonstrando-lhe capacidade de realizar a mudança do comportamento.

Diversos estudos relatam a eficácia da IB em diferentes contextos, sobretudo na atenção primária. Estes tiveram um crescimento linear a partir de 2001 e notável ascendência a partir de 2008 de acordo com a revisão sistemática desenvolvida por Pereira et. al. (2013). Ainda segundo esse estudo, grande parte das pesquisas sobre a IB é realizada na atenção primária à saúde e ambientes ambulatoriais. A maioria dos artigos indicou a efetividade da IB para a redução do

consumo de álcool. Apesar desse crescente número de pesquisas avaliando a efetividade da IB, ainda é extremamente escassa a literatura que aborda a eficácia dessa intervenção no ambiente de trabalho.

A revisão sistemática publicada por O'Donnell et al. (2014) apresenta a efetividade das IBs para a redução dos problemas relacionados ao uso de álcool, no entanto, os autores apontam que ainda existe a necessidade de se determinar a duração ideal, a frequência e o conteúdo da IB para que os efeitos se mantenham em longo prazo. Para Longabaugh e Magill (2012), nos últimos anos, vem surgindo uma nova tendência para a avaliação das intervenções breves oferecidas para usuários de substâncias. No século XXI, os estudos têm como prioridade compreender os processos do tratamento, ou seja, os mecanismos de mudança e ingredientes ativos. A meta é compreender para quem e como o tratamento trabalha, e não somente se ele funciona. Os ingredientes ativos referem-se aos elementos-chave do tratamento. São processos e intervenções dentro do tratamento que predizem resultados incrementais e que são distintos dos processos de mudança internos dos clientes. Vários elementos fazem parte do tratamento, como por exemplo: as características do paciente, o contexto de vida, a aliança terapêutica, a instauração de esperança no cliente, a empatia do profissional, entre outros.

Também são poucos os estudos que focalizam em como esse processo acontece. Sartes, Cruvinell e Ferreira (2017) afirmam que somente a partir do século XXI as investigações voltaram o olhar para os mecanismos e para os ingredientes ativos da IB, os FRAMES. Os ingredientes ativos são os elementos chaves no tratamento, ou seja, são processos e intervenções que influenciam diretamente nos resultados e que se diferem dos mecanismos de mudança internos do cliente. Segundo as mesmas autoras, a dificuldade na investigação desses ingredientes se relaciona diretamente com a variação do tempo da abordagem, com o conteúdo, com a forma de desenvolver a intervenção, com o perfil dos profissionais envolvidos na aplicação da técnica e também com o público alvo. Essa heterogeneidade, por sua vez, provoca contradições nos resultados encontrados em estudos sobre a efetividade da IB.

Em suma, os estudos sobre a IB até o século XX, apontavam para a existência dos ingredientes ativos, mas não se debruçaram sobre como eles agiam. Entretanto, é de extrema importância a avaliação do processo sobre como os mesmos influenciam no desenvolvimento da mudança, pois assim, será possível melhorar a efetividade da intervenção e, conseqüentemente, aumentar a disseminação da IB, além de proporcionar o entendimento acerca das inconsistências

encontradas nos estudos, a partir do conhecimento de quais características estão associadas à melhores respostas à IB.

Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo principal avaliar as percepções dos servidores acerca do processo das IBs que foram aplicadas para a redução do uso de álcool no ambiente de trabalho. Também será objetivo do presente estudo investigar os ingredientes ativos presentes nas IBs na perspectiva dos FRAMES, analisar a percepção dos servidores quanto aos princípios da IB, além de averiguar qual componente da IB que mais impactou na redução do consumo de álcool.

MÉTODO

A abordagem qualitativa foi escolhida por tratar-se de um método que favorece o estudo das percepções e das opiniões dos indivíduos em relação à sociedade na qual estão inseridas. Esta metodologia contribui para que os resultados da pesquisa representem de forma mais fidedigna a sociedade estudada, já que visa obter a compreensão dos significados de uma determinada situação (Turato, 2003). O presente estudo é classificado como descritivo, inserido em um contexto exploratório já que busca saber as percepções dos sujeitos acerca dos processos da IB.

PARTICIPANTES

Participaram do estudo 24 indivíduos que estavam de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ser funcionário efetivo da universidade, ter participado do estudo “Efeitos da IB para problemas relacionados ao uso de álcool em servidores universitários” no grupo que recebeu a IB; ter aceitado participar das entrevistas no período de 90 dias aproximadamente após a realização da IB, apresentar disponibilidade no dia das entrevistas. O número de indivíduos convidados a participar do estudo respeitou os critérios de saturação propostos por Fontanella, Ricas, e Turato, (2008), pois foi considerado o referencial teórico adotado, bem como o recorte dos objetivos de pesquisa.

LOCAL

O estudo foi realizado em uma universidade pública brasileira, em sala individual no próprio setor onde o servidor está lotado. A escolha deste local ocorreu por ser o local de trabalho dos servidores da universidade.

INSTRUMENTOS

-Roteiro de entrevistas semiestruturado: O roteiro da entrevista foi elaborado tendo como referência a revisão da literatura, os objetivos que decorreram da pergunta de partida, e a consulta de estudos análogos a esta experiência. As perguntas do roteiro de entrevistas foram baseadas nos princípios da IB - os FRAMES - proposto por Miller e Rollnick (2001). O roteiro de entrevistas também contou com adaptações das perguntas feitas no instrumento AUDIT a fim de avaliar os efeitos da IB neste contexto.

-Diário de Campo: O diário de campo serviu para o “auxílio” e funcionou como complemento da pesquisa. Trata-se, então, da descrição por escrito de manifestações verbais, ações, atitudes e circunstâncias físicas que se considerassem necessárias, assim como as reflexões dos investigadores.

-AUDIT - *Alcohol Disorders Identification Test*- Babor e Higgins-Biddle, (2003). Instrumento amplamente utilizado para triagem do uso do álcool. Foi aplicado como ferramenta de medição do padrão de uso de álcool de cada funcionário antes da aplicação da IB e três meses após as intervenções. Utilizamos o período para a resposta sobre o consumo de álcool de três meses anteriores à entrevista, de acordo com a literatura da área. Para a análise de dados foram utilizados o padrão do uso de álcool, a pontuação do AUDIT, e o número de doses consumidas.

PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade para aprovação (Parecer 1.164.078). Antes da realização da pesquisa foi realizado um treinamento para os pesquisadores a fim de prepará-los para a realização das entrevistas e das intervenções. A equipe de pesquisadores foi composta por uma docente em Psicologia, uma doutoranda em Psicologia e três estudantes de graduação em Psicologia. O treinamento inicial teve carga horária de 30 horas, e foi oferecido por uma docente e uma doutoranda que foram treinadas em um período de 12 meses anteriores ao estudo. No decorrer da pesquisa, foram feitas reuniões semanais durante a coleta de dados, a fim de esclarecer dúvidas e de reforçar as técnicas

aplicadas. As pesquisadoras não detinham conflitos de interesse com o estudo e aplicaram o mesmo modelo de intervenções, que foram baseadas no manual de Babor e Higgins-Biddle (2003) “Intervenções breves: para o uso de risco e nocivo de álcool - manual para uso em atenção primária”.

Este estudo é um recorte de um ensaio clínico randomizado, que visou avaliar a efetividade da IB para trabalhadores universitários. Os sujeitos de pesquisa em questão foram selecionados a partir de sorteio e é um recorte dos indivíduos que participaram do grupo que recebeu a IB neste estudo anterior. Para a realização da IB, as intervenções tiveram início com a leitura e assinatura do TCLE. Logo após se deu a aplicação do AUDIT, a fim de identificar o padrão de uso para o consumo de álcool. Os indivíduos que pontuaram de 8 a 19 pontos, ou seja, que foram classificados como usuários de risco ou nocivo de álcool, receberam a IB.

O conteúdo das IBs aplicadas abrangeu 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 servidores também foram orientados a ler o panfleto disponível pela CEBRID e foram informados sobre o contato via telefone após três meses (*follow up*).

Dentre os participantes que receberam as IBs e a avaliação de seguimento do estudo anterior, 24 participantes foram sorteados e convidados a participar também da análise qualitativa do presente estudo. A entrevista qualitativa foi realizada logo após a avaliação de seguimento, ou seja, essas entrevistas foram agendadas no período máximo de 120 dias após a aplicação das IBs. Os TAEs foram abordados nos locais de trabalho a fim de agendar um melhor horário para a realização das entrevistas qualitativas, e estabelecer uma sala individual para a aplicação dos questionários. Nessa abordagem foram explicitados os objetivos do estudo, e neste momento foi reforçada a questão do sigilo, para que o participante ficasse à vontade para participar das entrevistas.

Quanto à entrevista qualitativa, segundo Quivy e Campenhoudt (2005), a fase da coleta de dados consiste na construção de um instrumento capaz de recolher ou de produzir informação. A entrevista é considerada um instrumento que garante a autenticidade e profundidade dos dados

recolhidos, pois coloca frente a frente o entrevistador e o entrevistado numa verdadeira troca: de um lado temos o entrevistado que exprime as suas percepções ou experiências de um acontecimento ou situação; do outro lado encontra-se o entrevistador que facilita essa partilha e evita que ela se afaste dos objetivos da investigação. A entrevista semiestruturada caracteriza-se por não ser totalmente aberta, nem por possuir um grande número de perguntas pré-determinadas. O objetivo é deixar o entrevistado falar à vontade. Ao investigador cabe apenas reencaminhar a entrevista para os objetivos da pesquisa. O entrevistador não deve induzir respostas ao entrevistado, este método tem como vantagens a profundidade dos dados coletados, o menor tempo gasto na coleta das informações e a flexibilidade.

No momento das entrevistas, os servidores não foram identificados nos questionários de aplicação. Cumpre informar que, para o processo de construção do roteiro, além dos debates entre a equipe de pesquisadores, optamos por realizar seis entrevistas piloto com servidores da universidade a fim de adequar o roteiro aos objetivos da pesquisa, estas entrevistas foram consideradas como parte da amostra final.

As entrevistas foram gravadas com a permissão dos participantes e posteriormente foram transcritas para análise. As entrevistas foram lidas segundo as diretrizes de Guerra (2006), ou seja, “durante a leitura, registra na margem esquerda uma pequena síntese da narrativa (análise temática) e na margem direita a relação mais conceitual com o modelo de análise (análise problemática)”. Os dados são confidenciais e ficaram restritos aos pesquisadores, os questionários foram armazenados em pastas lacradas.

ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados contou com a análise descritiva da pontuação do AUDIT antes e após as IBs, bem como com a análise das doses consumidas antes e depois das IBs. Para a análise dos dados, no que concerne aos métodos qualitativos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo – do tipo estrutural e temático. Optamos por definir a priori um conjunto de categorias a serem analisadas, mas foi após o processo de inserção em campo e posterior análise do material é que chegamos à definição do conjunto de categorias explicativas relacionadas à temática. O processo de análise foi feito a partir da integração de todo o material coletado, o que permitiu uma visão abrangente de todo o conteúdo pesquisado. A análise de conteúdo foi realizada por três pesquisadores onde foram elencadas as categorias que apareceram com maior frequência. Além

dos assuntos que emergiram com maior frequência, também foram considerados aspectos particulares que surgiram mediante a análise de dados. Portanto foi utilizada a estratégia de categorização que, segundo Bardin (2008), é um processo de divisão dos componentes das mensagens analisadas em categorias, uma operação de cunho estruturalista que comporta duas etapas: o inventário (isolar elementos) e a classificação (repartir os elementos, fornecendo organização às escritas). A categoria seria uma “rubrica significativa ou uma classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso” (Guerra, 2006, p.80).

As categorias definidas a priori foram referentes à estrutura da IB, já que o objetivo foi avaliar como se deu o processo desta intervenção e qual foi a avaliação dos funcionários quanto a aplicação desta estratégia, portanto, as categorias definidas a priori estão presentes nos FRAMES (Miller e Rollnick, 2001). A pesquisa buscou avaliar como se deu o retorno (*Feedback*) sobre a pontuação do AUDIT e qual foi o impacto deste retorno na mudança de comportamento do indivíduo; buscou saber sobre o processo de responsabilização (*Responsability*); teve como foco também avaliar as informações fornecidas sobre o uso de álcool (*Advice*); buscou saber sobre quais estratégias foram utilizadas pelos servidores (*Menu of Options*); foi também objetivo avaliar o impacto da *empatia* (*Empathy*) e da auto-eficácia (*Self- efficacy*) no processo de mudança do comportamento sobre o uso do álcool.

Após a análise do material, outras subcategorias emergiram como “motivação” para a mudança de comportamento, “reflexão e ambivalência” e os “benefícios” da redução. A análise realizada foi duplo cega, com um juiz de síntese. Ou seja, duas pesquisadoras leram todo o material, classificaram as categorias mediante a sua influência no processo de mudança do comportamento de beber e, após esta caracterização, as respostas em “desacordo” foram enviadas a um terceiro pesquisador, que opinou por uma das respostas. Os princípios da IB que investigaram diretamente o quanto tal princípio influenciou no processo de mudança, foram categorizados como: “Influenciou na redução de consumo”, “não influenciou na redução”, “não compreendeu a questão” ou “não respondeu”. Na classificação “não respondeu” foram alocadas respostas que não contemplavam a pergunta inicial, dados perdidos, ou respostas em branco. Na subcategoria “responsabilização”, procurou-se saber o quanto o indivíduo se sentiu responsabilizado após a IB, e na subcategoria “autoeficácia” buscou-se averiguar o quanto o indivíduo se sentiu encorajado a mudar o comportamento após a IB.

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram 13 homens e 11 mulheres, todos servidores universitários lotados no mesmo Campus de uma universidade pública. As profissões variaram entre administradores, gerentes, profissionais de nível superior, profissionais de nível técnico e profissionais de saúde. Do total de casos, 13 indivíduos reduziram o padrão de consumo segundo o AUDIT, após a aplicação das IBs, passando de consumo de risco e nocivo para consumo de baixo risco, e 11 indivíduos não mudaram o padrão de consumo, permanecendo na faixa de uso de risco. Apesar desses 11 indivíduos não mudarem a faixa do padrão de uso no AUDIT, 10 indivíduos sinalizaram redução nos padrões de uso. Somente um indivíduo não apresentou redução nos escores do AUDIT.

Tabela 9 – Dados sociodemográficos dos participantes

		N	%
Sexo	<i>Masculino</i>	13	54,2
	<i>Feminino</i>	11	45,8
Idade média		44,1	
Escolaridade	<i>4a. Série Fundamental</i>	1	4,2
	<i>Médio completo</i>	5	20,8
	<i>Superior completo</i>	6	25,0
	<i>Pós-graduação</i>	12	50,0
Desfecho casos	<i>Baixo Risco após IB</i>	13	54,2
	<i>Uso de risco após IB</i>	11	45,8
Média de doses consumidas no grupo	Doses de álcool antes da IB	12.1	
	Doses de álcool após a IB	7.0	

Os resultados a seguir foram sintetizados em duas categorias principais: 1- Fatores associados aos princípios da IB; 2- Fatores complementares a IB.

FATORES ASSOCIADOS AOS PRINCÍPIOS DA IB

Nesta categoria, foram incluídos fatores internos, que foram trabalhados durante a sessão de IB. As subcategorias incluídas nesta análise foram: *Feedback*, Responsabilização, Aconselhamento, Menu de opções, Empatia e Autoeficácia. A tabela abaixo ilustra a percepção dos servidores quanto aos princípios que mais influenciaram para a redução de consumo de álcool, bem como a percepção dos mesmos quanto aos processos de responsabilização e autoeficácia.

Tabela 10 – Frequência e porcentagem das respostas dos participantes acerca do impacto dos FRAMES utilizados na IB sobre o consumo de álcool

CATEGORIAS	Influenciou na redução do consumo (N-24)	Não influenciou na redução do consumo (N-24)	Não compreendeu a questão (N-24)	Não respondeu (N-24)
<i>FEEDBACK</i>	15 (62,5)	4 (16,6)	2 (8,3)	3 (12,5)
<i>EMPATIA</i>	14 (58,3)	4 (16,6)	4 (16,6)	2 (8,3)
<i>ACONSELHAMENTO</i>	13 (54,1)	5 (20,8)	3 (12,5)	4 (16,6)
<i>MENU DE OPÇÕES</i>	10 (41,6)	8 (33,3)	0	6 (25,0)
<i>RESPONSABILIZAÇÃO</i>	Se sentiu responsabilizado (N-24)	Não se sentiu responsabilizado (N-24)	Não compreendeu a questão (N-24)	Não respondeu (N-24)
	17 (70,8)	2 (8,3)	1 (4,1)	4 (16,6)
<i>AUTOEFICÁCIA</i>	Se sentiu encorajado (N-24)	Não se sentiu encorajado (N-24)	Não compreendeu a questão (N-24)	Não respondeu (N-24)
	12 (50,0)	2 (8,3)	2 (8,3)	8 (33,3)

Feedback

Como descrito na tabela 2, o *Feedback* foi o princípio da IB mais lembrado pelos participantes quanto a redução de consumo. Isso pode ser corroborado pela fala de alguns entrevistados que serão exemplificadas abaixo. Percebe-se que a partir das falas, o *feedback* pode ter contribuído para uma tomada de consciência inicial, para o “despertar” de uma futura mudança. O *feedback* foi apresentado para o participante, mediante a figura de uma pirâmide com os padrões de consumo “Baixo Risco”, “Uso de risco/ nocivo” e “Provável Dependência”.

C: “Eu fiquei pensativa, influenciou sim para diminuir”.

R: “Influenciou muito! (...) isso é muito bom, gera consciência, é muito importante... eu já tenho uma consciência dentro de mim né, e isso ajuda muito, bastante” ...

P: “Saber dessa pontuação te dá um alerta, acende a luz vermelha e você começa a ficar mais precavido, acho que é nesse sentido que eu avalio essa pirâmide [o feedback] (...). Quem consome, às vezes não está preocupado. E aí quando vocês levantam questões, que a gente começa a se autoavaliar, e a se autocriticar, no conjunto da obra, eu diria, estas questões fazem um sentido que te colocar a pensar”.

Mediante relato dos participantes, o princípio “*Feedback*” também emergiu como o princípio da IB que mais chamou a atenção dos sujeitos de pesquisa. Alguns participantes relataram esse momento como uma informação de “alerta”, e outros relataram espanto quando perceberam que estavam além do limite no que tange ao uso de bebidas.

J: “O que me deixou um pouco assustada foi a pontuação do consumo de álcool, não sei se a escala é um pouco rigorosa, eu fui enquadrada numa escala de risco”.

C. A: “A forma com que ela expôs a situação, dando assim limites no consumo e orientação fez com que eu diminuísse a bebida (...)”.

Em relação a essa categoria, percebe-se que o *feedback* assumiu um caráter de conscientização acerca do uso de álcool, de estabelecer limites para o uso, e de esclarecer que este consumo pode estar acima do estabelecido pelo Ministério da Saúde (Babor et al, 2007). Alguns manuscritos corroboram com o presente estudo, pois apontam que o simples *feedback* pode influenciar na diminuição do consumo de álcool, gerando conscientização do problema e motivação para a mudança (Donovan et al., 2012, Pengpid, Peltzer, Skaal e Heever, 2013, McCambridge e Day, 2007, Lock et al., 2006).

Empatia

Conforme foi demonstrado na tabela, a empatia foi o segundo princípio que mais influenciou na redução do consumo de álcool entre os servidores. Durante a IB, houve um esforço por parte das pesquisadoras em manter uma postura empática, compreensiva e solidária diante dos servidores que receberam a intervenção (Jomar & Abreu, 2012). Assim como sugerido por Micheli, Fisberg & Formigoni (2004), as pesquisadoras tiveram uma postura empática mesmo quando os participantes foram confrontados com feedback ou receberam conselhos diretos, já que esta é um forte determinante para motivação e mudança do sujeito.

Ao serem questionados sobre a influência da empatia na diminuição do consumo de álcool, a maioria dos servidores confirmou a importância desse fator e relataram uma sensação de conforto durante a condução das intervenções, como pode-se observar nos exemplos a seguir.

L: “(...) ela foi muito prestativa, atenciosa, cautelosa. Me deixou a vontade na entrevista”.

N: “Não, influenciou sim, com certeza, tá? Foi uma conversa muito tranquila também uma conversa agradável, né. Ela abordou de uma maneira bem, né, bem agradável, bem interessante. Nossa conversa foi bem, bem legal, tá? Influenciou sim”.

R: “Sim, muito simpática, aberta e interessada em me ajudar”.

O fato de a empatia ter sido o segundo princípio que mais influenciou na redução do consumo de álcool entre os servidores está em consonância com o estudo de Lambert e Barley (2001). Os autores postulam que há quatro áreas que englobam os fatores que influenciam os

resultados terapêuticos: fatores extraterapêuticos, efeitos de expectativa, técnicas de terapias e fatores comuns. Essa última área engloba a empatia e a aliança terapêutica e se relacionam mais com os resultados do que os efeitos de expectativas e as próprias técnicas utilizadas.

Aconselhamento

Os aconselhamentos incluíram informações sobre as consequências físicas e sociais do uso de álcool bem como das consequências de beber e dirigir, beber e comportamentos de risco, entre outros. A partir da análise realizada, percebe-se que os respondentes consideraram as informações como relevantes na redução do consumo de álcool, como: consequências do álcool para a saúde, diminuição dos reflexos, degeneração de células cerebrais, beber e dirigir, entre outras. No entanto, alguns profissionais de saúde entrevistados, não relataram importância dessas informações na redução do consumo de álcool, pois se tratavam de informações familiares para estes participantes.

R: “Influenciou muito, muito... O meu caso é mais problema físico, que eu dirijo o tempo inteiro. Como eu tenho carro, posso colocar outras pessoas em risco (...) quanto ao corpo, influenciou muito mesmo, o figado está ótimo...”

F: “(...) é, as informações meio que passam intocadas né, é bom saber, tem umas coisas igual câncer de esôfago... acho que eu não sabia disso... (...) influenciou sim para a redução”.

N: “As informações influenciaram pouco, porque eu já sou nutricionista, então eu já tenho noção”.

Percebe-se que as informações sobre as consequências do uso de álcool fizeram sentido para uma parte dos participantes da pesquisa, pois 54,1% dos indivíduos relataram que as informações auxiliaram na redução do consumo. O princípio “Aconselhamento” também surgiu como o terceiro item que mais contribuiu para a redução do consumo dos participantes, sobretudo devido às informações sobre a saúde:

L: “O que mais me comoveu foi a respeito da bebida (...). Ela ia conversando sobre o que a

bebida faz, que a bebida traz, até mesmo financeiramente. Então pra mim foi ótimo. E ela alertou muito as pessoas, até os outros colegas, também comentaram a esse respeito”.

Os estudos de Levy, et al (2002) corroboram com esses achados pois sabe-se que para que haja uma efetiva mudança de comportamento, é necessário a compreensão, elaboração e domínio do conhecimento para seu uso potencial ou efetivo, ou seja, as informações aplicadas de forma isolada, exercem pouca influência no processo de mudança comportamental, sendo necessária a informação aliada a outras formas de intervenção, como na IB.

Responsabilização

Grande parte dos participantes sentiu-se responsabilizados sobre o uso de álcool após a aplicação das IBs. Este componente da IB é relevante, pois sinaliza que o usuário tem responsabilidade sobre o seu uso de álcool e sobre a opção de reduzir ou não o uso (Miller e Rolnick, 2001). Devido a experiências das pesquisadoras na aplicação das IBs, e mediante revisão da literatura, percebe-se que o processo de responsabilização dos indivíduos que receberam a IB não ocorreu de maneira “fixa” e programada nas intervenções realizadas. Existe uma preocupação em não “obrigar” o participante a mudar o comportamento, e sim deixá-lo responsabilizado e empoderado sobre esta escolha. Whacther, (2013) considera o processo de responsabilização multifacetado, e questiona se a responsabilização pessoal deveria ser assegurada por terceiros (como colegas, pacientes, sistemas de saúde ou agências reguladoras) ou pelos próprios profissionais. Outra questão levantada pelo autor é a importância relativa da responsabilização pessoal versus institucional e a conclusão de que a responsabilização seja altamente influenciada pela estrutura e pela cultura da instituição.

Se compararmos o processo de responsabilização com os demais princípios da IB, este se mostra um processo de difícil mensuração, com variáveis subjetivas. Portanto, embora fosse questionado aos participantes o quanto a responsabilização influenciou na redução do consumo, por se tratar de uma questão subjetiva e de difícil interpretação, após o estudo piloto a equipe de pesquisa optou por questionar o quanto o indivíduo se sentiu “responsabilizado” após as intervenções.

E: “Eu acho que sou totalmente responsável pela mudança”

P: “Acho que a responsabilidade sempre é nossa né, porque a partir do momento que você aceita a bebida, mesmo que alguém te ofereça, você está se responsabilizando pelo o que você está fazendo né, principalmente depois da maioridade, você já tem consciência do que está fazendo, ou pelo menos, deveria ter né, estar consciente de que o uso de álcool te leva a determinadas condições, que se você beber muito, vai ficar tonto, que você pode passar mal, então, a consciência nossa e a responsabilidade é nossa”.

Menu de opções

O item menu de opções foi abordado a partir da detecção dos comportamentos que atuavam como situações de risco para o consumo de bebidas alcoólicas dos servidores, e partir desses, foram elaboradas alternativas e estratégias de ação para que essas situações, chamadas de gatilhos, fossem evitadas. A identificação dos gatilhos incluía informações como: o local no qual o consumo ocorria, em quais companhias, com quais motivações, entre outras. Dessa maneira, as estratégias foram elaboradas de acordo com a especificidade das necessidades e situações de risco de cada participante, aumentando a sensação de controle, escolha pessoal e autonomia (Marques & Furtado, 2004). A influência do menu de opções foi bem clara para alguns participantes, como o exemplo a seguir:

C: “Ah é igual eu te falei, as companhias, a gente não tomava latinha, a gente tomava era litrão. Ontem mesmo, teve uma situação desta assim. Mas eu evitei e fui embora. Foi essa coisa. Uma é evitar as companhias e outra é diminuir as saídas. Evitar de ir nos locais onde, possivelmente você tem aquela situação de convivência com os amigos”.

J: “Ah sim... falou sobre a caminhada. Eu faço muito palavra cruzada, leitura. Eu passei a tomar mais água”.

Outros participantes, como no exemplo abaixo, apesar de relatarem não terem tido o consumo influenciado especificamente pelo menu de opções, apontam estratégias trabalhadas para evitar situações de risco como importantes no processo de redução do consumo de álcool. Outras estratégias relatadas pelos participantes foram: intercalar água com bebida alcoólica, alternar alimentos com bebida alcoólica, praticar exercícios físicos, e aumentar as atividades de

lazer.

F: “Eu não cheguei a utilizar essa prática não. Mas a redução de, é, do tempo assim, da intensidade né, da bebida, beber mais devagar, e com menos frequência”.

Outros participantes relataram que se lembraram de algumas estratégias, mas que não chegaram a colocá-las em prática. Com isso, citaram outros componentes da IB que influenciaram na redução de consumo, como o *feedback*, por exemplo:

L: “Ah sim, apresentou. Falou de você divertir, dançar, amizade. Então tudo isso substitui a bebida. Com certeza, né. Eu não fiz nada. Só pus aquilo na mente que eu tava bebendo, que era suficiente de repente para me deixar num grau que tá errado. Então isso aí me alertou para eu parar. Foi onde eu parei mesmo”.

Autoeficácia

Durante a realização das intervenções, a autoeficácia foi trabalhada no sentido de instaurar nos participantes a confiança na sua capacidade em reduzir o seu consumo de álcool, estimulando a autoconfiança e encorajando os servidores a realizar essa mudança, já que a baixa autoeficácia pode ser uma barreira ao sucesso da intervenção (Reis & Castro, 2016).

A maioria dos servidores relatou se sentir encorajado após a intervenção, como é demonstrado nos dois primeiros exemplos abaixo. Entretanto, também é alto o número de participantes que não respondeu à pergunta sobre a autoeficácia, como foi apresentado na tabela 9. Muitos deles não entenderam o propósito das questões relativas à autoeficácia. Uma possível explicação para esse fenômeno pode estar no fato da autoeficácia ser um constructo baseado em um julgamento pessoal e, conseqüentemente, subjetivo e, por isso, os servidores podem não ter percebido-a de forma concreta (Bandura, 1993).

J: “Eu senti que eu não dependo daquilo”. (álcool)

N: “Senti, senti sim. Nós somos responsáveis né, por aquilo que nós fazemos e senti, senti sim. Me senti capaz sim, posso fazer isso”.

2- Fatores complementares a IB

Nesta categoria foram incluídas outras três subcategorias: Motivação, Benefícios e Reflexão e ambivalência:

Tabela 11- Questões complementares a IB

<i>Motivação após a IB</i>	Se sentiu motivado	Não se sentiu motivado	Não se sentiu motivado e nem desmotivado	Não respondeu
	15 (62,5)	4 (16,6)	2 (8,3)	3 (12,5)
<i>Benefícios com a redução do consumo</i>	Se sentiu beneficiado	Não se sentiu beneficiado	Não sentiu benefícios ou malefícios	Não respondeu
	19 (79,1)	4 (16,6)	0	1 (4,1)

Motivação

Sabe-se que um dos objetivos da IB é motivar o indivíduo para que a mudança de comportamento possa ocorrer no presente momento ou em situações futuras. Esta intervenção também objetiva provocar uma reflexão para a busca de tratamento especializado, caso seja necessário. Em relação os participantes da pesquisa, 15 (62,5%) entrevistados se sentiram motivados a diminuir o uso de bebidas após a aplicação das IBs. Apenas quatro (16,6%) indivíduos não se sentiram motivados.

As razões que conduziram os funcionários a mudar o comportamento são as mais diversas, tendo como motivadores a família, a conscientização sobre o consumo, o risco que causa à saúde e a disposição para viver melhor o dia seguinte. A seguir, algumas respostas dos participantes que corroboram o apresentado:

A: “No outro dia você acorda mais disposto (...)”

L: “A entrevista me motivou, ela falou e explicou direitinho os riscos e a probabilidade de ficar mais dependente do álcool, então ela ajudou sim. Fiquei mais consciente”.

V: “Me senti motivada. Pensei mais nos meus filhos”...

Benefícios da redução do consumo

Os benefícios da IB, com a conseqüente redução do consumo de álcool, citados pelos entrevistados se somaram a melhorias na saúde física e mental, como exemplo: melhoria na alimentação, sono, nos exames de sangue, disposição, melhora no fígado, melhoria na enxaqueca, na concentração, memória, na irritação e ansiedade, na saúde mental, redução de peso e menos inchaço. Outros participantes também relataram maior produtividade, melhora na relação com família, melhorias na estética e aumento de atividades físicas. Ferreira et al. (2016) afirmam que a redução de doses consumidas pode atenuar os efeitos clínicos do álcool sobre o organismo dos indivíduos, diminuir o absenteísmo no trabalho, melhorar as relações familiares, aumentar a disposição física, entre outros.

L: “Estou com mais disposição, memória está melhor, melhor saúde e emagrecimento”.

LT: “O relacionamento com a família muda muito né. As pessoas, o filho, e até a esposa mesmo, encara a gente de outra maneira”.

D: “Tenho feito coisas profissionalmente mais produtivas pra mim. Acho que eu tenho conseguido atingir com mais facilidade alguns objetivos em termos de projetos pessoais”.

Reflexão e ambivalência

Alguns entrevistados citaram que passaram a refletir sobre o consumo de álcool a partir das entrevistas realizadas. Outros participantes se mostraram ambivalentes quanto aos benefícios da IB, como demonstrado nas falas abaixo:

PV: “Sim, eu acho que foi bastante elucidativa, trouxe bastante questões para reflexão. E eu me vejo muito mais em condições de controlar, de reduzir e muitas vezes de não consumir agora”.

R: “A entrevista influenciou completamente no meu consumo, mas não consigo visualizar ainda diminuindo meu consumo de álcool e que benefícios vão trazer para minha vida, pelo contrário, talvez vou perder contato sociais”.

Em relação aos riscos e benefícios percebidos sobre o consumo de álcool, sabe-se que o desenvolvimento da discrepância, um dos princípios da EM, visa clarificar para o indivíduo a desconexão entre as consequências do consumo de álcool e seus objetivos e valores. Isso sugere que a percepção sobre riscos e benefícios pode influenciar no comportamento de mudança. (Miller e Rolnick, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que tange ao objetivo do presente estudo, conclui-se que os princípios da IB que mais tiveram impacto na percepção dos participantes quanto a redução do consumo foram o “*feedback*”, “o aconselhamento” e a “*empatia*”. A partir desses achados, pode-se observar que uma intervenção mais curta e objetiva, utilizando somente o *feedback* e o aconselhamento, de uma forma empática, talvez seja uma opção plausível para ser aplicada no ambiente de trabalho e também em outros contextos para usuários de risco e nocivo de álcool. Segundo os estudos de Ronzani, Mota e Souza, (2009) e Amaral, Ronzani e Souza- Formigoni, (2010) a IB é viável de ser aplicada, mas devido a vários fatores como falta de preparo dos profissionais, sobrecarga de trabalho, cultura organizacional e falta de engajamento dos gestores, esta intervenção não é devidamente aplicada nesse contexto. Os estudos de Saitz et al, (2010) e McCambridge & Saitz, (2017) corroboram com esses achados, pois embora as IBs possam ser realizadas em diversos ambientes, sendo potenciais estratégias preventivas, a sua efetividade e aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde ainda requer estudos mais rigorosos que possam avaliar o seu impacto e a sua real efetividade.

Outra questão a ser considerada, é que o *feedback* e os aconselhamentos foram demonstrados neste contexto através de imagens contidas em um panfleto. O *feedback* foi

demonstrado através da imagem de uma pirâmide com os níveis de padrões de uso do álcool, e os aconselhamentos foram sinalizados mediante ilustrações das consequências do uso de álcool para o indivíduo. Pelos achados do presente estudo, as imagens e ilustrações podem ter ocasionado o diferencial esperado em relação aos outros princípios da IB, já que são mais objetivos, ilustrativos, e por si só chamam a atenção dos participantes de forma visual e explicativa. De qualquer forma, essas metodologias podem ser mais exploradas na administração das IBs, já que é consolidado na literatura o fato de que a aprendizagem e a memória são mais influenciadas quando se combina mais de um canal sensorial, como a audição e a visualização de imagens, por exemplo. (Felder & Silverman, 1988).

Em relação à empatia, nos achados do presente estudo a relação estabelecida entre o entrevistador e entrevistado parece ter tido um impacto importante na motivação para a mudança. Isso vai ao encontro da teoria da EM proposta por Miller e Rollnick, (2001) que considera relevante ter uma escuta respeitosa com o participante e também ter a intenção de compreender suas perspectivas. Outra questão central na EM é a aceitação da posição do participante em relação a seu problema, sem julgar ou criticar tal postura. Outros estudos também corroboram com tais achados já que consideram a aliança terapêutica como fator preditor para a diminuição do uso de álcool e outras drogas (Ilgen, McKellar, Moos & Finney, 2006; Gibbons et al, 2010; Kan, Henderson, Sternberg & Wang, 2014).

Ainda sobre a motivação para a mudança, os participantes relataram que se mostraram reflexivos após as intervenções, o que demonstra que a mudança de comportamento sobre usar o álcool pode ocorrer em momento futuro, e não necessariamente no momento da aplicação da IB. Os autores Prochaska e DiClemente (1983) dissertam sobre a roda da mudança na motivação, que significa que os usuários de álcool e outras drogas podem se encontrar nos estágios de pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção sem necessariamente estacionar em um estágio fixo de motivação. Conforme esta teoria a motivação pode ser alterada ao longo do tempo por fatores individuais e situacionais.

Além da motivação muitos benefícios foram citados pelos participantes em relação a IB, como melhoria na saúde, alimentação, relações sociais, entre outros. Outra questão exposta pelos participantes foi à satisfação em participar do estudo. Muitos relataram trabalhar na instituição há muitos anos e nunca terem recebido uma intervenção que considerasse e desse destaque à saúde

do servidor público. Além disso, destacaram a intervenção como um espaço de fala, onde tinham a possibilidade de falar sobre suas questões, serem ouvidos e orientados em relação às mesmas.

Apesar do retorno da intervenção ter sido predominantemente positivo na maioria dos casos relatados, algumas respostas dos participantes demonstraram que estes não enxergaram benefícios com a IB. Nesta perspectiva, uma questão importante é saber ao certo quem é beneficiado pela IB, a fim de investigar em qual público esta intervenção se mostra eficaz (Saitz, 2014). Somado a este fato, os estudos sobre a efetividade das IBs possuem metodologias muito heterogêneas (Bertholet et al., 2005; Kaner et al., 2009, Saitz et al., 2010), sendo fundamental consolidar melhores achados para compreender quais IBs funcionam, para quais populações e em quais contextos e/ou circunstâncias.

Também ficou evidente durante as intervenções a necessidade da ampliação da IB para outros contextos, fato que foi sugerido por alguns participantes durante as entrevistas. Alguns cenários importantes para essa ampliação foram explicitados por eles, que convergem com os contextos que a literatura aponta como importantes em relação ao consumo de álcool, como projetos de prevenção ao consumo de álcool com adolescentes (Alavarse & Carvalho, 2006; Barroso, Mendes & Barbosa, 2013); projetos de prevenção de acidentes de trânsito em decorrência do consumo de álcool (Abreu, Lima, Matos & Pillon, 2010; Abreu, Lima & Alves, 2006); e intervenção com a família das pessoas que possuem problemas relacionados ao consumo de álcool para orientação e apoio (Malta, Porto, Melo, Monteiro, Sardinha & Lessa, 2011; Melo, Caldas, Carvalho & Lima, 2005). Essa percepção dos participantes pode indicar o reconhecimento da importância e relevância da intervenção por parte dos mesmos.

Dentre as limitações do presente estudo, sugerimos que existam análises qualitativas com o objetivo de clarificar outros ingredientes ativos na IB e qual é o público que é beneficiado por essas intervenções. Outra sugestão é elaborar pesquisas que comparem a IB tradicionalmente aplicada, com outra intervenção que contemple somente os ingredientes ativos feedback, aconselhamentos e empatia, a fim de fornecer evidências sobre os resultados de uma IB mais curta e objetiva.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática do uso de álcool e outras drogas merece atenção na atualidade já que o uso dessas substâncias tem um grande impacto para a saúde em nível mundial. Segundo dados do Relatório Mundial do Escritório das Nações Unidas sobre Controle de Drogas e Crime (UNODC) apresentado em 2016, 247 milhões de pessoas com idade entre 15 e 65 anos fizeram o uso de drogas pelo menos uma vez em 2014. Dentre essas, mais de 29 milhões sofrem com distúrbios relacionados a esse uso e apenas uma a cada seis pessoas estão em tratamento. O mesmo relatório afirma que o uso de álcool é responsável mundialmente por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos de vida útil perdidos. Em 2012, houve 3,2 milhões de mortes no mundo causadas pelo consumo excessivo de álcool, 5,9% do total, acima de AIDS e tuberculose (UNODC, 2016).

Com a finalidade de aprofundar em outras condições de saúde na população de servidores, além do uso problemático de álcool, o estudo 1 foi realizado com o objetivo de saber se existem possíveis agrupamentos e perfis de saúde/doença na amostra total de servidores. Os achados permitem concluir que existe uma alta prevalência de adoecimento tanto físico quanto psicológico na amostra de servidores, e que esta proporção está em consonância com os dados da população geral. Os sintomas mais prevalentes foram os associados à depressão, ansiedade, insônia e problemas osteomoleculares. Os homens, usuários de álcool, mostraram-se mais adoecidos entre a população, sobretudo os que tinham escolaridade mais baixa. O perfil de bebedores também está de acordo com a literatura, já que são homens, mais velhos, com mais de 20 anos de trabalho, e que exercem profissões menos privilegiadas na sociedade.

Os dados do estudo 1 são corroborados por publicações da OIT (2015), já que a cada ano, surgem 160 milhões de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho. Além disso, a OIT afirma que quase dois milhões de pessoas morrem por causa de tais doenças e 358 mil pessoas morrem por acidentes relacionados ao trabalho. Com isso faz-se necessário refletir sobre as condições da saúde dos trabalhadores e os efeitos do afastamento do trabalho para tratamento de saúde com o objetivo de formular políticas públicas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos trabalhadores, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo.

Estudos sobre doenças mentais na Europa também alertam sobre a necessidade do investimento em programas de prevenção e promoção á saúde da população, já que a ansiedade, os transtornos de humor e a dependência de substâncias são frequentes na população. Estes

sintomas afetam 27% da população adulta, ou 82,7 milhões de pessoas, sendo a ansiedade o transtorno mais frequente, seguida dos transtornos de humor, doenças somáticas e dependência de substâncias (Wittchen & Jacobi, 2005). Outros estudos concluíram que 38,2% da população europeia sofre de alguma doença mental, ou seja, 164,8 milhões de pessoas, sendo o transtorno mais frequente a ansiedade, seguida da depressão, insônia, transtornos somatoformes e dependência de substâncias (Wittchen et al., 2010).

Diante da perspectiva de prevenir transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, a IB surge como alternativa promissora no campo da atenção primária, e esses achados fizeram com que o presente trabalho tivesse como objetivo a testagem da IB para o contexto de trabalho. O estudo 2, que se tratou de um ensaio clínico randomizado, teve por objetivo avaliar os efeitos da IB para a redução do uso de álcool, e trouxe como resultados que a IB pode ser uma ferramenta estratégica para reduzir o uso de álcool entre servidores universitários, já que essa intervenção apresentou resultados positivos quanto a diminuição do uso dessa substância. Somado a esses achados, faz-se necessário aplicar a IB com uma periodicidade maior no ambiente de trabalho, já que os efeitos da mesma tendem a se igualar aos efeitos do grupo controle, ao longo de 12 meses. Outra alternativa que se mostrou eficaz, porém em menor escala, foi fornecer um feedback do instrumento de rastreio, conjuntamente com informações impressas sobre o álcool, que configurou o grupo controle denominado “Feedback e panfletos”. Caso a instituição não possua recursos organizacionais para implementar um programa mais amplo de prevenção ao uso de álcool, essa última estratégia pode apresentar resultados também positivos quanto a redução do uso de álcool, porém com efeitos mais brandos e a curto prazo.

Levando em consideração a grande adesão ao presente estudo, conclui-se que estratégias de prevenção e promoção de saúde que utilizem o cuidado e o acolhimento como prioridade podem estabelecer um clima favorável para a adesão dos participantes. Um programa mais amplo sobre a saúde do trabalhador que contemple fatores de bem estar psicológico e qualidade de vida, podem oferecer um espaço de escuta, reflexão e mudança de comportamento. O fato de o presente estudo ter retirado o foco de intervenções sobre drogas, e investido em ações de bem estar e acolhimento dos participantes, contribuíram para a adesão e efetividade das ações.

Ainda sobre os resultados do estudo 2, não foi possível estabelecer com os achados do presente estudo, um perfil ideal de indivíduos que são beneficiados pela IB. As análises estatísticas realizadas relevaram que a pontuação do AUDIT, quanto mais se aproximava do

padrão de uso nocivo, mais contribuía para o sucesso da intervenção. No entanto, características sociodemográficas como sexo, idade, tempo de trabalho, religião, escolaridade, entre outros, não tiveram associação com melhores resultados da IB, porém mais pesquisas são necessárias a fim de investigar esse desfecho.

A fim de saber qual foi o real impacto da IB entre os servidores que foram sorteados para receber essa intervenção, o estudo 3 buscou saber qual foi a percepção dos servidores universitários acerca do processo da IB e também de cada um dos seus ingredientes ativos, caracterizados pelos FRAMES. Os resultados mostraram que o feedback sobre a pontuação do AUDIT, o aconselhamento, e a empatia exerceram um papel relevante para que os indivíduos lembrassem da IB e permanecessem com a redução do uso de álcool. Conclui-se a partir disso que reformular a IB, garantindo que a mesma contemple de forma estruturada esses três ingredientes, pode ser uma alternativa para a melhor aplicabilidade dessa intervenção em vários contextos, já que é demonstrado na literatura que a IB é eficaz, porém que ainda não é efetiva e devidamente aplicada (Amaral, Ronzani, & Souza Formigoni, 2010). Outra questão a ser observada em relação a IB é a heterogeneidade de métodos aplicados não sendo possível determinar qual tipo de IB seria mais adequado e eficaz.

Cabe ressaltar, no estudo 3, os benefícios citados pelos participantes decorrentes da diminuição do uso de álcool, influenciados pelo processo da IB. Os participantes relataram melhorias na saúde como um todo, na alimentação, sono, estética, e também nas relações sociais. Conclui-se que a implementação da IB no ambiente de trabalho pode acarretar não somente uma prevenção quanto ao uso de álcool, mas também efeitos sobre a qualidade de vida e saúde como um todo, diante de uma perspectiva biopsicossocial.

Conclui-se a partir dos três estudos realizados que é necessário nas instituições públicas de ensino, uma política mais ampla de promoção à saúde do servidor universitário, que contemple a prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho, bem como outras questões sobre a saúde física, mental, e qualidade de vida dos servidores. Somado a este fato se conclui que a IB mostrou-se uma alternativa efetiva para ser aplicada no ambiente de trabalho universitário, visando à redução do uso de álcool, principalmente por ser curta, de baixo custo, e estruturada com os princípios que abrangem o feedback, o aconselhamento e a empatia. Também se conclui que a IB deve ser aplicada conjuntamente com outras estratégias em prol da saúde do

trabalhador, que retire o foco de intervenções sobre o “álcool e outras drogas” e que se leve em consideração fatores estruturais das instituições de ensino que predizem o adoecimento mental.

De acordo com de Lucena Macedo e Silva (2018) ações que visem promover a saúde dos trabalhadores podem trazer impactos na redução de gastos públicos, já que o crescimento de afastamentos do trabalho aumenta os gastos do Estado com a Seguridade Social. A promoção da saúde é uma das ações mais estratégicas para que se possa prevenir o adoecimento dos trabalhadores. O diagnóstico precoce e o estabelecimento de políticas de reabilitação devem integrar o escopo de políticas públicas voltadas para a saúde e o bem-estar do trabalhador.

9- REFERÊNCIAS

- Abdalla, M. A. C. S. (2014). Prevalência de sintomas de depressão em trabalhadores de uma universidade pública. (Tese de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora- Juiz de Fora, MG.
- Abreu, Ângela Maria Mendes, Lima, Jose Mauro Braz de, Matos, Ligia Neres, & Pillon, Sandra Cristina. (2010). Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(spe), 513-520.
- Abreu, Angela Maria Mendes, Lima, José Mauro Braz de, & Lima, José Mauro Braz de. (2006). O impacto do álcool na mortalidade em acidentes de trânsito: uma questão de saúde pública. *Escola Anna Nery*, 10(1), 87-94.
- Alavarse, Glória Maria Assis, & Carvalho, Maria Dalva de Barros. (2006). Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. *Escola Anna Nery*, 10(3), 408-416
- Amaral, R. A. D., & Malbergier, A. (2004). Evaluation of a screening test for alcohol-related problems (CAGE) among employees of the Campus of the University of São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 156-163.
- Amaral, M. B., Ronzani, T. M., & Souza Formigoni, M. L. O. (2010). Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: an experience in Brazil. *Drug and alcohol review*, 29(2), 162-168.
- Andrade, T. M. & Espinheira, C.G.D.A.G. (2008) A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In P.C.A.V. Duarte & M.L.O. Formigoni, *SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas*, Brasília: SENAD.
- Andrade, V., Andrade, P. C., Leite, Â. M., & Araújo, C. M. (2012). Qualidade de vida de servidores técnico-administrativos: um estudo de caso doi: [http://dx. doi. org/10.5892/ruvrv. 2012.101. 304312](http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2012.101.304312). *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 10(1), 304-312.
- Araújo, G. K. D. S. (2016). O papel do enfermeiro na IB para usuários de álcool no CAPS-AD III no município de Maceió/AL.
- Babor T, Higgins-Biddle J.C. (2003). Intervenções breves: para o uso de risco e nocivo de álcool - *manual para uso em atenção primária*. Ribeirão Preto: PAI-PAD.
- Babor TH, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG (2006). AUDIT - Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool: *Roteiro para Uso em Atenção Primária*. Ribeirão Preto: PAI-PAD;

- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance abuse*, 28(3), 7-30.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist*, 28(2), 117-148.
- Beck Filho, J. A., Amorim, A. M., & Fraga-Maia, H. (2016). Consumo de álcool entre os trabalhadores do corte da cana-de-açúcar: prevalência e fatores associados. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 6(3).
- Bertholet, N., Daepfen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, 165(9), 986-995.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88(3), 315-336.
- Brasil, (2001). Doenças relacionadas ao trabalho. Ministério da Saúde. Manual dos procedimentos para os serviços em saúde. Série A- Normas e manuais técnicos, nº 117. Brasília- DF Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf
- Brasil, (2002). Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica 05. Ministério da Saúde. Brasília-DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf
- Brasil, (2011). Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília- DF. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/cop0003_17_05_2011.html
- 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%20outras%20drogas%20no%20ambiente%20de%20trabalho.PDF>
- Bricker, J. B. (2015). Climbing above the forest and the trees: three future directions in addiction treatment research. *Addiction*, 110(3), 414-415.
- Brites, R. M. R., & Abreu, A. M. M. (2014). Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(2), 93-99.
- Brites, R.M.R, Mendes Abreu, Â. M., & da Pinto, J. E.S. S (2014). Prevalência de alcoolismo no perfil das aposentadorias por invalidez dentre trabalhadores de uma universidade federal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3).
- Brower, K. J., Myra Kim, H., Strobbe, S., Karam-Hage, M. A., Consens, F., & Zucker, R. A. (2008). A randomized double-blind pilot trial of gabapentin versus placebo to treat alcohol dependence and comorbid insomnia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(8), 1429-1438.

- Campos, N. M. D., Mello, S. P. T. D., Mello Filho, R. T. D., & Schmitz Junior, S. A. L. E. Z. I. O. (2016). A qualidade de vida no trabalho dos técnico-administrativos em educação do instituto federal sul-rio-grandense: um compromisso social. *XVI Coloquio Internacional de Gestion Universitaria*. Arequipa, Peru.
- Carneiro, S. A. M. (2006). Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas a experiência na Prefeitura de São Paulo. *Revista do Serviço Público*, 57(1), 23.
- Carneiro, S. A. M. (2014). Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas a experiência na Prefeitura de São Paulo. *Revista do Serviço Público*, 57(1), 23-49.
- Carrillo, L. P. L., & Mauro, M. Y. C. (2003). Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho. *Rev. enferm. UERJ*, 11(1), 25-33.
- 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>
- Collins DJ & Lapsley HM. (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 versão eletrônica em:[http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/OA14D387E42AA201CA2574B3000028A8/\\$File/mono70.pdf](http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/OA14D387E42AA201CA2574B3000028A8/$File/mono70.pdf)
- Conceição, T. V. D., Gomes, F. A., Tauil, P. L., & Rosa, T. T. (2006). Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. *Arq Bras Cardiol*, 86(1), 26-31
- Cosman, F. (2005). The prevention and treatment of osteoporosis: a review. *MedGenMed: Medscape general medicine*, 7(2), 73-73.
- Costa, P. F. F. D., Santos, S. L. D., Silva, M. S. D., & Gurgel, I. G. D. (2017). Prevalência de transtorno mental comum entre trabalhadores canavieiros. *Rev. Saúde Pública*, 51.
- Costa, A. R. L., & Hauck Filho, N. (2017). Menos desejabilidade social é mais desejável: Neutralização de instrumentos avaliativos de personalidade. *Interação em Psicologia*, 21(03), 239.
- Coutinho, M. C., Diogo, M. F., & Joaquim, E. D. P. (2008). Sentidos do trabalho e saber tácito: estudo de caso em universidade pública. *Psic: revista da Vetor Editora*, 9(1), 99-108.
- Dale CE & Livingston MJ. (2010). The burden of alcohol drinking on co-workers in the Australian workplace. *Medical Journal of Australia*, 193: 138-140.
- De Albuquerque Mota, V. (2011). Uso de álcool e alcoolismo e fatores associados entre servidores públicos universitários. (Dissertação de doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, MT.

- De Andrade, T. M. M. D., Mendes, A. M. D. O. C., & Barbosa, A. J. F. (2013). Programa de prevenção do uso/abuso de álcool para adolescentes em contexto escolar: parar para pensar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(3), 466-473.
- De Lucena Macedo, J. W., & da Silva, A. B. (2018). Afastamentos do Trabalho no Brasil por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC): o que revelam os números da Previdência Social?. *Métodos e Pesquisa em Administração*, 3(1).
- De Melo, Z. M., Caldas, M. T., Campos Carvalho, M. M., & Tavares de Lima, A. (2005). Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. *Psicologia em estudo*, 10(2).
- De Micheli, D., Fisberg, M., & Souza-Formigoni, M. L. O. D. (2004). Estudo da efetividade da IB para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*.
- De Micheli e Formigoni (2006). Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. SUPERA. Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas. Brasília, 1ª edição. Disponível na versão eletrônica em <http://www.supera.senad.gov.br/>
- De Souza Rodrigues, C., de Freitas, R. M., Assunção, A. Á., Bassi, I. B., & de Medeiros, A. M. (2013). Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 30, 135-154.
- 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.
- Do Vale, S. F., Maciel, R. H., do Nascimento, A. P. T., Vasconcelos, J. W. O., & Pimentel, F. H. P. (2015). Análise de diagnósticos associados às licenças médicas de servidores públicos do Ceará. *Revista de Psicologia*, 6(1).
- Drapeau, C., Hamel-Hébert, I., Robillard, R., Selmaoui, B., Filipini, D., & Carrier, J. (2006). Challenging sleep in aging: the effects of 200 mg of caffeine during the evening in young and middle-aged moderate caffeine consumers. *Journal of sleep research*, 15(2), 133-141.
- Duarte, P. C. A. V., Stempluk, V. A. & Barroso, L. P. (2009). *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Espiritu, J. R. D. (2008). Aging-related sleep changes. *Clinics in geriatric medicine*, 24(1), 1-14.
- 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
- Felder, R.M., Silverman, L.K. (1988). Learning and Teaching Styles in Engineering Education. *Engineering Education*, Vol.78, No.7, pp.674-681.

- Fernandes, L. R., Colugnati, F. A. B., & Sartes, L. M. A. (2015). Desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6 (ASI-6) Light. *J Bras Psiquiatr*, 64(2), 132-9.
- Fernandes, L. R., Colugnati, F. A. B., & Sartes, L. M. A. (2015). Development and evaluation of psychometric properties of the Brazilian version of Addiction Severity Index 6 (ASI-6) Light. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(2), 132-139.
- Ferreira, L. A. L., & Ferreira, L. L. (2015). Depressão no trabalho da enfermagem: revisão de literatura. *Universitas: Ciências da Saúde*, 13(1), 41-48.
- Ferreira, M. C., Alves, L., & Tostes, N. (2009). Gestão de qualidade de vida no trabalho (QVT) no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25(3), 319-327.
- Ferreira, M. L. (2015). Avaliação dos efeitos da Intervenção Breve para problemas relacionados ao uso de álcool no ambiente de trabalho, um estudo piloto. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora- Juiz de Fora- MG.
- Ferreira, M. L., Albertoni, M. R., Silva, N. B., & Sartes, L. M. A. (2016). Avaliação da Efetividade da IB para a Prevenção do Uso de Álcool no Trabalho. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 10(1).
- Fleck, M.P.A (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida OMS (WHOQOL-100). *Rev. Bras Psiq.*, São Paulo-SP, v.21, n.1, p. 34-9, jan./mar.
- Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL/breve". *Rev. Saúde Pública*. Vol. 34: 178-183.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24, 17-27.
- Formigoni, M. L. O. S., KESSLER, F., & PECHANSKY, F. (2008). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, IB, reinserção social e acompanhamento. *Efeitos de substâncias psicoativas: Módulo*, 2.
- 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.
- Gavin, R. S., Reisdorfer, E., Gherardi-Donato, E. C. D. S., Reis, L. N. D., & Zanetti, A. C. G. (2015). Association between depression, stress, anxiety and alcohol use among civil servants. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 11(1), 02-09.
- Gibbons, C.J., Nich, C., Steinberg, K., Roffman, R.A., Corvino, J., Babor, T.F., & Carroll, K.M. (2010). Treatment process, alliance and outcome in brief versus extend treatments for marijuana dependence. *Addiction*, 105(10), 1799-1808. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03047.x

- Gruzza, R. A., Sher, K. J., Kerr, W. C., Krauss, M. J., Lui, C. K., McDowell, Y. E., ... & Bierut, L. J. (2018). Trends in Adult Alcohol Use and Binge Drinking in the Early 21st Century United States: A Meta-Analysis of Six National Survey Series. *Alcoholism: clinical and experimental research*.
- Guimarães, L. A., Martins, D. D. A., Grubits, S., & Caetano, D. (2006). Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*.
- 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.
- Humeniuk, R., & Poznyak, V. (2004). IB para o abuso de substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde. *Genebra: Organização Mundial da Saúde*.
- Ilgen, M.A., McKellar, J., Moos, R., & Finney, J.W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 157-162. doi: 10.1016/j.jsat.2006.04.001.
- Jomar, R. T., & Abreu, Â. M. M. (2012). IBs para uso problemático de álcool: potencial de aplicação na prática do enfermeiro [Brief interventions on problematic alcohol consumption: potential for application in nursing practice]. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(3), 391-395.
- Johnson, R. A., Wichern, D. W. (1998). *Applied multivariate statistical analysis*. 4th Ed., Prentice Hall, New Jersey.
- Kan, L.Y., Henderson, C.E., Sternberg, K.V., & Wang, W. (2014). Does change in alliance impact alcohol treatments outcomes?. *Substance Abuse*, 35(1), 37-44. doi: 10.1080/08897077.2013.79276.
- Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., & Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and alcohol review*, 28(3), 301-323.
- Koopmans, P. C., Bültmann, U., Roelen, C. A., Hoedeman, R., van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International archives of occupational and environmental health*, 84(2), 193-201.
- Lacaz, F. A. D. C. (2000). Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1):151-161.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.
- Laranjeira, R., Madruga, C. S., Pinsky, I., Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2014). II levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD)-2012. *São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/Universidade Federal de São Paulo*.

- Levy, S. N., Silva, J. J. C. D., Cardoso, I. F. R., Werberich, P. M., Moreira, L. L., Montiani, H., & Carneiro, R. M. (1997). Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In *Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas*.
- Limongi-França, A.C. (2003). *Qualidade de Vida no Trabalho - Qtv - 2ª Ed.* Editora Atlas.
- Limongi-França, A. C. (2004). Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial (2ª ed.). São Paulo: Atlas.
- 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.
- Longabaugh, R., & Magill, M. (2011). Recent advances in behavioral addiction treatments: focusing on mechanisms of change. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 382.
- Longabaugh, R., & Magill, M. (2012). Recent advances in behavioral addiction treatments: focusing on mechanisms of change. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 382-389.
- Macedo, K. B. (2004). Qualidade de vida no trabalho: o olhar da psicologia e da administração. Goiânia: UCG.
- Magnago, T. S. B. D. S., Lisboa, M. T. L., Griep, R. H., Kirchhof, A. L. C., & Guido, L. D. A. (2010). Psychosocial aspects of work and musculoskeletal disorders in nursing workers. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(3), 429-435.
- Magill, M., & Longabaugh, R. (2013). Efficacy combined with specified ingredients: a new direction for empirically supported addiction treatment. *Addiction*, 108(5), 874-881.
- 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.
- Malta, D. C., Porto, D. L., Melo, F. C. M., Monteiro, R. A., Sardinha, L. M. V., & Lessa, B. H. (2011). Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14, 166-177.
- Marques, A. C. P. R., & Furtado, E. F. (2004). IBs para problemas relacionados ao álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.
- Mathurin, P., & Deltenre, P. (2009). Effect On Binge Drinking On The Liver: An Alarming Public Health Issue?. *Gut*.
- McCambridge J., & Day, M. (2008). Randomized controlled trial of the effects of completing the Alcohol Use Disorders Identification Test questionnaire on self-reported hazardous drinking. *Addiction* 2008; 103: 241-8.

- McCambridge, J., & Saitz, R. (2017). Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *Bmj*.
- 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.
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological medicine*, 37(8), 1119-1129.
- Micheli e Formigoni (2006). Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, IB, Reinserção social e Acompanhamento. SUPERA. Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas. Brasília, 1ª edição. Disponível na versão eletrônica em <http://www.supera.senad.gov.br/>
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *A Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Mingoti, S. (2013). *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Nelson, M. and Lenton, S. (2015). West Australian Trends in Ecstasy and related Drugs Reporting System (EDRS). Australian Drug Trend Series No. 142, Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales. Disponível em: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/>
- Nilsen, P.; Kaner, E.; Babor, T. F. Brief intervention, three decades on. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, v. 25, n. 6, p. 453-468, 2008.
- O'donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2013). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and alcoholism*, 49(1), 66-78.
- 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
- Organização Internacional do Trabalho (OIT), (2008). Gestão das questões relacionadas com o álcool e drogas nos locais de trabalho. Bureau Internacional do Trabalho. Genebra. Disponível em http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_218608.pdf
- Organização Internacional do Trabalho- OIT (2015). *OIT Notícias: Brasil, 2007-2014*. Brasília, OIT, 2015.
- Organização Mundial da Saúde- OMS. Relatório Global sobre Álcool e Saúde [Internet]. 27 de maio. 2014 [cited 2016 Jul 25]. Available from: <http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php>

- Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), 2018. [Internet]. Dezembro. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=378:saude-do-trabalhador&Itemid=595
- Ortiz, C. M. B., & Marziale, M. H. P. (2010). El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 487-495.
- 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.
- Pereira, M. O., Marques Anginoni, B., da Costa Ferreira, N., Ferreira de Oliveira, M. A., de Vargas, D., & de Almeida Colvero, L. (2013). Efetividade da IB para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(3).
- 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.
- Reis, S., & Castro, F. V. (2016). Autoconceito (Autoeficácia) Psicopatologia e Qualidade de Vida dos Doentes Alcoolicos em Tratamento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1).
- Ribeiro, C. (2011). A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. *Acta Médica Portuguesa*, 355-368.
- Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D., Saunter, N., & Slater, J. (2016). *The alternative world drug report*. Transform Drug Policy Foundation.
- Ronzani, T. M., Mota, D. C. B., & Souza, I. C. W. D. (2009). Alcohol prevention within primary care in municipalities in the state of Minas Gerais, Southeastern Brazil. *Revista de saude publica*, 43, 51-61.
- Ruitenbug, M. M., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2012). The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 12(1), 292.
- Saitz, R. (2010). Alcohol screening and brief intervention in primary care: absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and alcohol review*, 29(6), 631-640.
- Saitz R. (2014). The best evidence for alcohol screening and brief intervention in primary care supports efficacy, at best, not effectiveness: You say tomãto, I say tomãto? That's not all it's about. *Addict Sci Clin Pract*. 2014;9(1):14-14.
- Saitz, R. (2014). Screening and brief intervention for unhealthy drug use: little or no efficacy. *Frontiers in psychiatry*, 5, 121.

- Santana, N. M. T., Mill, J. G., Velasquez-Melendez, G., Moreira, A. D., Barreto, S. M., Viana, M. C., & Molina, M. D. C. B. (2018). Consumption of alcohol and blood pressure: Results of the ELSA-Brasil study. *PLoS One*, 13(1), e0190239.
- Sartes, L. M. A., Cruvinel, E. e Ferreira, M. L. (2017). Como as Intervenções e Psicoterapias Breves Trabalham? Avaliação dos Processos de Mudança das Intervenções para Usuários de Drogas. *Em Intervenções e inovações em álcool e outras drogas*. Editora Atheneu.
- Sesi (2013). Dados sobre o uso de álcool e outras drogas no trabalho [Internet]. Available from: <http://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/dados-sobre-o-uso-de-alcool-e-outras-drogas-no-trabalho-1-23999-216358.shtml>
- Sesi (2015). Prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Curitiba; p. 1–15.
- Silva, E. B. D. F., Tomé, L. A. D. O., Costa, T. D. J. G. D., & Santana, M. D. C. C. P. (2012). Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 21(3), 505-514.
- Silva, L. S.; Pinheiro, T. M. M.; Sakurai, E. (2008). Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13 (Sup. 2), p. 2049-2058.
- Souza Rodrigues, C., de Freitas, R. M., Assunção, A. Á., Bassi, I. B., & de Medeiros, A. M. (2013). Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 30, S135-S154.
- Spicer RS, Miller TR, & 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, S. M. (2004). Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. *Southern Medical Journal*, 97(7), 664-673.
- Thadhani, R., Camargo, C. A., Stampfer, M. J., Curhan, G. C., Willett, W. C., & Rimm, E. B. (2002). Prospective study of moderate alcohol consumption and risk of hypertension in young women. *Archives of internal medicine*, 162(5), 569-574.
- 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.
- Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. In *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*.
- UNODC (2016). Relatório Mundial sobre Drogas 2016 [Internet]. junho. 2016 [cited 2016 Jul 30]. Available from: <http://unaid.org.br/2016/06/unodc-lanca-relatorio-mundial-sobre-drogas-de-2016/>

- U.S. Department of Health and Human Services- USDHHS (2000). 10th Special report to the US Congress on alcohol and health. Washington, *Highlights From Current Research, Etc.*, June DC: USDHHS.
- Vaissman, M. (2004). *Alcoolismo no trabalho*. Editora Garamond.
- Vale, S. F., Maciel, R. H., do Nascimento, A. P. T., Vasconcelos, J. W. O., & Pimentel, F. H. P. (2015). Análise de Diagnósticos associados às licenças médicas de servidores públicos do Ceará. *Revista de Psicologia*, 6(1).
- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C.C. (2001). Group treatment for substance abuse: A stages-of- change therapy manual. New York: Guilford.
- Vivolo, R. A. K. (2014). Afastamentos por problemas de saúde dos servidores públicos estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. (Tese de mestrado). São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, 374(9702), 1714-1721.
- Webb, G., Shakeshaft, A., Sanson-Fisher, R., & Havard, A. (2009). A systematic review of workplace interventions for alcohol-related problems. *Addiction* 104:365–77.
- Weinberger, A. H., Gbedemah, M., Martinez, A. M., Nash, D., Galea, S., & Goodwin, R. D. (2018). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. *Psychological medicine*, 48(8), 1308-1315.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Whitlock, E. P. *et al.* Behavioral counseling 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*, Philadelphia, v. 140, n. 7, p. 557-568, Apr. 2004.
- WHOQOL GROUP. (1994)- The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J , Kuyken W, (editors). *Quality of life assessment:international perspectives*. Heigelberg: Springer Verlag;1994. p 41-60.
- WHO (2011). Global status report on alcohol and health. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- WHO (2016). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Site da OMS. http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

- Wittchen, H. U., Jabobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, v. 15, n. 4, p. 357-376, 2005.
- Wittchen, H. U., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, v. 21, n. 9, p. 655-679, 2011.

10- ANEXOS

Anexo 01

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “EFEITOS DA INTERVENÇÃO BREVE PARA PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL EM SERVIDORES UNIVERSITÁRIOS: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA”. Nesta pesquisa pretendemos realizar uma avaliação de sua saúde, relacionar sintomas ao consumo de álcool e avaliar uma intervenção, denominada Intervenção Breve, para prevenir problemas relacionados ao uso de risco de álcool no ambiente de trabalho universitário. 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 esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Se o Sr. (a) decidir participar deste estudo, em um primeiro momento, será entrevistado por um psicólogo, que utilizará alguns questionários que avaliam como está sua saúde, sua qualidade de vida e o uso de álcool, além de algumas informações sociodemográficas. Essa entrevista deverá durar cerca de 30 minutos. Em seguida o entrevistador irá lhe mostrar o resultado de sua avaliação e lhe passar algumas informações. Três meses após a entrevista, o psicólogo irá entrar em contato com você novamente para acompanhar os resultados. Iremos sortear alguns entrevistados para participar de outra entrevista posteriormente. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. A pesquisa contribuirá para conhecermos melhor sobre os efeitos da Intervenção Breve sobre sua saúde e comportamento de beber, caso o faça.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento 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 o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. 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.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro de Psicologia Aplicada e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“EFEITOS DA INTERVENÇÃO BREVE PARA PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL EM SERVIDORES UNIVERSITÁRIOS: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA”** 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. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 _____.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome dos Pesquisadores Responsáveis:

Ms. MAIRA LEON FERREIRA

Endereço: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N – DEP. PSICOLOGIA – ICH – CIDADE UNIVERSITÁRIA

CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 988630886- FACEBOOK: PROGRAMA SAÚDE E BEM ESTAR NO TRABALHO

E-mail: mleonferreira2014@gmail.com / mleonferreira@yahoo.com.br

PROFA. DRA. LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES

Endereço: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N – DEP. PSICOLOGIA – ICH – CIDADE UNIVERSITÁRIA

CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-3117

E-mail: laisa.sartes@gmail.com / laisa.sartes@ufjf.edu.br

Anexo 02

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

ID

Iniciais do nome:

Data aplicação e *follow up*:

1. Idade
2. Sexo **1** Masculino **2** Feminino ()
3. Telefone Fixo: Celulares:
4. Email:
5. Estuda atualmente **0** Não () **1** Sim ()
6. Nível de escolaridade

0	Analfabeto/ até 3a Série Fundamental	
1	4a. Série Fundamental	
2	Fundamental completo	
3	Médio completo	
4	Superior completo	4a: Formação acadêmica:
5	Pós graduação	5a: Área:

7. Você trabalha na sua área de atuação (formação)? **0** Não () **1** Sim ()
8. Profissão: _____
9. Setor _____ Subsetor _____
10. Tempo de trabalho na instituição:
- 1-** Menos de 1 ano **4-** De 5 a 10 anos ()
- 2-** De 1 a 2 anos **5-** De 10 a 20 anos
- 3-** De 2 a 5 anos **6-** Mais de 20 anos
11. Religião ()
- 1** Protestante **4** Espiritualista/Esotérico
- 2** Católico **5** Outros. Especifique _____
- 3** Espírita **6** Nenhuma É praticante em sua religião? **0** Não () **1** Sim ()
12. Qual é a sua renda mensal em reais?
- 1- 788 reais ou menos () 5- De 3500 a 4500 reais
- 2- De 788 até 1500 reais 6- De 4500 a 6000 reais
- 3- De 1500 a 2500 reais 7- Acima de 6000 reais
- 4- De 2500 a 3500 reais
13. Qual é o seu estado civil? 1- Solteiro; 2- Casado; 3- União Estável ()

4-Divorciado; 5- Viúvo; 6- Outros. Especifique_____

14. Quantos dependentes (filhos) você possui? 0- Nenhum; 1- 1 dependente; 2- 2 dependentes; 3- 3 dependentes; 4-4 Dependentes; 5- 5 Dependentes ; 6- 6 ou mais dependentes ()

Anexo 03

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index (ASI 06) -Versão Light

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

Alguma vez algum **médico ou um profissional de saúde** lhe disse que você

tinha alguma das seguintes doenças?

M3. Pressão Alta

M4. Diabetes

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 seriamente

prejudica sua visão, audição ou movimentos?

-se "Sim," especifique: _____

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

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

-exclua incapacidade psiquiátrica

1-Sim, 0-Não

(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

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

Psiquiátrico: As questões seguintes são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período da sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código para A/B

0 – Não 1 – Sim 2 – Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência.

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., “Sim” pergunte: “Isso foi APENAS sob efeito de droga ou em abstinência?” e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

(P8 - P17): A. *Na sua vida*

 B. *Durante qualquer um dos últimos 30 dias*

 C. *Há quantos dias você ___ pela última vez?*

Você (já):

A.	B.
Na vida	30 Dias
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. teve dificuldades para dormir, manter o sono*,
ou acordar muito cedo? * dormir por toda a noite

P9. sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2
semanas seguidas)? -nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias
0→P10

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Você (já):

P10. sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia
(quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?
-para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P11

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

P11. teve alucinações?

-viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram 0→P12.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

P12. teve dificuldade para pensar, concentrar-se, compreender ou lembrar,
ao ponto disso lhe causar problemas? 0→P13

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

P13. (desde os 18 anos) teve dificuldade para controlar seu temperamento,
ou seus impulsos de bater ou ferir alguém? 0→P14

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

P15. teve pensamentos sérios sobre
suicídio (ou sobre se matar)? 0→P16

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

P16. tentou o suicídio (se matar)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

[**NOTA:** Se todas P9 – P17 são 0-Não, i.e. sm sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21]

(P18 – P20) Nos últimos 30 dias: -exclua P8 (problemas com o sono) para P18 – P21

P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos? Dias

P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos? Dias

P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?

0 - Nada 3 - Consideravelmente
 1 - Levemente 4 - Extremamente
 2 – Moderadamente

P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos?

0 - Nada 3 - Consideravelmente
 1 - Levemente 4 - Extremamente
 2 – Moderadamente

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]

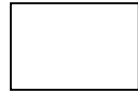
RESULTADO DO TESTE

Consumo de baixo risco ou abstêmios = 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 alcoólica 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 alcoólica que você consome durante a semana? Quantas doses são consumidas?

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

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 _____

7- Mais de um motivo. Especifique _____

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

1- Tabaco

4- Crack

2- Maconha

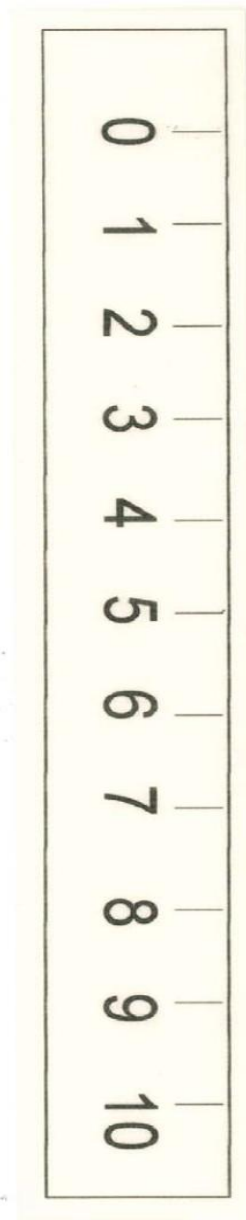
5- Extase

3- Cocaína

6- Outras drogas. Especifique _____

Anexo 06- Régua de Prontidão para a mudança (somente uso de risco ou nocivo). Aplicar no grupo “Feedback e panfletos” e “IB”.

Quanto você se sente motivado para cessar ou diminuir o uso de álcool? Posso te ligar após três meses para checar como estão as questões sobre sua saúde?

A vertical ruler scale with numbers 0 through 10. The numbers are arranged vertically from top to bottom, with 0 at the top and 10 at the bottom. Each number is positioned to the left of a horizontal tick mark. The ruler is enclosed in a thin black border.

Quanto maior a resposta, maior a motivação.

Anexo 07- Escala de Qualidade de vida- WHOQOL- BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10 Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11 Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15 Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26 Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 08- Parecer de aprovação do comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos da Intervenção Breve para problemas relacionados ao uso de álcool em servidores universitários: uma análise quantitativa e qualitativa

Pesquisador: Maira Leon Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44426515.2.0000.5147

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.164.078

Data da Relatoria: 27/08/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

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 09 - 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 interventions†
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	

Anexo 10 - Checklist do QOREQ

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Anexo 11- Publicação do Ensaio Clínico Randomizado (Rebec)

14/06/2016

Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos

	USUÁRIO	SUBMISSÕES	PENDÊNCIAS	Perfil	SAIR	
	maíraleon	001	000	Panel		
						PT ES EN
NOTÍCIAS SOBRE AJUDA CONTATO						<input type="text"/>
						BUSCA AVANÇADA
HOME / ENSAIOS REGISTRADOS /						
RBR-2fvdg2 Efeitos da Intervenção Breve (IB) para problemas relacionados ao uso de álcool em servidores universitários: uma análise quantitativa e qualitativa Data de registro: 8 de Julho de 2015 às 15:57 Last Update: 14 de Junho de 2016 às 11:38						
Tipo do estudo: Intervenções						
Título científico:						
Efeitos da Intervenção Breve (IB) para problemas relacionados ao uso de álcool em servidores universitários: uma análise quantitativa e qualitativa PT-BR			Effects of Brief Intervention (BI) to alcohol related disorders on university servers: a quantitative and qualitative analysis EN			
Identificação do ensaio						
Número do UTN: U1111-1171-9981						
Título público:						
A Intervenção Breve para problemas relacionados ao uso de álcool em servidores universitários PT-BR			The Brief Intervention to alcohol related disorders on university servers EN			
Acrônimo científico:						
Acrônimo público:						
Identificadores secundários: 44426515.2.0000.5147 Órgão emissor: Plataforma Brasil 1.164.078 Órgão emissor: Comitê de Ética em Pesquisa- Universidade Federal de Juiz de fora						
Patrocinadores						
Patrocinador primário: (FAPEMIG) - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais						
Patrocinadores secundários: Instituição: Laisa Marcorela Andreoli Sartes						
Fontes de apoio financeiro ou material: Instituição: (FAPEMIG) - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais						