

Avaliação da Efetividade da Intervenção Breve para a Prevenção do Uso de Álcool no Trabalho

Evaluation of the Effectiveness of Brief Intervention for Alcohol Related Disorders Prevention in the Workplace

Maira Leon Ferreira¹

Maiara Rosa Albertoni¹

Nayara Baptista Silva¹

Laisa Marcorela Andreoli Sartes¹

Resumo

O uso de álcool está relacionado a acidentes de trabalho, absenteísmo e piora da saúde do indivíduo. **Objetivos:** Realizar um estudo piloto para avaliar a efetividade da Intervenção Breve (IB) no contexto laboral para o uso de álcool. **Método:** Realizou-se um ensaio clínico randomizado não controlado, quantitativo. Um total de 104 participantes fizeram parte do estudo. A metodologia utilizada foi a *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)*. **Resultados:** O grupo 02 (IB) reduziu significativamente o consumo de álcool e o grupo 01 (Feedback/ panfletos) não apontou diferenças significativas. Porém os dois grupos sinalizaram tendências para a redução do consumo. **Conclusão:** A aplicação da IB no ambiente de trabalho foi viável. Novas pesquisas são necessárias a fim de comprovar a eficácia e efetividade desta intervenção neste contexto.

Palavras chave: psicoterapia breve; transtornos relacionados ao uso de álcool; local de trabalho; efetividade.

Abstract

The use of alcohol in workplace causes accidents, absenteeism and worsening health of the individual. **Objectives:** Evaluate the effects of Brief Intervention in the workplace for problems related to alcohol consumption. **Method:** This is a randomized clinical trial uncontrolled, quantitative, 104 participants were recruited. The methodology used was the *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)*. **Results:** The group 02 (BI) showed significant differences in the reduction of alcohol consumption and in group 01 (Feedback/ pamphlets) these differences were not significant despite the two groups to signal trends to reduce consumption. **Conclusion:** The implementation of the BI in the workplace was feasible but further research is needed to prove efficiency and effectiveness of BI in the workplace.

Keywords: brief psychotherapy; alcohol-related disorders; workplace; effectiveness.

¹Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)- Juiz de Fora- MG.

O uso do álcool impõe às sociedades vários danos e agravos indesejáveis que acometem os indivíduos em todas as esferas de sua vida. O histórico dos problemas gerados pelo uso de álcool deu origem a diversas respostas políticas para o enfrentamento dessa problemática, sinalizando que a prevenção ao uso do álcool é uma questão relevante para a saúde pública (Brasil, 2004). O consumo de álcool no Brasil apresenta índices preocupantes: em média são consumidos seis litros de álcool puro *per capita*. Além disso, o padrão de uso de álcool caracteriza-se pelo consumo de altas doses numa mesma ocasião, ou *“binge drinking”*. Para os homens o *“binge drinking”* equivale ao consumo de cinco doses de bebida em um período de duas horas, uma vez por semana ou mais. Já para as mulheres, a relação é de quatro doses no mesmo período (Babor & Higgins-Biddle, 2003).

O uso prejudicial de álcool resulta em,

aproximadamente, 2,5 milhões de mortes por ano, sendo o responsável direto por mais de 60 tipos de doenças e lesões e, indiretamente, por mais de 200 outras doenças. Os efeitos nocivos associados ao consumo de álcool somam-se a distúrbios neurológicos graves, alterações de memória, lesões no sistema nervoso central, arritmias cardíacas, aumento da pressão arterial, hipertensão com riscos de infarto, gastrite, úlceras, cânceres, hepatite, cirrose e pancreatite aguda (Watson, Alison, Wilson, Kerr, & Godwin, 2010).

O uso do álcool no ambiente de trabalho configura-se como uma das principais causas de acidentes de trabalho, atrasos, absenteísmo, queda de produtividade e riscos para a segurança no ambiente laboral (Mcpherson, Goplerud, Derr, Mickenberg & Coutthemarche, 2010). Quanto à queda da produtividade do funcionário em decorrência do consumo de álcool, a *European Commission* (2011) relata que

Apoio financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

o local de trabalho, em si, pode levar ao consumo do álcool por meio de fatores estruturais, como *stress*, alto esforço/baixas recompensas no trabalho, facilidade de obtenção do álcool e influência da rede social.

No Brasil, segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), a inexistência de políticas de prevenção do uso de drogas nas organizações pode contribuir para o aumento do uso de substâncias psicoativas pelo trabalhador, por isso torna-se necessário investir em programas preventivos dentro das empresas. O documento “*Prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho*”, elaborado pela SENAD em 2012 cita que os locais de trabalho são apropriados para a implementação de programas preventivos, devido ao longo período de tempo em que os trabalhadores ficam inseridos nestes locais. Este documento ainda menciona que não existe modelo pronto de intervenção e que não há como definir qual modelo é melhor ou pior. Sugere ainda alguns modelos de prevenção ao uso de drogas no ambiente de trabalho como palestras, campanhas permanentes, atividades especiais, abordagem interdisciplinar e a Intervenção Breve (IB) (Brasil, 2012).

De fato, segundo Webb, Shakeshaft, Fisher e Havard (2009), existem diferentes modelos de intervenções no ambiente de trabalho para o consumo de álcool e outras drogas, porém as evidências de sua efetividade e eficácia ainda não foram totalmente obtidas. A IB pode ser uma importante alternativa de intervenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente organizacional, pois objetiva promover nos indivíduos a motivação necessária à mudança de seu consumo destas substâncias. Trata-se de uma intervenção curta, focada na prevenção, que pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde e de recursos humanos, devidamente treinados. Os estudos sobre a eficácia e a efetividade da IB vêm sendo conduzidos desde 1993 e demonstram que esta intervenção oferece resultados positivos em diversos contextos, principalmente na atenção primária (Nilsen, Kaner, & Babor, 2008).

A técnica da IB utiliza os princípios denominados pela abreviação FRAMES, sigla que inclui os elementos *feedback* (devolução), relacionado ao *feedback* sobre a pontuação do instrumento de triagem; *responsibility* (responsabilidade), que enfatiza a responsabilidade do indivíduo diante das decisões; *advice* (recomendações), que refere-se à aconselhamentos oferecidos pelos profissionais; *menu of options* (menu de opções), que reúne um conjunto de alternativas para a diminuição do consumo; *empathy* (empatia), que ressalta a importância de uma postura compreensiva e acolhedora; e *self-efficacy* (autoeficácia), termo utilizado para promover a confiança do indivíduo em sua capacidade de

alcançar metas estabelecidas (Miller & Rollnick, 2001). A IB é tipicamente aplicada logo após a realização de uma triagem para avaliação do padrão do consumo de substâncias considerando-se, também, o estágio de motivação para a mudança de comportamento em que o indivíduo se encontra.

A motivação para mudança deve ser entendida como um estado de prontidão para a alteração do comportamento de consumo de substâncias. Trata-se de um processo dinâmico, que pode variar ao longo do tempo e que pode ser explicada em estágios (Segatto, Pinsky, Laranjeira, Rezende, & Vilela, 2007). Segundo Prochaska e DiClemente (1992), os estágios motivacionais compreendem: a *pré-contemplação*, quando o indivíduo não tem desejo em modificar este comportamento; a *contemplação*, no qual o indivíduo apresenta ambivalência em relação a parar ou continuar a consumir a droga; a *ação*, quando o paciente colocou em prática os planos para mudança, e, por fim, a *manutenção*, fase em que o indivíduo alcança os objetivos almejados e adquire novos comportamentos e atitudes. A identificação destas fases é importante, pois as intervenções são baseadas de forma específica para cada uma delas.

Ferreira e Sartes (2015) realizaram uma revisão sistemática visando identificar os estudos que se tratavam de intervenções realizados no ambiente de trabalho sobre álcool e outras drogas. Dentre os dez artigos selecionados, dois avaliavam intervenções para tratamento, três visavam a educação sobre drogas, um testou um rastreamento do uso de substâncias e quatro focavam na prevenção, dos quais, dois estudos tinham o objetivo de testar a eficácia da IB no ambiente laboral. O estudo de Mcpherson et al. (2010), realizado em um “*call center*”, constatou que a IB foi eficaz para redução do uso de álcool no ambiente de trabalho. Hermansson, Helander, Brandt, Huss e Rönnberg (2010) encontraram resultados positivos quanto à redução do uso de álcool em uma empresa de transportes. Porém, não encontrou diferença entre o grupo que recebeu a IB e o controle, que recebeu somente o *feedback* da avaliação de triagem, pois ambos reduziram o consumo. Isto indica que a triagem do álcool por si mesma pode iniciar uma redução do consumo de álcool.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a efetividade e os efeitos da IB realizada no ambiente de trabalho em relação ao padrão de uso do álcool e ao número de doses consumidas por funcionários de uma empresa de metalurgia. Especificamente, buscou-se averiguar o estágio de motivação para a mudança no ato de beber, comparar os setores de

produção e administração quanto ao padrão de uso do álcool e verificar a prevalência das queixas físicas entre os trabalhadores.

Metodologia

Desenho do Estudo

Trata-se de estudo piloto de um ensaio clínico randomizado não controlado, de natureza quantitativa. Para descrição de métodos e resultados adotamos o guia do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para ensaios clínicos randomizados não farmacológicos (Boutron, Moher, Altman, Schulz, & Ravaud, 2008).

Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma empresa de médio porte do setor de metalurgia, composta por trabalhadores do setor de produção e da área administrativa, situada em Juiz de Fora - MG. A empresa, escolhida por conveniência, originalmente não continha um setor de psicologia ou de saúde e não possuía tradição em programas de avaliação e prevenção de saúde e saúde mental. No entanto, devido à importância do tema e à necessidade local, a diretoria e o setor de recursos humanos demonstraram interesse na realização deste projeto.

Participantes

Foram convidados a participar do estudo todos os 120 funcionários da empresa, adotando como critérios de inclusão ser maior de 18 anos, aceitar participar do mesmo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram delimitados como critérios de não inclusão pessoas que faziam uso de outras drogas além do álcool e tabaco e indivíduos impossibilitados de responder os questionários no momento das entrevistas. No total, 104 indivíduos preencheram os critérios de inclusão e participaram do estudo, dentre os quais 15 eram do sexo feminino e 89 do sexo masculino. Os participantes residiam na cidade de Juiz de Fora – MG e correspondiam a faixa etária de 19 à 53 anos. Entre as ocupações dos participantes na empresa se encontravam: operador de máquina, auxiliar de produção, auxiliar de serviços gerais, supervisor de produção, assistente administrativo, eletricitista, mecânico, analista de logística e programação, analista de departamento pessoal, gerente de compras, auxiliar administrativo,

técnico de segurança no trabalho, contador, gestor de tecnologia da informação, dentre outros.

Instrumentos e Desfechos Esperados

As medidas foram divididas entre primárias – principais alvos das intervenções – e secundárias – medidas complementares a pesquisa.

Desfecho primário.

– AUDIT - *Alcohol Disorders Identification Test* (Babor & Higgins-Biddle, 2003): foi aplicado como instrumento de triagem para a medição do padrão de uso do álcool de cada funcionário e para dimensionar as intervenções. Considerando que a avaliação de *follow-up* foi realizada três meses após a intervenção, conforme literatura da área, adaptamos o período de referência para responder às perguntas para os três meses anteriores à entrevista, em substituição ao período de 12 meses originalmente encontrado no instrumento.

– Número de doses consumidas: o número de doses consumidas antes e após as intervenções foi a principal medida dos efeitos das mesmas. Para isso, foram elaboradas pelos pesquisadores duas questões, uma sobre a quantidade de doses de bebidas alcólicas consumidas durante a semana e outra sobre os finais de semana.

Desfecho secundário.

– URICA - *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (Figlie, Dunn, Bazan, & Laranjeira, 2005): instrumento com 32 itens que objetivou investigar o estágio de motivação para a mudança de comportamento de beber. O instrumento classificou os estágios em: pré-contemplação (igual ou menor que 8,9 pontos), contemplação (9 a 11,9 pontos), ação (12 a 14,9 pontos) e manutenção (igual ou maior que 15 pontos).

Outras medidas.

– Área “Médica” do *Addiction Severity Index 6* (ASI 06) – Kessler et al. (2012): esta área é composta por 28 questões sobre saúde e foi utilizada para associar outras questões de saúde com o uso de álcool e para descrever quais as principais doenças que estão presentes no ambiente de trabalho da referida empresa.

– Questionário sociodemográfico: com itens que avaliavam idade, sexo, tempo de trabalho, escolaridade, profissão, setor na empresa, religião e escala socioeconômica.

Procedimentos e Aleatorização

A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética, a realização de reuniões com os gestores e profissionais de RH e a divulgação do projeto na empresa. O processo de triagem, recrutamento, aplicação das intervenções e *follow up* teve duração de seis meses, com início em 18 de março de 2014 e término em 25 de agosto de 2014.

Após a leitura e assinatura do TCLE, a entrevista teve início com a aplicação do questionário sociodemográfico, seguido pela Área “Médica” do ASI 6, AUDIT, outras questões sobre o álcool e a escala URICA. O URICA foi aplicado somente para os funcionários que fizeram parte dos grupos *Feedback* e Panfletos (1) ou do grupo IB (2).

Mediante o resultado do instrumento de triagem AUDIT as intervenções tiveram focos diferentes. Foi utilizada a metodologia *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment* (SBIRT) que é uma prática baseada em evidências usada para identificar, reduzir e prevenir o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas. O SBIRT está de acordo com o protocolo do *Manual para Uso em Atenção Primária* elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Babor & Higgins-Biddle, 2003), esta metodologia consiste na realização de triagens com instrumentos de rastreio para o uso de drogas, na implementação de intervenções breves para usuários de risco e na efetuação de encaminhamentos para casos de provável dependência.

De acordo com o SBIRT, os indivíduos que pontuaram como uso de baixo risco de álcool receberam a *Educação para o álcool*, que trata de incentivar o indivíduo a manter seu uso de baixo risco. As pessoas que pontuaram nas Zonas II e III e faziam uso de risco ou nocivo de álcool, foco principal deste estudo, foram aleatoriamente distribuídos para o Grupo *Feedback* e Panfletos (1) ou para o Grupo IB (2). A aleatorização foi feita a partir de uma tabela de randomização elaborada por um profissional de estatística, utilizando-se a randomização por blocos (*blockrand*).

– Grupo 1- Feedback e Panfletos: Os funcionários receberam um *feedback* sobre a pontuação do AUDIT e uma adaptação do panfleto sobre o uso de álcool elaborado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo, que se encontra à disposição no site do CEBRID (http://www.cebrid.epm.br/folhetos/alcool_.htm).

– Grupo 2- IB: Todos receberam o *feedback* do AUDIT, o panfleto informativo do Cebriid e também a IB, utilizando-se os princípios do FRAMES. As

intervenções buscaram averiguar, ainda, o estágio de motivação do funcionário para a mudança de comportamento. Os temas das IBs abrangeram o *feedback* sobre a pontuação do AUDIT, a responsabilização, a balança decisória, as informações sobre o álcool, a identificação de crenças e gatilhos, o menu de opções e o encorajamento. Os funcionários que participaram dos grupos 1 e 2 foram contatados após três meses via telefone para a aplicação do AUDIT, número de doses consumidas e URICA.

Foram encaminhados para tratamento especializado, conforme o interesse do participante, os funcionários que atingiram os critérios para dependência (20 a 40 pontos, zona IV). Estes indivíduos também receberam uma lista com o contato de profissionais especializados no tratamento do uso de álcool. Todos os participantes, independente da zona de risco, receberam o panfletos informativo da CEBRID.

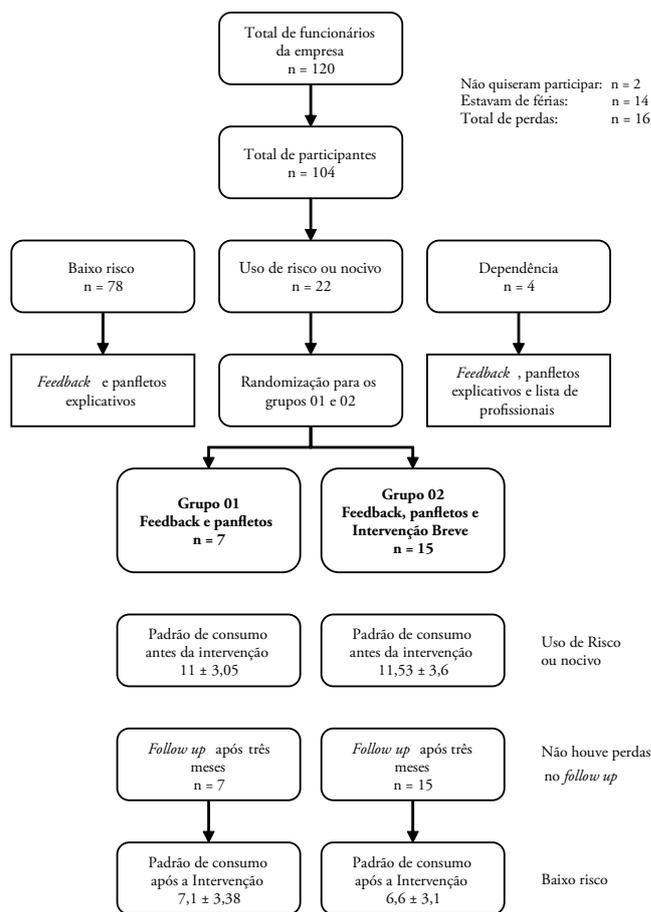


Figura 1
Recrutamento e randomização dos participantes.

Questões Éticas

Durante as entrevistas, o caráter sigiloso do conteúdo foi reafirmado, assim sendo, não foi disponibilizado

aos gestores ou funcionários qualquer identificação dos participantes do estudo. As intervenções e questionários foram aplicados em uma sala individual, dentro da própria empresa. Todos os funcionários assinaram o TCLE redigido de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF (n. 356.586). Após o término da pesquisa foi emitido um relatório síntese com os principais resultados das intervenções.

Análise de Dados

O banco de dados foi elaborado com digitação dupla e posterior comparação para corrigir os possíveis erros de digitação. Por meio da comparação dos grupos quanto às variáveis sociodemográficas concluiu-se que não seria necessário o emparelhamento dos participantes, já que os grupos apresentavam características semelhantes. Para o desfecho primário foram realizados dois tipos de análises: *intra group*, comparando pré e pós teste em cada grupo separado; e *inter group*, comparando os resultados entre os dois grupos. Para as variáveis categóricas foi utilizado o Teste do Chi-quadrado, para as variáveis numéricas o Teste t de *Student* para dois grupos independentes. Os dados faltantes ou perdidos (*missing data*) e os campos em que tinham respostas do tipo *não se aplica* foram tratados com a técnica da imputação de dados simples.

Resultados

Caracterização da Amostra e Fluxo das Intervenções

Fluxo de participantes

Dos 120 funcionários, 104 (87% da amostra) responderam os questionários. Duas pessoas do setor administrativo (2%) optaram por não responder devido à falta de disponibilidade nos dias da aplicação dos questionários e 14 pessoas do setor de produção (11%) estavam de férias ou não estavam presentes nos dias das entrevistas. Todos os participantes dos grupos 1 e 2 responderam ao *follow up* após três meses, 17 (77,2%) pessoas participaram dos *follow ups* via telefone e cinco (22,8%) foram entrevistados presencialmente no local de trabalho devido à impossibilidade de fazê-lo via telefone.

Dados sociodemográficos

A amostra total foi constituída por 89 (85,5%) homens, com idade média de 33 anos ($33 \pm 9,5$), 99 (95,2%) de religião católica e 69 (66%) de classe média. Quanto à classe profissional, 19 (18,3%) indivíduos

eram da área administrativa e 85 (81,7%) do setor de produção. O tempo de trabalho na empresa variou de 0 a 5 anos ou mais.

Em relação aos participantes dos grupos 1 e 2, 22 (21,2%) indivíduos participaram das intervenções, sendo 21 homens e uma mulher. O grupo *Feedback* e Panfletos (1) foi composto por sete pessoas (6,7%) e o grupo IB (2) por 15 (14,4%), de acordo com a tabela de aleatorização. A idade média do grupo 1 foi de 32 anos ($\pm 6,7$) e do grupo 2 foi de 32 anos ($\pm 10,2$). Quanto ao sexo, sete homens fizeram parte do grupo 1, enquanto 14 homens e uma mulher fizeram parte do grupo 2. Os grupos não se diferiram quanto às características sociodemográficas através das análises do Chi-quadrado e do Teste t de *Student* realizadas.

Prevalência do uso de álcool

Quanto ao padrão de uso do álcool, segundo o AUDIT, 78 participantes (75%) pontuaram como padrão de baixo risco para o uso de álcool. O total de 22 indivíduos (21,2%) pontuaram como uso de risco ou nocivo e foram aleatorizados para os grupos *Feedback* e Panfletos (1) e IB (2). Quatro participantes (3,8%) pontuaram como provável dependência para o uso de álcool.

Da amostra total de entrevistados, 14 (13,5%) informaram que consumiam oito ou mais doses em uma mesma ocasião, o que pode configurar como padrão de *“binge drinking”*. No grupo 1, três indivíduos (43%) consumiam oito ou mais doses num dia normal, enquanto no grupo 2, oito funcionários (53%) consumiam oito ou mais doses.

Houve uma maior frequência no consumo de álcool entre os funcionários do setor de produção se comparado ao setor administrativo. Quanto ao padrão de consumo de álcool, 21 (24,7%) indivíduos do setor de produção obtiveram pontuação relativa ao uso de risco ou nocivo de álcool e no setor administrativo apenas um indivíduo preencheu os critérios para este padrão. Três (3,5%) indivíduos do setor de produção e um (5,3%) do setor administrativo pontuaram como uso sugestivo de dependência. Na amostra geral, 96 (92,3%) indivíduos não faziam uso de outras drogas além do álcool e 8 (7,7%) participantes faziam uso do tabaco.

Desfecho primário

Resultado das intervenções no consumo de álcool

Quanto às análises *intra groups*, o grupo IB (2) reduziu o padrão de consumo de álcool em todas as

medidas quando comparamos as avaliações feitas antes e depois das intervenções. Por outro lado, no grupo

Feedback e Panfletos (1) não foram observadas diferenças estatisticamente significantes em nenhuma das avaliações.

Tabela 1

Comparação entre pré e pós intervenção com relação aos grupos 01 e 02.

Questões sobre o álcool	Pré teste	Pós teste	Diferença média do pós teste - pré teste	p value
Padrão de uso pelo AUDIT				
<i>Feedback</i> e panfletos	11,0 ± 3,0	7,1 ± 3,3	-3,8 ± 5,4	*0,109
Intervenção Breve	11,5 ± 3,6	6,6 ± 3,1	-4,9 ± 5,5	*0,004
Número de doses consumidas em um dia				
<i>Feedback</i> e panfletos	3,0 ± 1,1	2,1 ± 1,5	-0,8 ± 1,9	*0,289
Intervenção Breve	3,1 ± 1,0	1,0 ± 1,9	-2,0 ± 1,4	*0,001
Número de doses consumidas nos finais de semana				
<i>Feedback</i> e panfletos	14,5 ± 14,4	5,4 ± 3,5	-9,1 ± 14,7	*0,153
Intervenção Breve	12,1 ± 11,5	5,1 ± 4,5	-7,0 ± 11,9	*0,039
Número de doses consumidas durante a semana				
<i>Feedback</i> e panfletos	1,8 ± 3,1	0,1 ± 0,3	-1,7 ± 2,9	*0,172
Intervenção Breve	3,3 ± 5,2	0	-3,3 ± 5,2	*0,028

*Significância estatística observada através do Teste T de *Student* realizado entre o pré teste e o pós teste.

Fonte: A autora

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

Quanto à questão 2 do AUDIT, que faz referência à quantidade de doses que o indivíduo consome em um dia normal, houve uma redução na quantidade de doses antes e após a IB. O grupo *Feedback* e Panfletos apresentou a média de 3,0 ± 1,1 doses antes da intervenção passando para 2,1 ± 1,5 ($p = 0,289$) doses após três meses da intervenção e o grupo que recebeu a IB teve a média de 3,1 ± 1,0 doses antes da intervenção passando para a média de 1,0 ± 0,9 dose ($p = 0,001$) no *follow up* de três meses.

Em relação ao número de doses de bebida alcoólica que o indivíduo consumiu nos finais de semana (incluindo sexta, sábado e domingo), os funcionários do grupo 1 atingiram uma média de 14,5 ± 14,4 doses de álcool na linha de base passando para 5,4 ± 3,5 doses no *follow up*. No entanto, esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa ($p = 0,153$). No grupo 2 as médias foram de 12,1 ± 11,5 doses antes da aplicação da

IB para 5,1 ± 4,5 no *follow up*, e foram estatisticamente significantes ($p = 0,039$).

Em relação à quantidade de bebidas alcóolicas que o indivíduo consome no meio da semana, os funcionários relataram que faziam o uso de 1,8 ± 3,1 doses de álcool passando para 0,1 ± 0,3 doses no grupo *Feedback* e Panfletos. A diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,172$). O grupo que recebeu a IB relatou um consumo, em média, de 3,3 ± 5,2 doses de álcool antes da IB, passando para zero dose após a IB ($p = 0,028$).

Em relação às análises realizadas para comparação entre os grupos 1 e 2 (*inter group*) as diferenças não se mostraram significativas. Foi realizado o Teste t de *Student* para comparar os grupos nas mesmas questões supracitadas. Quanto ao padrão de consumo de álcool, as médias do pré e pós teste foram de -3,85 ± 5,4 no grupo 1 e de -4,93 ± 5,5 no grupo 2 e não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre elas -1,08 ± 0,1 ($p = 0,60$). As diferenças das médias para as outras questões investigadas foram: -1,0 ± 0,6 ($p = 0,13$) para a questão sobre o número de doses consumidas em um dia; -2,1 ± 6,3 ($p = 0,70$), para a questão sobre a diferença no número de doses consumidas nos finais de semana; e para a questão sobre o número de doses consumidas em uma semana foi -1,6 ± 1,7 ($p = 0,40$).

Desfechos Secundários

Análise das questões do URICA

Quanto ao estágio de motivação mensurado através do URICA, a média de pontuação antes das intervenções para o grupo *Feedback* e Panfletos foi de $5,8 \pm 2,6$, o que sinaliza que todos os indivíduos pontuaram no estágio de pré-contemplação. Após as intervenções, este grupo obteve a média de $5,2 \pm 2,3$, ou seja, não houve mudança no estágio de motivação. O grupo IB obteve uma média de $5,9 \pm 2,5$ no score do URICA antes das intervenções e de $6,7 \pm 1,4$ após as intervenções. Houve um mínimo aumento do score do estágio de motivação na média geral do grupo, porém a maioria dos participantes não mudou de estágio, ou seja, permaneceram resistentes à mudança de comportamento mesmo após as intervenções.

Outras medidas

Resultados das questões de saúde do ASI 06.

De acordo com o ASI 06, as principais queixas físicas apresentadas pelos funcionários na amostra total referem-se à pressão alta 12 (11,5%), problemas respiratórios 10 (9,6%), dor lombar, na coluna ou na região das costas 6 (5,8%) e problemas digestivos 5 (4,9%). Também foram citados o diabetes, hepatite, doença renal e deficiência em uma das mãos. Os funcionários que relataram desordens físicas foram encaminhados para o técnico de segurança do trabalho.

Discussão

Neste estudo tivemos como principal objetivo avaliar a efetividade da IB como uma ação de prevenção no ambiente de trabalho por meio de um estudo piloto de um ensaio clínico randomizado não controlado. A principal contribuição deste estudo é a inovação, dado que não foram encontrados estudos semelhantes que buscassem avaliar a efetividade da IB ou do aconselhamento padrão sob o consumo de álcool no ambiente de trabalho brasileiro.

Quanto aos objetivos de se avaliar o consumo de álcool antes e três meses após as duas intervenções realizadas, observamos que ambas, *Feedback* e Panfletos (1) e IB (2), indicaram uma tendência para a redução do consumo de álcool após três meses passados das intervenções. As análises do pré e pós teste indicaram que o grupo da IB apresentou uma tendência estatisticamente

significativa para a redução do consumo, enquanto no grupo *Feedback* e Panfletos esta tendência não foi significativa. Por outro lado, quando os grupos foram comparados um ao outro não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre eles quanto à redução do consumo após três meses. Estes resultados sugerem que este tipo de abordagem no ambiente de trabalho pode trazer resultados positivos e que o investimento em um estudo com cálculo amostral adequado pode trazer resultados mais claros com relação a estes desfechos. Porém, cabe ressaltar que pesquisas recentes sobre a IB em alguns contextos também não encontraram diferenças significativas entre o *feedback* padrão e a IB o que reforça a necessidade de mais pesquisas na área (Pengpid, Peltzer, Skaal, & Heever, 2013).

A IB apresenta como uma das principais vantagens o fato de ser breve, apresentando boa relação custo-benefício quando comparada às intervenções mais longas. No entanto, o estudo de Friedmann, McCullough, Chin, e Saitz (2000) mostrou que a utilização do *feedback* padrão de apenas 5 a 10 minutos inserido na consulta de rotina pode reduzir o consumo de álcool em pacientes com uso de risco. Portanto, se demonstrado que a IB e o *feedback* padrão atingem os mesmos objetivos, o grupo *Feedback* e Panfletos pode ainda apresentar melhor custo-benefício para a aplicação no contexto de trabalho.

Além do fato da IB ter apresentado diferenças significativas quanto à redução do consumo de álcool, destaca-se a relevância clínica da diminuição do número de doses consumidas dessa substância. Sabe-se que o uso prolongado do álcool, mesmo em indivíduos que fazem uso de risco ou nocivo, afeta diretamente a saúde do indivíduo comprometendo vários órgãos e funções do organismo, podendo causar alterações gastrointestinais, cardiovasculares, neurológicas, sanguíneas, entre outras. A redução de doses consumidas pode, portanto, atenuar os efeitos clínicos do álcool sobre o organismo dos indivíduos. Outra questão a ser observada na diminuição do número de doses de álcool, é a menor propensão no envolvimento de acidentes de trânsito, conflitos familiares, absenteísmo no trabalho, queda de produtividade, entre outros (Babor & Higgins-Biddle, 2003).

Em relação à frequência do consumo de álcool, observou-se que grande parcela dos funcionários da empresa deste estudo fazia uso de bebidas alcólicas, ainda que de maneira ocasional. Por outro lado, entre aqueles que pertenciam ao grupo de uso de risco, a proporção de pessoas que consumiam álcool em um padrão *binge* foi elevada. 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 ao aumento da incidência de doenças. Do ponto de vista do usuário, o padrão *binge* regular está associado a efeitos adversos sobre diversos sistemas orgânicos além de aumentar o risco de transtornos psiquiátricos induzidos pelo álcool (Standridge, Zylstra, & Adams, 2004). Estas informações reforçam a importância do investimento em programas de prevenção, mesmo que o padrão de consumo ainda não seja característico de um diagnóstico de dependência.

Em nosso estudo, a investigação sobre a saúde dos colaboradores identificou que as doenças físicas que mais acometiam os funcionários foram pressão alta, problemas respiratórios, dor na região das costas e problemas digestivos. Casos como estes foram encaminhados para o setor de Recursos Humanos da empresa, a fim de checar se estas doenças estão diretamente relacionadas ao trabalho desempenhado pelos colaboradores, considerando que o ambiente de trabalho pode muitas vezes estar relacionado às desordens físicas devido à infraestrutura e às características do trabalho desempenhado (Magallón & Robazzi, 2005). Além disso, as questões sobre a saúde dos funcionários auxiliaram a retirar o foco da intervenção focada exclusivamente sobre a questão do uso de álcool, o que pode ter auxiliado na boa taxa de participação dos trabalhadores.

Em relação à motivação avaliada pelo URICA, observou-se que não houve mudança nos estágios de motivação antes e após três meses da intervenção. Os funcionários permaneceram como pré-contempladores, ou seja, estavam resistentes quanto à mudança de comportamento. Cabe ressaltar, como afirma Prochaska, e DiClemente, (1992) que a motivação não é algo que segue um curso linear, mas sim um *estado* pelo qual o indivíduo *transita*, demonstrando, simultaneamente aspectos ligados a todas as fases, não sendo necessário que uma prevaleça sobre as outras. Segundo Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo, e Schneider (2003) este conhecimento é de suma importância para quem trabalha na área da dependência química, pois não subdivide os alcoolistas em dois grupos: os motivados e os desmotivados, mas sim compreende a motivação como um processo, devendo, os terapeutas agir para que os indivíduos queiram modificar o seu comportamento problema.

O perfil sociodemográfico dos participantes dos grupos 1 e 2, ou seja, dos funcionários que pontuaram como uso de risco ou nocivo foi formado por homens, com aproximadamente 33 anos de idade, que não estudavam, católicos e que pertenciam à classe média.

Através das análises descritivas, notou-se uma maior tendência no consumo de álcool no setor produtivo se comparado ao setor administrativo. Corroborando com estes dados, as maiores taxas de afastamento no trabalho devido ao alcoolismo são entre homens com faixa salarial entre 500 a 1000 reais por mês, o que sinaliza um maior número de afastamentos entre os setores de baixo poder aquisitivo. Em contrapartida, aqueles com faixa salarial entre 1500 e 2000 reais totalizaram apenas 6,7% (Branco, Mascarenhas e Pena, 2009).

Este estudo piloto mostrou ainda que a aplicação da IB no ambiente de trabalho foi viável e que a realização de um ensaio clínico maior pode ser realizado no ambiente de trabalho. Foram identificados facilitadores e dificultadores para tal intervenção. Entre os dificultadores podemos citar as variáveis intervenientes que fizeram parte do estudo e que não foram possíveis de controlar devido às características do contexto organizacional. Entre os facilitadores citamos a taxa de adesão à pesquisa, a aceitabilidade e colaboração dos funcionários e gestores, a infraestrutura da empresa e a própria característica da IB, sendo breve, pontual e objetiva para usuários de risco e nocivo. Por se tratar de uma empresa privada, em que o ritmo de produção é intenso e existia grande rotatividade dos funcionários, considerou-se que houve uma grande adesão dos funcionários ao estudo. Os líderes e gestores foram colaborativos quanto à liberação dos funcionários no horário de produção para a aplicação dos questionários e intervenções.

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 do trabalhador. Conforme citado na literatura, intervenções sobre drogas elaboradas conjuntamente com exames clínicos de saúde tendem a ser facilmente aceitas por se tratar de outras questões de saúde inseridas em exames clínicos gerais (Hermansson et al., 2010).

O presente estudo teve como limitação o fato de não permitir a generalização dos resultados por se tratar de uma única empresa privada. Quanto à validade interna da pesquisa pode ter ocorrido o viés de resposta por parte dos funcionários e também o viés de contaminação. Também não foram realizados estudos que avaliassem o clima e a cultura organizacional o que pode ter influenciado nos resultados, já que estes aspectos podem influenciar no uso de drogas pelos colaboradores. Estudos futuros podem ser realizados buscando-se associar resultados do clima organizacional e os efeitos da IB. Sugerimos também um maior número de participantes ou marcadores biológicos, a fim de diminuir estes possíveis vieses.

A realização deste estudo permitiu concluir que a IB pode ser uma proposta interessante de prevenção ao uso de álcool e pode ser implantada no ambiente de trabalho, porém requer cuidados específicos como em qualquer contexto. Esta intervenção deve ser melhor explorada no contexto organizacional a fim de fornecer evidências de sua eficácia e efetividade no contexto do trabalho.

Diante dos resultados do presente estudo também é recomendado diferenciar estratégias que apresentam melhor custo-benefício para o contexto laboral, sabendo que o *feedback* sobre o padrão de uso também pode sinalizar uma tendência para a redução no consumo de álcool.

Em relação às práticas psicológicas, consideramos que qualquer programa relacionado à prevenção ao uso de álcool necessita considerar que o uso desta substância e de outras drogas é uma prática cultural e influenciada por vários determinantes e, por isso, não se pode formular uma intervenção nos moldes de uma campanha no sentido de tornar as pessoas livres das drogas. Cabe ressaltar que, conforme explicita Bucher (2007), a prevenção é entendida como o melhor investimento a médio, e longo prazo, especialmente do ponto de vista de saúde pública. Porém, os modelos de prevenção existentes não são neutros em uma área como a de uso de álcool e drogas, pois vêm carregados de ideologias e valores. Como salientado previamente, segundo a SENAD (Brasil, 2012), não existe modelo pronto de intervenção e não há como definir qual modelo é melhor ou pior. Os modelos de programas de prevenção devem priorizar a valorização dos fatores de proteção e a diminuição dos fatores de risco para o uso de drogas.

Além disso, os programas desenvolvidos nas empresas devem priorizar as características do ambiente empresarial e as propostas devem se traduzir em ações possíveis de serem executadas, de acordo com os recursos e disponibilidade da organização. A IB no ambiente de trabalho deve possibilitar uma reflexão crítica aos psicólogos, profissionais de Recursos Humanos e demais envolvidos, já que o foco desta intervenção é motivar o usuário a modificar o uso de drogas. Também se deve considerar que um programa de prevenção ao uso de drogas deve estar inserido em uma política mais ampla de saúde, tendo como objetivo a qualidade de vida do trabalhador.

Referências

- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2003). *Intervenções Breves: para o uso de risco e nocivo de álcool - manual para uso em atenção primária*. Ribeirão Preto, SP: PAI-PAD.
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT to Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatment: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148(4), 295-309.
- Branco, A. B., Mascarenhas, F. A. N., & Pena, L. G. Q. (2009). Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 20(2), 123-133.
- Brasil (2004). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas* (2a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2012). *Prevenção do Uso de Álcool e outras Drogas no Ambiente de Trabalho: conhecer para ajudar*. Brasília, DF: Senad.
- Bucher, R. (2007). A ética da prevenção. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(spe), 117-123.
- European Commission (2011). *Alcohol, Work and Productivity. Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum*. Recuperado em 10 de julho de 2015 de http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/science_02_en.pdf
- Ferreira, M. L., & Sartes, L. M. A. (2015). Intervenções realizadas no ambiente de trabalho para o uso de drogas: revisão sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 96-110.
- Figlie, N. B., Dunn, J., Bazan, J. L., & Laranjeira, R. (2005). The stages of change scale among Brazilian alcohol dependents. *Addictive Disorders Their Treatment*, 4, 161-165.
- Friedmann, P. D., McCullough, D., Chin, M. H., & Saitz, R. (2000). Screening and intervention for alcohol problems. *Journal of General Internal Medicine*, 15(2), 84-91.
- 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 and Alcoholism*, 45(3), 252-257.
- Kessler, F., Cacciola, J., Alterman, A., Faller, S., Souza-Formigoni, M. L., Cruz, M. S., et al. (2012). Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 24-33.
- Magallón, T. J. C., & Robazzi, M. L. C. (2005). Consumo de álcool en trabajadores de una industria en monterrey, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(spe), 819-826.

- Mathurin, P., & Deltenre, P. (2009). Effect of binge drinking on the liver: an alarming public health issue? *Gut*, 58(5), 613-617.
- Mcpherson, T. L., Goplerud, E., Derr, D., Mickenberg, J. & Coutthemarche, 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(6), 641-646.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Nilsen, P., Kaner, E., & Babor, T., F. (2008). Brief intervention, three decades on: an overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25(6), 453-467.
- Oliveira, M., Laranjeira, R., Araújo, R. B., Camilo, R. L., & Schneider, D. D. (2003). Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 16(2), 265-270.
- Pengpid, S., Peltzer, K., Skaal, L., & Heever, H. V. (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, 644.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, M. Eiser, & W. Miller (Orgs.), *Progress in Behavior Modification* (pp.184-214). Sycamore: Sycamore Press.
- Segatto, M. L., Pinsky, I., Laranjeira, R., Rezende, F. F., & Vilela, T. R. (2007). Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1753-1762.
- Standridge, J. B., Zylstra, R. G., & Adams, S. M. (2004). Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. *Southern Medical Journal*, 97(7), 664-672.
- Watson, H., Alison, M., Wilson, M., Kerr, S., & Godwin, J. (2010). Involvement of nurses and midwives in screening and brief interventions for hazardous and harmful use of alcohol and other psychoactive substances. Geneva: WHO.
- Webb, G., Shakeshaft, A., Sanson-Fisher, R., & Havard, A. (2009). A systematic review of workplace interventions for alcohol-related problems. *Addiction*, 104(3), 365-377.

Endereço para correspondência:

Maira Leon Ferreira
 Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia.
 Rua José Lourenço Kelmer, s/n, Instituto de Ciências Humanas São Pedro.
 CEP 36036-900 - Juiz de Fora, MG - Brasil.
 E-mail: mleonferreira@yahoo.com.br

Recebido em 28/09/2015

Aceito em 19/02/2016