

Efetividade da intervenção breve grupal no uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde

Janaina Soares^I, Divane de Vargas^{II}

^I Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

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

MÉTODOS: Ensaio clínico, randomizado, com *follow-up* de três meses. A amostra foi composta de 180 indivíduos que apresentaram padrão de uso de risco ou nocivo de álcool, recrutados em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit). O grupo experimental foi submetido à Intervenção Breve Grupal, a qual foi composta por quatro sessões grupais, com encontros semanais. O grupo controle recebeu um folheto informativo sobre problemas relacionados ao consumo de álcool. Ambos os grupos participaram do seguimento de três meses. O modelo linear misto foi utilizado para análise dos dados, em que foi adotado nível de significância de 5%.

RESULTADOS: Quarenta e quatro indivíduos que faziam uso de risco ou nocivo de álcool, completaram todas as fases da pesquisa. O grupo experimental apresentou redução estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$) de cerca de 10 pontos no escore do Audit após a intervenção breve grupal [antes IBG = 15,89 (dp = 6,62) – uso de risco; após IBG = 6,40 (dp = 5,05) – uso de baixo risco] mantendo o uso de baixo risco no seguimento [6,69 (dp = 6,38) – uso de baixo risco]. O grupo controle apresentou redução estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$) de cerca de três pontos no escore do Audit [antes = 13,11 (dp = 4,54) – uso de risco; após = 9,83 (dp = 5,54) – uso de risco] e no seguimento apresentou o escore médio de 13,00 (dp = 5,70) indicativo de uso de risco. As diferenças entre os dois grupos (grupo experimental *versus* grupo controle) na redução do consumo foram estatisticamente significativas ($p \leq 0,01$).

CONCLUSÕES: Evidenciou-se que a intervenção breve grupal realizada pelo enfermeiro no contexto da atenção primária à saúde foi efetiva para a redução do consumo de álcool em indivíduos com padrão de uso de risco ou nocivo.

DESCRIPTORIOS: Alcoolismo, prevenção & controle. Enfermagem de Atenção Primária. Atenção Primária à Saúde. Ensaio Clínico Controlado Aleatório.

Correspondência:

Janaina Soares
Departamento de Enfermagem
Aplicada
Avenida Prof. Alfredo Balena, 190
5º andar sala 516 Santa Efigênia
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: jana.soa@gmail.com

Recebido: 27 set 2017

Aprovado: 6 fev 2018

Como citar: Soares J, Vargas D. Efetividade da intervenção breve grupal no uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. Rev Saude Publica. 2019;53:2.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Estima-se que, a cada ano, cerca de dois bilhões de pessoas, ou seja, aproximadamente 40% (duas em cada cinco pessoas) da população mundial acima de 15 anos, faz uso de bebidas alcóolicas¹. Desses, 16% faz uso de maneira nociva (padrão de uso de álcool caracterizado por aumentar os riscos de danos à saúde ou sociais no usuário)², fenômeno que atualmente tem se constituído em um dos maiores e mais onerosos problemas de saúde pública ao redor do mundo. Segundo o Relatório Global sobre consumo de álcool³, as regiões do mundo com níveis mais elevados de consumo de álcool ainda são consideradas a Europa e a região das Américas.

Nesta última, 20,9% da população com mais de 15 anos faz uso pesado episódico de álcool (cinco ou mais doses numa única ocasião). No Brasil, estudo realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), para investigar o consumo de álcool entre a população adulta no país, revelou que a frequência do consumo nocivo de bebidas alcóolicas nos últimos 30 dias foi de 18,4%⁴.

Apesar da morbidade e mortalidade do uso nocivo de álcool, poucos estudos têm sido realizados no Brasil sobre a prevalência de indivíduos com problemas relacionados ao uso do álcool em unidades de Atenção Primária a Saúde (APS). Esses estudos⁵⁻⁸ evidenciaram uma prevalência que variou entre 3% e 10% de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool nesses serviços. Isso sugere que uma parcela importante da população atendida nos serviços de APS faz uso de risco ou nocivo de álcool. O contexto da APS é um espaço privilegiado para a prática de prevenção em saúde, uma vez que os serviços de cuidados primários de saúde constituem o primeiro ponto de contato dos indivíduos, famílias e comunidades na maioria dos países⁹. Por essa razão, esses espaços têm sido apontados como estratégicos no enfrentamento de diversos agravos à saúde da população, dentre elas, o uso problemático de álcool.

Para o enfrentamento dessa problemática em particular, desde 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado a aplicação de intervenções breves (IB)¹⁰, que têm se mostrado efetiva neste contexto para a redução do consumo problemático de álcool, inclusive no Brasil¹¹. Apesar de as IB serem apontadas como importante recurso na redução do consumo de risco ou nocivo do álcool no cenário da APS, existem diversas barreiras que dificultam a sua implantação nos serviços de APS brasileiros, dentre as quais se destacam a carência de recursos humanos¹², a falta de tempo dos profissionais^{13,14} e a alta demanda de usuários nos serviços⁵⁻⁸.

Assim, considerando que os enfermeiros constituem uma parcela significativa dos profissionais dos serviços de saúde, inclusive na atenção primária, e que as intervenções em grupo já fazem parte de suas atividades no contexto da APS e têm se mostrado como uma estratégia efetiva no enfrentamento de diversos agravos à saúde da população, pressupõe-se que a intervenção grupal possa ser também um valioso recurso na atenção às pessoas que fazem uso de risco ou nocivo de álcool. Diante disso, este estudo objetivou verificar a efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros na redução do uso de risco e nocivo de álcool em usuários de um serviço de atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Ensaio clínico randomizado controlado¹⁵ com *follow-up* de três meses, realizado em uma unidade básica de saúde (UBS), localizada no distrito administrativo do centro da cidade de São Paulo. Foram convidados a participar do estudo todos os indivíduos maiores de 18 anos que procuraram a UBS no período compreendido entre janeiro e julho de 2015, independentemente do motivo alegado para a procura.

Os critérios de inclusão na amostra foram: ser maior de 18 anos, ter disponibilidade de frequentar a intervenção breve grupal (IBG) durante o tempo e o horário determinado, bem como participar do seguimento (avaliação inicial, após um mês e após três meses); saber ler e escrever e receber pontuação condizente com a Zona II e III do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit). Foram excluídos da amostra indivíduos que, no momento da coleta, apresentaram alterações de comportamento visíveis, estavam intoxicados, ou não tiveram disponibilidade para receber o seguimento.

Equipe de Pesquisa

A equipe de pesquisa constituiu-se de quatro enfermeiros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições – álcool e outras drogas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; todos treinados para o desenvolvimento do rastreo e da IBG.

Tamanho Amostral

O cálculo amostral foi estimado com base no estudo piloto ($n = 10$)¹⁶, obtida pelo modelo de ANOVA para medidas repetidas que fosse significativo com poder de 95% e nível de significância de 5%. Foi observado com base no teste piloto um tamanho de efeito de 0,43. Assim, para o tamanho de efeito observado ser significativo, com erros tipo I e II especificados nesse modelo, a amostra mínima necessária era de 10 indivíduos. Assumindo-se que 30% dos indivíduos alocados no grupo intervenção não aceitariam participar da primeira fase da pesquisa e que haveria uma perda de 20% no *follow-up* de 90 dias (Atrito)¹⁵, aumentou-se a amostra mínima para 20 indivíduos, sendo 10 alocados no grupo controle e 10 no grupo experimental.

Instrumentos de Coleta de Dados

Para a identificação do padrão de uso de álcool, foi aplicado o Audit, composto por 10 questões que avaliam uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. Com base nas pontuações do Audit, o padrão de uso de álcool do usuário pode ser classificado em quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: zona I (até sete pontos: uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de oito a 15 pontos: uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: uso nocivo ou prejudicial) e zona IV (acima de 20 pontos: possível dependência). Esse instrumento foi validado no Brasil e apresenta bons níveis de sensibilidade (87,8%) e especificidade (81%) para detecção do uso nocivo de álcool, com bom desempenho em serviços de atenção primária à saúde¹⁷. Além disso, na validação brasileira, o Audit mostrou uma confiabilidade satisfatória (0,8) e capacidade de responder às mudanças do consumo de álcool¹⁷.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição sede do estudo e demais instâncias necessárias com base na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob Protocolo 772.025.

Rastreo

Os indivíduos que durante o rastreo pontuaram a zona I do Audit receberam um folheto educativo sobre os problemas relacionados ao uso de álcool; aqueles que pontuaram a zona IV, além de receberem o material informativo, foram encaminhados ao serviço especializado de referência da UBS. Os participantes que obtiveram pontuação na zona II ou III do Audit, ou seja, identificados como casos de uso de risco ou nocivo de álcool, e que atenderam aos critérios de inclusão no estudo, foram convidados a participar da pesquisa e submetidos à randomização.

Randomização

A randomização dos sujeitos foi realizada por meio do sorteio de dois cartões, que continham as iniciais C para grupo controle e E para grupo experimental. Os indivíduos que sortearam

o cartão com a letra C, foram alocados para o grupo controle, aos quais foi entregue um convite com o agendamento dos contatos telefônicos para a avaliação do padrão de uso de álcool com as datas e horários. Os que sortearam o cartão com a letra E, foram designados para o grupo experimental, aos quais foi entregue um convite com as datas, horários e local das sessões da intervenção. Finalizada a randomização, foi gerado um número sequencial do estudo conforme a ordem de rastreamento, para a identificação de cada sujeito na pesquisa e seu cadastro no banco de dados do estudo.

Grupo Controle

Os integrantes do grupo controle, receberam por parte dos enfermeiros, a devolutiva (*feedback*) da pontuação com os devidos esclarecimentos, um folheto educativo sobre os problemas relacionados ao uso de álcool¹⁸ e um convite para duas avaliações telefônicas, sendo uma após um mês e outra dentro de três meses, contados a partir do último telefonema, para verificar o padrão de consumo de álcool durante esses períodos.

Grupo Experimental

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

Intervenção Breve Grupal (IBG)

A intervenção breve grupal sugerida neste estudo teve base na combinação de duas metodologias aplicadas para redução do consumo de álcool e outras drogas, sendo estas, a intervenção breve individual¹⁹ e a técnica de automudança guiada (AMG), proposta por Sobell²⁰.

A IBG trata-se de uma intervenção realizada no formato de grupo, coordenada por enfermeiro, que visa à mudança de comportamento na redução do uso de álcool para pessoas que fazem uso de risco ou nocivo de álcool. Foi feita em uma sala cedida pela própria UBS onde se realizou o estudo, e constituiu-se de quatro sessões de 60 a 120 minutos, sendo:

- 1ª Sessão – Refletindo sobre o consumo (apresentação dos membros, *feedback* do padrão de consumo, aconselhamento e responsabilização);
- 2ª Sessão – Discutindo novos caminhos (discussão da balança decisional, gatilhos de uso e aconselhamento);
- 3ª Sessão – Planejando ações de mudança (discussão sobre menu de opções – atividades prazerosas e opção para o plano de mudança);
- 4ª Sessão – Entrando em ação (desenvolvimento de novas opções e planos de ação, discussão sobre as possíveis oportunidades para testar as opções de plano de ação para mudança, fatores de risco, proteção e aconselhamento).

No final da quarta sessão, foi realizado o fechamento da IBG e lembrado aos participantes que eles seriam contatados por meio telefônico e convidados a retornar para a entrevista final individual após três meses.

Follow up

Para comparar o padrão de uso de álcool dos participantes foi realizada a avaliação de seguimento (*follow up*), na qual o grupo controle e o grupo experimental foram submetidos tanto à avaliação inicial, como a outras duas avaliações de seguimento. A primeira foi feita logo após a quarta sessão de IBG (*follow up* de um mês) e a última, três meses após a IBG (*follow up* de três meses), por meio de entrevistas individuais.

Análise dos dados

Foi feita uma análise descritiva (média e porcentagem) dos dados coletados, a partir de proporções e o modelo de efeitos mistos para análise longitudinal dos dados²¹, ou seja, para verificar o padrão de uso de álcool entre o grupo controle e experimental nos três períodos de tempo avaliados (avaliação inicial, após um mês e após três meses). Para todas as análises, foi adotado nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Foi rastreado um total de 180 (20,7%) indivíduos que apresentaram padrão de uso de risco ou nocivo de álcool. Desses, quatro (2,2%) recusaram-se a participar, o que resultou em uma amostra potencial de 176 (20,2%) indivíduos. Dentre os 176 possíveis participantes, 88 (50%) foram randomizados para o grupo controle e 88 (50%) para o grupo experimental. Dos 176 participantes potenciais, foram incluídos na amostra final 44 indivíduos (Figura 1).

O grupo controle foi constituído por 24 (27,3%) participantes na avaliação após um mês (*Follow-up 1*) e, destes, 10 (41,6%) indivíduos responderam ao *follow-up 2* (seguimento após três meses). Quanto ao grupo experimental, 23 participantes compareceram à primeira sessão da IBG; porém, três desistiram, o que resultou em um total de 20 (22,7%) participantes que responderam a avaliação após a intervenção (*Follow-up 1*). Destes, 13 (65%) pessoas responderam ao *follow-up 2*. A Figura 1 ilustra o processo de composição da amostra.

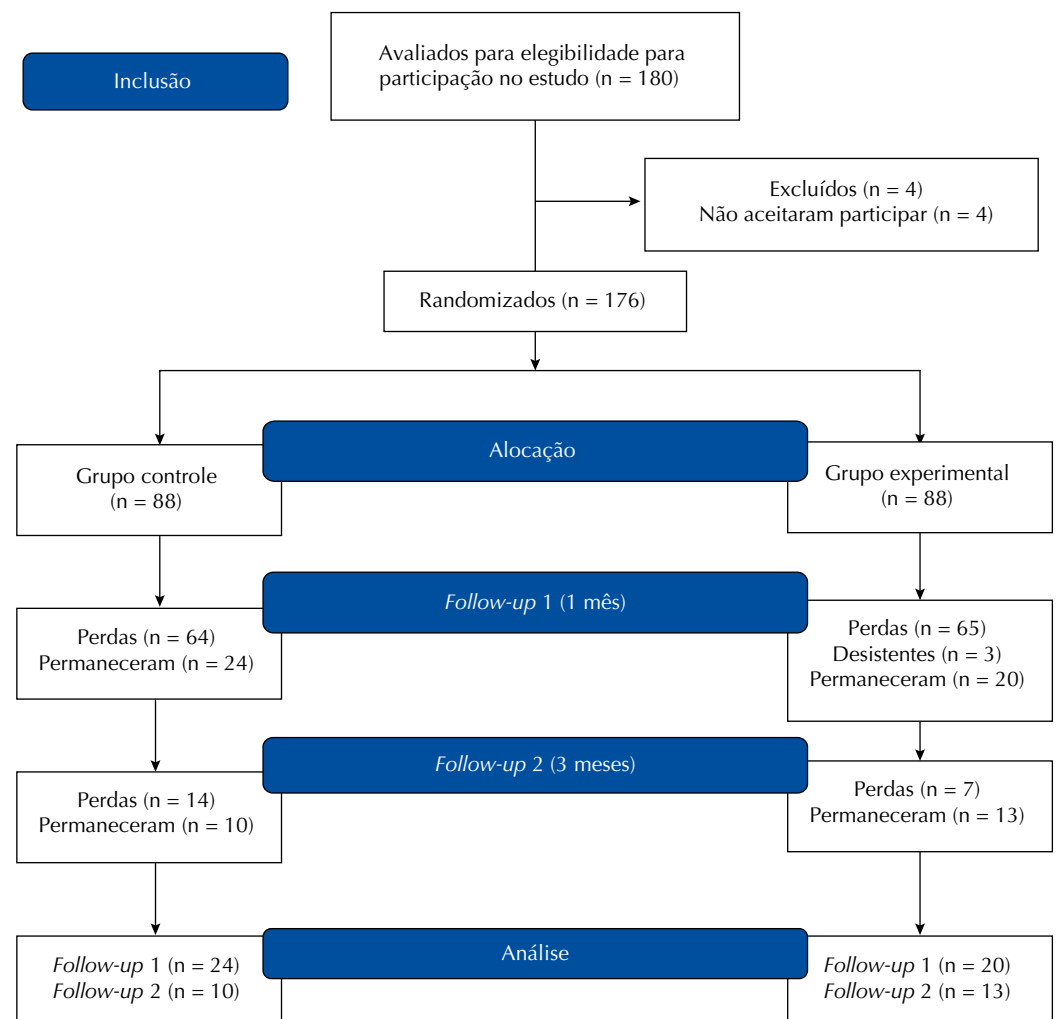
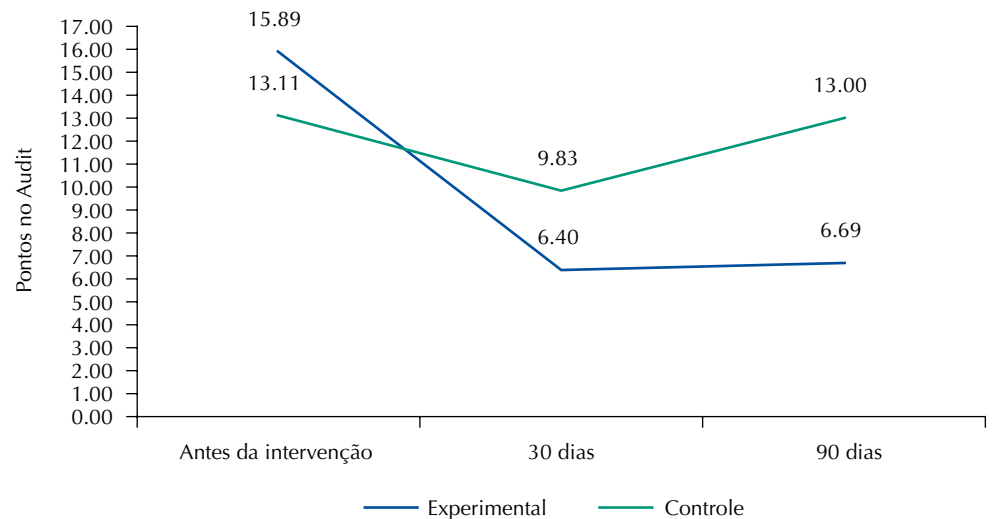


Figura 1. Fluxograma da amostra de indivíduos participantes do estudo. São Paulo, 2015.



Audit: Alcohol Use Disorders Identification Test

Figura 2. Distribuição do escore de padrão de uso de álcool observada entre os grupos experimental e controle de acordo com o momento de avaliação.

Quanto à análise inferencial, o grupo experimental antes da intervenção apresentou escore médio de 15,89 (DP = 6,62) pontos (uso de risco), após a intervenção o escore médio de 6,40 (DP = 5,05) pontos (uso de baixo risco), e no *follow-up* o escore médio observado foi de 6,69 (DP = 6,38) pontos (uso de baixo risco). Quando os escores de consumo de álcool entre os três períodos avaliados no grupo experimental foram comparados, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$), que se manteve no seguimento.

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

Foram encontradas diferenças significativas no padrão de consumo de álcool entre os grupos controle e experimental no período basal *versus* após um mês ($p \leq 0,01$), no período basal *versus* após três meses ($p = 0,03$) e no período após um mês *versus* após três meses ($p = 0,01$).

O grupo experimental apresentou diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,01$) no escore do padrão de uso de álcool em cerca de 10 pontos após a intervenção, e o grupo controle apresentou diferença estatisticamente significativa de cerca de três pontos ($p \leq 0,01$) na avaliação após um mês. Com relação ao *follow-up*, foi observado que o grupo experimental manteve a redução no escore de consumo de álcool, enquanto no grupo controle, observou-se aumento desse escore.

DISCUSSÃO

Este estudo teve base na construção de um método de intervenção no formato grupal para a redução de uso de álcool. Esse método economiza recursos humanos e tempo, por meio do atendimento de um número maior de pessoas em uma única ocasião.

A intervenção proposta – participação em quatro sessões de IBG – mostrou-se efetiva na redução do consumo de álcool por parte dos indivíduos atendidos na UBS que apresentavam padrão de uso de risco ou nocivo de álcool. Este resultado é consistente com estudos que endossam o formato de grupo no enfrentamento dessa problemática^{22,23}.

O grupo controle que recebeu o folheto informativo sobre consumo de álcool, apesar de ter reduzido a pontuação global no Audit, permaneceu durante todo o período de seguimento com pontuação compatível com o uso de risco. Isso sugere que, após um mês, os participantes desse grupo diminuíram o consumo, embora tenham se mantido com o padrão de uso de risco ao longo do seguimento, retornando ao padrão de consumo inicial após três meses; não houve diferença significativa na redução do consumo de álcool nesse grupo.

Os dados também evidenciaram uma taxa de desistência considerável na participação da IBG, já que uma parcela dos indivíduos randomizados para o grupo experimental não pôde participar da intervenção por indisponibilidade de tempo. Portanto, faz-se necessário aumentar a oferta dessa intervenção para mais de um período do dia ou programar períodos alternativos que sejam mais atraentes e adequados às demandas da população.

Além disso, pode-se inferir que a implementação da prática da IBG pela própria equipe da UBS seja a mais adequada. Visto que a falta de vínculo dos entrevistadores com a população da UBS estudada pode ter influenciado na taxa de desistência, a implementação pelos próprios profissionais da UBS poderia reduzir o número de desistentes, dado ao maior vínculo destes com os usuários do serviço^{24,25}. De qualquer forma, apesar das desistências, de todos os participantes que iniciaram as sessões de IBG, somente 15% desistiram (n = 3). Isso indica que, quando a pessoa participa da primeira sessão de IBG, as chances de ela participar de todas as sessões são altas.

É importante ressaltar que a participação da população em intervenções relacionadas ao consumo de álcool é um desafio. Abordar o uso problemático de álcool com a população é uma prática incomum, o que, somado ao estigma e ao peso moral das questões relacionadas ao consumo de álcool²⁶, pode gerar resistência nas pessoas em aceitar a participação em intervenções. Além disso, para o senso comum, apenas pessoas com dependência alcoólica devem cuidar desse problema²⁷.

Esse fato justifica a necessidade de serem implementadas práticas relacionadas ao uso de risco ou nocivo de álcool no contexto da APS brasileira. Esses serviços atualmente objetivam prevenir e reduzir danos de comportamentos de risco à saúde. Entretanto, quando se trata do cuidado na atenção aos usuários de álcool, existe uma escassez de práticas relacionadas às intervenções precoces ao desenvolvimento de dependência alcoólica nesses serviços de saúde²⁸.

A implementação de intervenções nos serviços de APS devem ser incluídas nas diretrizes das políticas do serviço. Isso fortaleceria a importância da dispensação dessa prática no serviço e justificaria a atuação e o envolvimento dos profissionais de saúde na construção de protocolos de atendimento para a aplicação de intervenções eficazes^{12,29}.

Este é o primeiro estudo realizado no Brasil que aborda o desenvolvimento da IBG conduzido por enfermeiro nos serviços de atenção primária. Está consistente com a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas³⁰, que apresenta dentre seus objetivos a prevenção e a redução de danos e direciona a implantação de práticas de intervenção breve nos serviços de saúde, principalmente naqueles de APS. Por outro lado, os resultados do estudo sugerem que, apesar de ser pouco utilizado em pesquisas relacionadas à prática de intervenções para usuários de álcool, o enfermeiro mostrou-se efetivo quando capacitado para desenvolver a IBG.

Por fim, a IBG pode ser um recurso a ser considerado nos serviços de saúde brasileiros, pois o formato mostrou-se como uma estratégia alternativa e de menor custo em relação às intervenções breves individuais, visto que, para sua aplicação, foi necessário um número menor de recursos humanos e que foi atendido maior número de pessoas simultaneamente. Além disso, a implantação da prática de IBG nos serviços de saúde pode garantir que estes cumpram com seus objetivos de redução da taxa de dependência alcoólica e de tratamento prolongados ou de alto custo, uma vez que se trata de uma prática mais viável de ser empregada nestes serviços, considerando seu baixo custo e efetividade.

Apesar das evidências apresentadas, a amostra estudada foi mínima, o que torna importante a replicação deste estudo em uma amostra maior para permitir a generalização mais segura dos resultados. Além disso, utilizou-se como local de estudo apenas um serviço de saúde; para análise mais robusta da prática da IBG, sugere-se a realização de estudos multicêntricos, de modo a abranger a prática desta tecnologia em outros serviços de saúde.

Este estudo colabora para a propagação de uma intervenção de baixo custo, possível de ser implantada na rotina dos serviços de saúde. Prioriza a identificação precoce do problema, a fim de evitar futuras complicações de saúde à população. Isso pode evitar problemas de alto custo (tratamentos longos e crônicos). Adicionalmente, a IBG pode ser replicável em diversas realidades no que diz respeito à saúde em geral.

Dentre as implicações para pesquisa, este foi um estudo pioneiro, que abordou a efetividade da IBG realizada pelo enfermeiro para a redução do consumo de álcool na APS. Por ser o primeiro estudo sobre uma nova forma de utilizar uma tecnologia de intervenção efetiva, torna-se necessário buscar novas evidências quanto ao uso da IBG por outros profissionais de saúde, assim como a prática da intervenção realizada por esse profissional em outras populações específicas e em outros cenários.

CONCLUSÃO

A IBG, realizada pelo profissional enfermeiro, mostra-se como uma estratégia de cuidado válida para a redução do consumo de álcool em uma população atendida em um serviço de APS.

Tendo em vista os resultados deste estudo, sugerimos que essa técnica seja replicada em outros serviços brasileiros, dado que intervenções em grupo demandam menor tempo dos profissionais de saúde para atender a um maior número de pacientes do que no formato individual.

Entretanto, apesar de a IBG ser uma intervenção de curta duração (quatro sessões), talvez seja necessário testar a IBG em um espaço de tempo maior entre as sessões, ou ainda, em menor número de sessões para a redução da desistência dos participantes, sem perder a efetividade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Statistical Information System WHOSIS. Geneva: WHO; 2003 [citado 27 mar 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/whosis>
2. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. II LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: relatório 2012. São Paulo: INPAD/UNIAD/UNIFESP; 2012 [citado 2014 mar 23]. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2011 [citado 1 abr 2014]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_2011/en/
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília (DF); 2017 [citado 23 jan 2015]. Disponível em: http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf
5. Jomar RT, Abreu AMM, Griep RH. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Cienc Saude Coletiva. 2014;19(1):27-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.2009>

6. Vargas D, Bittencourt MN, Barroso LP. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2014;19(1):17-25. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1972>
7. Vargas D, Oliveira MAF, Araújo EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(8):1711-20. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800007>
8. Cordeiro Q, Michelon L, Ribeiro RB, Kamitsuji C, Silveira CM, Andrade LHGA. Triagem para a identificação de uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(4):200. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000400014>
9. Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB, Powell A, Morawski J, Bouix JC. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol*. 2001;62(5):621-7. <https://doi.org/10.15288/jsa.2001.62.621>
10. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización em atención primaria*. Valencia: Conselleria de Benestar Social, Generalitat Valenciana; WHO; 2001 [citado 23 jan 2015]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
11. Formigoni MLOS. *A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira*. São Paulo: Contexto; 1992.
12. Costa PHA, Mota DCB, Cruvinel E, Paiva FS, Ronzani TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 [citado 23 jan 2015];33(5):325-31. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n5/a03v33n5.pdf>
13. Ribeiro C. A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. *Acta Med Port*. 2011 [citado 23 jan 2015];24 Supl 2:355-8. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1480/1066>
14. Allen E, Polikina O, Saburova L, McCambridge J, Elbourne D, Pakriev S, et al. The efficacy of a brief intervention in reducing hazardous drinking in working age men in Russia: the HIM (Health for Izhevsk Men) individually randomised parallel group exploratory trial. *Trials*. 2011;12:238. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-238>
15. Souza RF. O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2009;42(1):3-8. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v42i1p3-8>
16. Soares, J. *Efetividade da intervenção breve grupal realizada por enfermeiros no uso de risco e nocivo de álcool [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016.
17. Mendéz EB. *Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol use Disorders Identification Test) [dissertação]*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
18. PAI-PAD: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao uso de Álcool e Drogas na Comunidade. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP; 2015 [citado 23 jan 2015]. Disponível em: <http://paipad.org/o-pai-pad/>
19. Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G, Nathan PE. *Issues in alcohol use and misuse in young adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 1994. p.55-81.
20. Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychol Addict Behav*. 2009;23(4):672-83. <https://doi.org/10.1037/a0016636>
21. Liang KY, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*;1986;73(1):13-22. <https://doi.org/10.1093/biomet/73.1.13>
22. Nyamathi A, Shoptaw S, Cohen A, Greengold B, Nyamathi K, Marfisee M, et al. Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug Alcohol Depend*. 2010;107(1):23-30. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.08.021>
23. Sobell LC, Sobell MB. *Terapia de grupo para transtornos por abuso de substâncias: abordagem cognitivo-comportamental motivacional*. Porto Alegre: Artmed; 2013.
24. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2004;20(6):1487-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600005>

25. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Alcohol prevention within primary care in municipalities in the state of Minas Gerais, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2009;43 Supl 1:51-61. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800009>
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Brasília (DF); 2013 [citado 23 jan 2015]. (Cadernos de Atenção Básica, 34). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf
27. Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(4):326-32. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400010>
28. Fontanella BJB, Demarzo MMP, Mello GA, Fortes SLCL. Os usuários de álcool, Atenção Primária à Saúde e o que é “perdido na tradução”. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(37):573-85. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200020>
29. Souza ICW, Ronzani TM. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. *Psicol Estud*. 2012;17(2):237-46. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000200007>
30. Ministério da Saúde (BR), Coordenação Nacional de DST e AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF); 2003 [citado 23 jan 2015]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

Contribuição dos Autores: JS e DV participaram de todas as etapas do artigo, aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.