

Telmo Mota Ronzani^I

Daniela Cristina Belchior Mota^{II}

Isabel Cristina Weiss de Souza^{III}

Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais

Alcohol prevention within primary care in municipalities in the state of Minas Gerais, Southeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a efetividade da implementação de estratégias de triagem associadas às intervenções breves para prevenção do uso abusivo de álcool na atenção primária à saúde.

MÉTODOS: Estudo avaliativo com 113 profissionais e gestores da atenção primária em três municípios da Zona da Mata de Minas Gerais em 2007. Os profissionais de saúde participaram de uma capacitação para a prática de triagem associada às intervenções breves para prevenção do uso de álcool. Seis meses após esta capacitação procedeu-se a avaliação de seguimento. A avaliação qualitativa envolveu observação participante, entrevistas com gestores na pré-capacitação e no seguimento, e grupos focais com profissionais de saúde no seguimento. Foi aplicada a técnica de análise de conteúdo. Para avaliação quantitativa foram utilizados os instrumentos: Questionário de Conhecimento Objetivo, Escala de Moralização do Uso de Álcool, Questionário de Modelo de Percepção do Uso de Álcool e Questionário de Práticas de Prevenção do Uso de Álcool. Foi realizada uma comparação entre municípios na pré-capacitação e no seguimento e uma avaliação longitudinal em cada município, por meio de estatísticas descritivas e inferenciais.

RESULTADOS: A participação dos gestores e a integração entre os profissionais de saúde para a prática da triagem e intervenção breve estiveram associadas à maior efetividade da implementação. Tais fatores ocorreram em um dos municípios, no qual houve diminuição significativa do grau de moralização do uso de álcool pelos profissionais de saúde em comparação aos outros municípios. Nos outros municípios, os efeitos do processo de implementação do projeto indicaram aumento na frequência da realização das práticas de prevenção ao uso de álcool e no conhecimento dos profissionais de saúde em relação a tais práticas, embora não o suficiente para indicar uma implementação efetiva.

CONCLUSÕES: A efetividade da implementação das estratégias de prevenção ao uso de álcool em serviços de atenção primária à saúde está associada ao engajamento dos gestores no processo de implementação de tais estratégias.

DESCRITORES: Consumo de Bebidas Alcoólicas, prevenção & controle. Programas de Rastreamento. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

^I Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Psicologia. UFJF. Juiz de Fora, MG, Brasil

^{III} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFJF. Juiz de Fora, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Telmo Mota Ronzani
Instituto de Ciências Humanas
Rua José Lourenço Kelmer, s/n
Campus Universitário – Martelos
36036-900 Juiz de Fora, MG, Brasil
E-mail: telmo.ronzani@ufjf.edu.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the effectiveness of implementing screening strategies associated with brief interventions for prevention of alcohol abuse, within primary healthcare.

METHODS: This evaluation study was conducted among 113 primary healthcare professionals and managers in three municipalities in the *Zona da Mata* of Minas Gerais, Southeastern Brazil, in 2007. The health professionals participated in a training to perform screening associated with brief interventions for alcohol use prevention. Six months after this training, a follow-up evaluation was carried out. The qualitative assessment involved participant observation, interviews with managers before the training and during the follow-up, and focus groups with healthcare professionals during the follow-up. The content analysis technique was applied. The following instruments were used for the quantitative assessment: Objective Knowledge Questionnaire, Moralization Scale for Alcohol Use, Perception Model for Alcohol Use Questionnaire and Preventive Practices for Alcohol Use Questionnaire. The municipalities were compared before the training and during the follow-up, and longitudinal evaluations were performed in each municipality, using descriptive and inferential statistics.

RESULTS: Participation by the managers and integration among the health professionals regarding the practices of screening and brief intervention were associated with greater effectiveness of implementation. This occurred in one of the municipalities, in which there was a significant decrease in the degree to which alcohol use was moralized by the healthcare professionals, in comparison with the other municipalities. In the other municipalities, the effects of the implementation process for the project indicated that the frequency of performing preventive practices against alcohol use increased, along with the health professionals' knowledge, although not enough to indicate effective implementation.

CONCLUSIONS: Effectiveness in implementing alcohol prevention strategies in primary healthcare services is associated with managers' engagement in the implementation process for these strategies.

DESCRIPTORS: Alcohol Drinking, prevention & control. Mass Screening. Health Human Resource Training. Health Services. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O abuso de álcool está associado a uma grande variedade de problemas de saúde, sociais e legais.⁶ No Brasil, a prevalência de alcoolismo na população geral é 12,3%^a e 91% das internações hospitalares por dependência estão associadas a este problema.^b Além da dependência, a maior parte dos danos relacionados ao álcool pode ser atribuída a um grupo de usuários mais amplo, constituído pelos padrões de uso de risco e uso nocivo.³ O uso de risco é um padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de conseqüências perigosas para os usuários e para quem os cercam, porém ainda não pressupõe danos ao indivíduo. Já o uso nocivo se refere a um padrão de consumo de álcool que resulta

em danos físicos e mentais para a saúde do indivíduo, além de conseqüências em nível social.⁶

Assim, detectar precocemente o consumo abusivo de álcool é fundamental para prevenir conseqüências sociais e de saúde na população geral. Uma importante ferramenta na definição de estratégias de prevenção são os instrumentos de triagem. O principal instrumento de triagem para uso de álcool atualmente é o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), um instrumento de auto-relato desenvolvido para identificar vários padrões de uso de álcool, de fácil aplicação e correção, com validação transcultural, criado para ações de prevenção ao uso de risco.⁶

^a Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, et al. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 2001.

^b Galduróz JCF. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas. In: Sistema para detecção de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (Senad); 2006. p. 13-24.

Articulada à aplicação do AUDIT podem ser realizadas intervenções breves – estratégias baseadas em abordagem motivacional para prevenção primária ou secundária. O foco da intervenção breve é a mudança de comportamento do paciente por meio de atendimento com tempo limitado, podendo ser realizado por profissionais de diferentes formações.^{7,8}

A intervenção breve possui baixo custo e se mostra efetiva para problemas relacionados ao álcool. Deste modo, tem sido útil para a abordagem preventiva de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e constitui um meio adequado para referenciar casos corretos de dependência para tratamentos especializados.⁵

Devido à atenção primária à saúde atingir a maior parte da população, este seria um nível de atenção estratégico para a aplicação do AUDIT e realização da intervenção breve, que podem ser utilizadas para diminuição dos problemas associados ao álcool entre pacientes destes serviços.^{1,16} Nos municípios de pequeno porte, o impacto destas estratégias pode ser ainda maior uma vez que a atenção primária é a principal, senão única, forma de oferta de serviços públicos de saúde. Em tais municípios, a rede assistencial não apresenta um serviço específico para o atendimento aos usuários de álcool, necessitando referenciar seus pacientes para outros municípios.

Apesar das evidências da eficácia da triagem associada às intervenções breves (TIB) para detectar e reduzir o consumo de álcool, diversos estudos indicaram dificuldades para implementar a TIB na atenção primária.^{1,2,16} Profissionais de saúde têm uma formação insuficiente para realizar a prevenção ao uso de álcool^{10,15} e possuem atitudes de culpabilização moral de alcoolistas.⁸ Em face às deficiências em sua formação, a capacitação dos profissionais de saúde é essencial para implementar a TIB na atenção primária. O acompanhamento do processo de implementação da TIB na atenção primária após a capacitação está relacionado a um aumento da efetividade da implementação.^{12,14}

O presente estudo teve por objetivo analisar a efetividade da implementação de estratégias de triagem associadas às intervenções breves para prevenção ao uso de álcool em serviços de atenção primária à saúde em municípios de pequeno porte.

MÉTODOS

Os critérios para selecionar os municípios participantes deste estudo foram a localização na Zona da Mata Mineira, população inferior a 100.000 habitantes e disponibilidade das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) para participação. Por razões éticas optou-se por não revelar os nomes dos municípios.

O município A possui aproximadamente 9.750 habitantes e três equipes de PSF; B conta com aproximadamente 48.137 habitantes e oito equipes de PSF e C

possui aproximadamente 3.846 habitantes e uma equipe de PSF. Tendo em vista o menor número de equipes de PSF do município C, e por este município apresentar influência da rede assistencial de saúde de B, estes municípios foram agrupados na análise dos dados.

Foram informantes-chave os secretários municipais de saúde e os coordenadores dos PSF de cada município, sendo ambos referidos como gestores no estudo. Participaram do estudo 113 profissionais de saúde que faziam parte das equipes de PSF dos três municípios no período de março a dezembro de 2007. Do município A participaram 40 profissionais de saúde, sendo 20 agentes comunitários de saúde (ACS), dez auxiliares de enfermagem, três enfermeiros, três médicos e quatro profissionais de saúde de outras categorias. Dos outros municípios participaram 73 profissionais, entre estes 54 ACS, quatro auxiliares de enfermagem, oito enfermeiros, cinco médicos e dois profissionais de saúde de outras categorias. A média de idade dos participantes do município A foi 37 anos e 92,5% eram do sexo feminino. Nos outros municípios a média de idade foi 30 anos e 71,2% eram do sexo feminino.

Primeiramente, realizou-se um contato com os gestores para se investigar a adesão dos municípios ao projeto de implementação das estratégias de prevenção ao uso de álcool. Num segundo momento, o presente estudo propôs uma capacitação sobre prevenção ao uso excessivo de álcool para os 113 profissionais de saúde participantes. A carga horária da capacitação foi de oito horas, abordando os seguintes conteúdos previamente definidos: noções teóricas sobre o uso de álcool, a importância das práticas de prevenção ao uso de risco de álcool, a aplicação do AUDIT e da intervenção breve por meio de técnicas de *role-playing* e vídeos sobre como realizar a TIB. No primeiro mês após a capacitação foram realizadas reuniões semanais com as equipes de PSF, além de reuniões com os gestores, as quais tiveram a finalidade de acompanhar a implementação do projeto nos serviços de saúde. Posteriormente, as reuniões ocorreram mensalmente até que fosse realizada a avaliação de seguimento, que ocorreu seis meses após a capacitação.

Na investigação qualitativa, foram adotados os seguintes procedimentos:

- Entrevistas semi-estruturadas com os gestores dos municípios no contato inicial para identificar atitudes e perspectivas de trabalho em relação ao projeto.
- Observação participante durante os seis meses seguintes à capacitação, nas reuniões realizadas até a avaliação de seguimento por meio de atividades de aprendizagem prática e avaliação de processo. Os pesquisadores foram atores ativos durante a implementação do projeto e os dados observados foram registrados em um diário de campo para que

fossem feitos relatórios sistemáticos.

- Entrevistas semi-estruturadas de avaliação de seguimento com os gestores para identificar fatores que facilitaram e dificultaram a implementação do projeto.
- Grupo focal realizado em cada município para avaliação da implementação do projeto. Participaram dos grupos focais três ACS e duas enfermeiras em A. Nos demais municípios, um dos grupos focais foi composto por cinco ACS e o outro por sete ACS e quatro enfermeiros.

Foram utilizados os mesmos temas para o roteiro das entrevistas e dos grupos focais. Para avaliar os profissionais de saúde participantes da capacitação foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário de Conhecimento Objetivo (QCO)¹⁶ – respondido antes e imediatamente após a capacitação. Ele avalia conhecimentos técnicos dos profissionais sobre prevenção do uso de risco de álcool por meio de perguntas com respostas estruturadas, incluindo questões sobre: definição de beber moderado e de dose-padrão, circunstâncias de abstinência de álcool para os pacientes, porcentagem da população considerada bebedor de risco e a atuação dos profissionais de atenção primária na redução do consumo de álcool.

Os instrumentos apresentados a seguir foram respondidos nas avaliações da pré-capacitação e na avaliação de seguimento.

- Escala de Moralização do Uso de Álcool (EMUA) – proveniente da Escala Marcus, foi desenvolvida para avaliar crenças e estereótipos sobre usuários de álcool.⁴ A EMUA possui cinco itens com proposições estereotípicas do tipo “Alcoolismo é sinal de fraqueza de caráter” e respostas tipo Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A escala apresenta variação de pontuação de 5 a 35.
- Questionário sobre Modelos de Percepção sobre o Uso de Álcool (QMPA) – baseado no modelo Brickman^{13,a} avalia a responsabilidade atribuída aos pacientes em relação ao aparecimento e solução do alcoolismo e classifica a percepção sobre o uso de álcool em quatro modelos: moral, no qual atribui-se alta responsabilidade ao paciente pela causa e pela solução do alcoolismo; médico, que considera o paciente como minimamente responsável tanto pela causa quanto por solucionar este problema; compensatório, que caracteriza-se por baixa atribuição de responsabilidade em relação à causa do alcoolismo e alta responsabilidade pela solução e;

iluminado, que atribui alta responsabilidade pela causa do alcoolismo e baixa responsabilidade pela solução. Embora tenham sido empregados os procedimentos de tradução, retrotradução e adaptação semântica na EMUA e no QMPA, não há validação transcultural dos mesmos. Ambos instrumentos foram utilizados tendo em vista a necessidade de se avaliar o grau de moralização do uso de álcool pelos profissionais de saúde, o qual poderia influenciar na realização das práticas de prevenção ao uso de álcool.

- Questionário de Práticas de Prevenção ao Uso de Álcool (QPA) – composto por sete perguntas que avaliam a frequência e a motivação dos profissionais de saúde para realizar práticas de prevenção ao uso de álcool. Uma das perguntas do QPA possui resposta dissertativa e as demais respostas são em formato de escala do tipo Likert (Tabela 3).

A efetividade da implementação do projeto também foi avaliada em termos da quantidade de AUDIT aplicados e intervenções breves realizadas por profissional de saúde no final do período de implementação.

Todas as entrevistas foram gravadas em mídia eletrônica para posterior transcrição e organização dos dados. Foi realizada análise de conteúdo do tipo estrutural e temática.⁹ Os dados provenientes dos questionários foram organizados e analisados no *software* estatístico SPSS, versão 15.0. Foram utilizadas estatísticas descritivas como frequência (n), frequência relativa (%), média (M) e desvio-padrão (DP). Usou-se o teste de qui-quadrado para variáveis nominais, a fim de se obter uma comparação entre as amostras constituídas por A e outros municípios, bem como realizar uma análise longitudinal em cada uma das amostras. Para variáveis quantitativas utilizou-se o teste t de Student ou o de Mann-Whitney na comparação entre municípios e o teste t pareado ou Wilcoxon na análise longitudinal no município A e nos demais. Nas análises estatísticas, estabeleceu-se um nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (0419/06). Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em conformidade com as normas da instituição.

RESULTADOS

Entrevistas realizadas na pré-capacitação

A razão principal relatada pelos entrevistados para participação no projeto foi a alta prevalência do uso de álcool da população e a prevenção de danos mais graves para os alcoolistas.

^a Palm J. Moral concerns: treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems [tese de doutorado]. Stockholm: University of Stockholm; 2006.

Quanto às expectativas em relação ao projeto, as expectativas dos profissionais do município A voltaram-se para a conscientização dos alcoolistas para o tratamento e a atuação do PSF frente ao alcoolismo. Os outros municípios ressaltaram a capacitação dos profissionais do PSF para as práticas preventivas ao uso de álcool.

A principal estratégia indicada pelos gestores para a implantação do projeto foi a divulgação em palestras. Os entrevistados do município A também mencionaram que as estratégias não haviam sido definidas.

Em relação aos critérios para avaliar se os objetivos do projeto seriam alcançados, os entrevistados em A enfatizaram a participação dos profissionais de saúde no projeto e o retorno da população. Os entrevistados dos outros municípios ressaltaram a diminuição dos danos do uso de álcool e a redução dos custos com o alcoolismo.

Quanto aos obstáculos esperados, os entrevistados do município A ressaltaram a não-participação de todos profissionais no projeto. Nos outros municípios, os

Tabela 1. Principais temas convergentes entre os municípios na avaliação de seguimento. Municípios da Zona da Mata, MG, 2007.

Roteiro	Respostas
1. Ganhos obtidos com o projeto:	<p>Detecção dos usuários de risco e usuários nocivos.</p> <p>Conscientização sobre os danos do uso de álcool da população.</p> <p>Antes da implementação do projeto predominava o enfoque no alcoolismo.</p>
2. Planejamento da implementação e execução do planejamento:	<p>ACS aplicaram a TIB nas visitas domiciliares.</p>
3. Medidas tomadas para facilitar a implementação:	<p>Apoio logístico de infra-estrutura e impressão dos AUDIT.</p> <p>A inclusão da TIB na rotina das ACS.</p>
4. Recebimento de informações e suporte para executar o projeto:	<p>Houve suporte para o acompanhamento da implementação.</p>
5. Obstáculos encontrados para o sucesso do projeto:	<p>Tempo escasso e excesso de atribuições.</p> <p>Ausência de profissionais que estavam em período de férias.</p> <p>O projeto como ação executada principalmente pelos ACS.</p> <p>Insegurança para realizar a intervenção breve.</p> <p>Encaminhamento dos alcoolistas.</p> <p>Problemas sociais da comunidade.</p> <p>A falta de apoio dos familiares dos pacientes para a redução do uso de álcool.</p> <p>Receio dos pacientes de serem estigmatizados de alcoolistas a partir do AUDIT.</p> <p>Usuários que omitem informações sobre o padrão de consumo de álcool.</p>
6. Pontos fortes do projeto:	<p>Detecção dos pacientes com padrão de uso de risco de álcool.</p> <p>A receptividade da comunidade que reconheceu os benefícios do projeto.</p> <p>A conscientização dos usuários de álcool e a mudança do estilo de vida.</p>
7. Pontos fracos do projeto:	<p>A falta de uma equipe de apoio multidisciplinar para o PSF.</p>
8. Incorporação do projeto na rotina:	<p>Dependerá do engajamento das futuras coordenações do PSF.</p>
9. Estratégia de implantação para outro município:	<p>Buscar apoio de outros segmentos: educacional e comunitário.</p> <p>Montar equipes de apoio multidisciplinar.</p> <p>Efetivo engajamento dos gestores.</p> <p>Envolvimento da coordenação do PSF.</p> <p>Participação de toda a equipe do PSF.</p>
10. Fatores dificultadores para a continuação do projeto:	<p>Rotatividade de profissionais associada a mudanças políticas.</p> <p>Adesão de toda a equipe.</p> <p>Há usuários de álcool que são resistentes à mudança.</p>
11. Razões para implementar o projeto em outros municípios:	<p>Equipes de PSF de municípios de pequeno porte são mais integradas.</p> <p>Dificuldades de acompanhar a implementação em municípios maiores.</p>

Tabela 2. Principais temas divergentes entre os outros municípios na avaliação de seguimento. Municípios da Zona da Mata, MG, 2007.

Roteiro	"A"	Outros municípios
1. Ganhos obtidos com o projeto:	Aplicação da TIB. Diminuição do padrão de uso de álcool dos pacientes. Melhoria da qualidade do serviço prestado na APS. Os profissionais mudaram a visão estigmatizada dos alcoolistas.	Aprendizado da TIB. Capacitação dos profissionais de saúde.
2. Planejamento da implementação:	Enfermeiras e médicos continuam a IB iniciada pelos ACS. Organização dos dados do projeto pelas enfermeiras.	
3. Medidas para facilitar a implementação:	Incorporação da TIB na rotina dos ACS. Integração da equipe. Engajamento da coordenadora do PSF. Monitoramento da IB pelo Programa de Controle do Álcool.	
4. Suporte para a execução do projeto:	O acompanhamento deveria ser mais freqüente.	Foi suficiente.
5. Obstáculos encontrados:	Pacientes que não freqüentam a APS. Sobrecarga de trabalho das enfermeiras.	Falta de suporte dos gestores. Profissionais que focaram no alcoolismo. Participação exclusiva dos ACS. Desarticulação da equipe. Ausência da coordenação do PSF. Pacientes não encaram o uso de álcool como uma questão de saúde.
6. Pontos fortes do projeto:	Possibilitar a construção de uma política de prevenção ao álcool. Reconhecer os danos do álcool para outros padrões de uso. O projeto pode auxiliar na prevenção de outras doenças.	
7. Pontos fracos do projeto:	Não atingir os adolescentes. Necessidade da participação dos familiares dos usuários.	Descrédito quanto ao AUDIT.
8. Incorporação do projeto na rotina: Motivos:	Está incorporado na rotina. Adequação do projeto à prática dos profissionais (prevenção); Vínculo entre os ACS e a comunidade; Participação da coordenadora do PSF e das enfermeiras para gerenciar as práticas do projeto; O alto padrão de consumo de álcool no município; O Programa Comunitário sobre Álcool proporcionará maior eficiência ao projeto.	Dependerá de fatores como: Integração da equipe; Participação de todos os profissionais; Oferecimento de suporte social; Suporte da gestão; Equipe multidisciplinar.
9. Dificuldades para continuar o projeto:		A falta de gerência para o projeto. A falta de suporte dos gestores. Profissionais de saúde praticaram a TIB devido ao acompanhamento dos pesquisadores após a capacitação.
10. Razões para implantar o projeto em outros municípios:	Baixo custo. Aplicabilidade da TIB. O uso de álcool como um problema de saúde.	Vínculo entre ACS e comunidade.

entrevistados mencionaram a resistência dos pacientes em discutir sobre o consumo de álcool e obstáculos tidos como inerentes ao próprio funcionamento do PSF:

excesso de capacitações, sobrecarga de atribuições e escassez de tempo. Devido à possibilidade de mudanças de cargos políticos, a execução do projeto em longo

Tabela 3. Comparação entre os resultados dos municípios e análise longitudinal entre os resultados da pré-capacitação e avaliação de seguimento. Municípios da Zona da Mata, MG, 2007.

Variável	Pré-capacitação				Seguimento			
	"A"		Outros		"A"		Outros	
1. Desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção ^{*,**}								
Nunca	1	3,4	0	0	0	0	0	0
Raramente	0	0	1	1,8	0	0	2	3,6
Às vezes	1	3,4	5	9,1	1	3,4	3	5,5
Quase sempre	3	10,3	24	43,6	3	10,3	17	30,9
Sempre	24	82,8	25	45,5	25	86,2	33	60
2. Motivação para a prevenção ao uso nocivo de álcool ^{**}								
Totalmente desmotivado	0	0	2	3,7	0	0	2	3,7
Desmotivado	1	3,4	1	1,9	1	3,4	3	5,6
Neutro	5	17,2	10	18,5	2	6,9	15	27,8
Motivado	14	48,3	27	50	22	75,9	27	50
Totalmente motivado	9	31	14	25,9	4	13,9	7	13
3. Frequência com que pergunta sobre o uso de álcool								
Todas às vezes	2	6,9	4	7,4	4	13,8	2	3,7
A maioria das vezes	5	17,2	13	24,1	11	37,9	13	24,1
Algumas vezes	17	58,6	27	50	11	37,9	33	61,1
Raramente ou nunca	4	13,8	9	16,7	2	6,9	4	7,4
Não é minha função	1	3,4	1	1,9	1	3,4	2	3,7
4. Frequência do aconselhamento sobre o uso de álcool ^{***}								
Todas às vezes	5	17,2	15	27,8	6	20,7	10	18,5
A maioria das vezes	10	34,5	19	35,8	13	44,8	25	46,3
Algumas vezes	11	37,9	13	24,1	8	27,6	18	33,3
Raramente ou nunca	3	10,3	6	11,1	1	3,4	0	0
Não é minha função	0	0	1	1,9	1	3,4	1	1,9
5. Atividades de prevenção aos problemas do uso de álcool ^{****}								
Nem penso em fazer	1	3,4	4	7,4	1	3,4	2	3,7
Penso em fazer, não comecei	5	17,2	18	33,3	2	6,9	5	9,3
Faço algumas vezes	16	55,2	21	39,9	8	27,7	38	70,4
Já é parte da minha rotina	7	24,1	11	20,4	18	62,1	9	16,7
6. Número de pacientes tratados quanto ao uso nocivo de álcool no último ano ^{****}								
Nenhum	7	24,1	22	41,5	5	17,2	11	20,4
1 a 5	10	34,5	17	32,1	13	44,8	30	55,6
6 a 11	4	13,8	6	11,3	4	13,8	8	14,8
12 a 24	5	17,2	2	3,8	0	0	4	7,4
25 a 49	1	3,4	0	0	2	6,9	0	0
50 ou mais	1	3,4	1	1,9	4	13,8	0	0
Não se aplica	1	3,4	5	9,4	1	3,4	1	1,9
7. Percentagem de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool ^{*,**}								
	M = 47,7		M = 36,8		M = 44,9		M = 38,2	

* p < 0,05: A versus B e C na pré-capacitação.

** p < 0,05: A versus B e C na avaliação de seguimento.

*** p < 0,05: Pré-capacitação versus seguimento em A.

**** p < 0,05: Pré-Capacitação versus seguimento nos outros municípios.

prazo foi considerada um obstáculo pelos entrevistados de todos os municípios.

Quando perguntados sobre a incorporação do projeto à rotina dos serviços, os entrevistados em A relataram uma crença na adequação do projeto, levando-se em consideração a necessidade de construir uma medida em relação ao consumo de álcool no município. Os entrevistados dos outros municípios relataram que a incorporação do projeto na rotina estaria respaldada pela coerência do projeto com o PSF (trabalho de prevenção) e o apoio gestão.

Acerca das dificuldades de implementar o projeto na rotina, os entrevistados do município A mencionaram que caso não ocorresse um engajamento das enfermeiras haveria uma dificuldade para a incorporação do projeto na rotina, pois elas coordenavam internamente as equipes de PSF. Adicionalmente, foram mencionados fatores que podem ocorrer em longo prazo, como a incerteza do apoio dos futuros gestores e a rotatividade dos profissionais de saúde. Nos outros municípios, os entrevistados afirmaram que não pressupunham obstáculos para implementar o projeto na rotina.

Tendo como principal enfoque a prevenção do alcoolismo, todos os entrevistados manifestaram apoio para a implementação do projeto e reconheceram a importância da abordagem do uso do álcool na atenção primária. Entretanto, não houve indicadores de que a implementação estava sendo previamente estruturada em termos de planejamento ou de como ultrapassar os obstáculos esperados.

Entrevistas e grupos focais realizados na avaliação de seguimento

Quanto aos temas convergentes entre entrevistados do município A e de outros municípios, entre todos os participantes, foi por meio do projeto que os profissionais de saúde e gestores deixaram de polarizar a classificação dos usuários de álcool em alcoolistas ou não alcoolistas, passando a incluir a noção de padrão de uso de risco e uso nocivo. Observou-se que a TIB esteve associada principalmente às atividades dos ACS. A participação do coordenador do PSF foi considerada fundamental para a efetividade da implementação, ao possibilitar o gerenciamento do projeto entre os profissionais.

Tendo em vista os problemas socioeconômicos da comunidade e as dificuldades encontradas para referenciar os alcoolistas para os serviços especializados, ao final da implementação foi recorrente nos municípios a concepção de que o PSF não poderia atuar sozinho. Seria necessária uma atuação intersetorial para a consolidação da prevenção ao uso de álcool. Outros aspectos semelhantes entre os municípios são apresentados na Tabela 1.

Quanto aos temas divergentes entre entrevistados de A e os de outros municípios, os principais pontos estiveram relacionados a fatores como a participação do coordenador do PSF para gerenciar o projeto e a integração entre os profissionais das equipes de PSF para a prática da TIB. Enquanto no município A a presença destes fatores possibilitou maior efetividade à implementação, nos outros municípios tais fatores foram apontados como obstáculos para a incorporação do projeto na rotina da atenção primária. A Tabela 2 descreve pontos divergentes entre os municípios.

Avaliação quantitativa

Na aplicação do QCO, o conhecimento objetivo prévio entre os profissionais da atenção primária que participaram da capacitação no município A ($M= 5,06$; $DP= 1,93$) foi significativamente maior em comparação aos profissionais dos demais municípios ($M= 3,63$; $DP= 1,40$; $t= 4,08$; $p= 0,001$ no teste t de Student). Porém, na avaliação pós-capacitação, houve um nivelamento do conhecimento técnico entre todos os profissionais, não havendo diferença estatística entre os municípios, apesar de os profissionais de saúde de A continuarem com média maior ($M= 5,48$; $DP= 1,78$) em comparação aos outros municípios ($M= 4,93$; $DP= 1,62$). Na comparação das médias antes e depois da capacitação, apenas os municípios B e C aumentaram de forma estatisticamente significativa o conhecimento técnico ($t= 5,19$; $p= 0,001$; no teste t pareado).

Na Figura 1 são apresentadas as médias de pontos obtidos na EMUA.

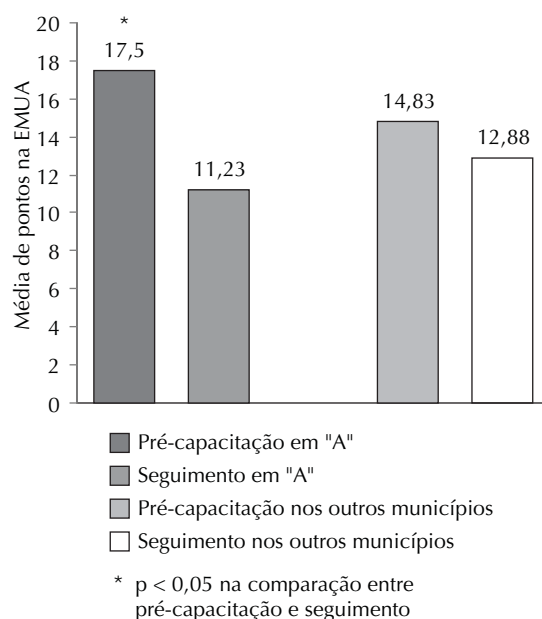


Figura 1. Pontuação na Escala de Moralização de Uso Álcool (EMUA). Municípios da Zona da Mata, MG, 2007.

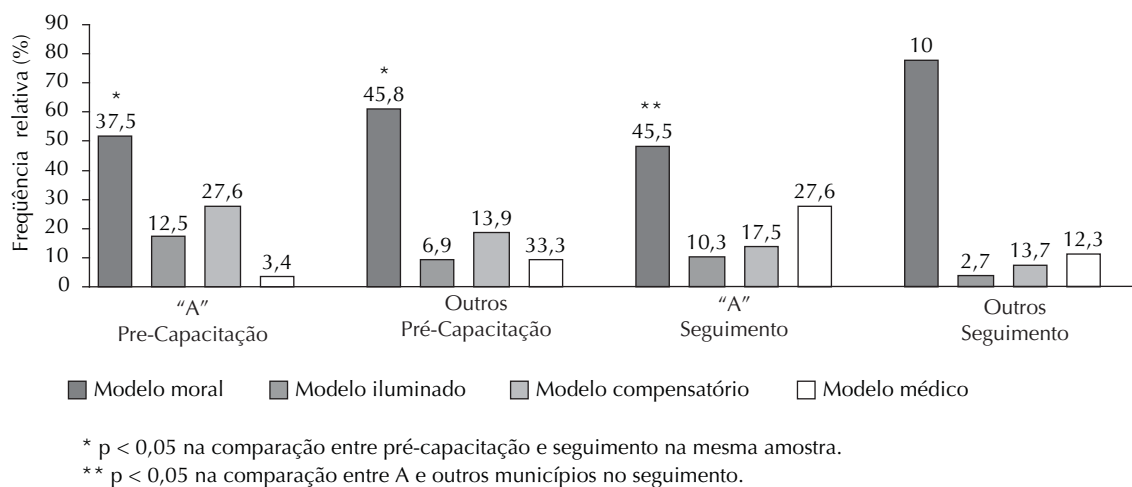


Figura 2. Frequência dos modelos de percepção sobre o uso de álcool. Municípios da Zona da Mata, MG, 2007.

A classificação dos modelos de percepção sobre o uso de álcool segundo o QMPA está apresentada na Figura 2. A análise longitudinal mostrou um aumento do modelo médico entre os profissionais de saúde de A ($X^2= 17,49$; $gl= 9$; $p= 0,02$). Para os profissionais de saúde de outros municípios, houve aumento do modelo moral ($X^2= 21,80$; $gl= 9$; $p= 0,01$). No seguimento, a maior frequência do modelo moral e a menor frequência do modelo médico nos outros municípios em comparação a A mostraram que a responsabilização do alcoolista pelo aparecimento e solução do seu problema foi consideravelmente maior nos outros municípios ($X^2= 7,95$; $gl= 3$; $p= 0,04$).

Na pré-capacitação e no seguimento, parte do QPA indicou resultados significativamente superiores para o município A em comparação aos de outros municípios. O QPA apontou também um aumento significativo na frequência das práticas de prevenção ao uso de álcool na avaliação longitudinal para todos os municípios, contudo o aumento foi maior nos outros municípios (Tabela 3).

A média de AUDIT e intervenções breves aplicadas por profissional de saúde capacitado durante período de implementação foi respectivamente 28 e 16 no município A, e nos de outros municípios a média foi 6 e 5, ou seja, uma diferença significativa em relação aos AUDIT aplicados ($p=0,001$). Não houve significância na comparação das médias de intervenções breves entre os entrevistados.

DISCUSSÃO

Cabe ao gestor construir ações estratégicas com uma perspectiva articuladora da atuação dos profissionais de saúde,¹⁸ sendo o trabalho em equipe inerente ao PSF.^{17, 19}

No município A, a liderança exercida pelo coordenador do PSF contribuiu para a maior efetividade da implementação do projeto, pois: (1) promoveu adesão dos profissionais de saúde à realização da TIB; (2) construiu estratégias para integrar as práticas do projeto entre os profissionais nas equipes de PSF, como a mobilização das enfermeiras para gerenciar o projeto e a criação do Programa de Controle do Álcool para sistematizar a prática da intervenção breve. Os fatores mencionados viabilizaram que os profissionais de saúde do município A buscassem incorporar a TIB em suas rotinas. Desse modo, os profissionais de saúde de A realizaram as estratégias de prevenção ao uso de álcool com maior frequência do que os profissionais de saúde dos outros municípios. Tais fatores podem também ter possibilitado os resultados superiores de parte do QPA do município A em comparação aos dos outros municípios na avaliação de seguimento.

Conforme relatado por outros estudos, há uma conotação moral em relação ao álcool que dificulta abordagens mais adequadas e maior aproximação aos usuários pelos profissionais de saúde.^{11,a} Outro efeito da implementação do projeto no município A foi a diminuição da moralização do uso de álcool pelos profissionais de saúde, de acordo com os resultados da EMUA, o que também pode ter contribuído para a efetividade da implementação.

Nos municípios B e C, os resultados significativos da análise longitudinal do QPA mostraram que o processo de implementação do projeto contribuiu para mudanças favoráveis na realização de práticas de prevenção ao uso de álcool pelos profissionais de saúde. No entanto, a falta de apoio dos gestores e a desarticulação dos profissionais de saúde para a execução do projeto

^a Ronzani TM, Andrade T. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: Secretaria Nacional Antidrogas. Sistema para detecção de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Brasília, DF; 2006. p. 25-32.

dificultaram que tais mudanças fossem substanciais para caracterizar uma rotina de aplicação da TIB. Sugere-se que a menor motivação dos profissionais de saúde para a prevenção do uso nocivo de álcool, observada na análise longitudinal do QPA dos outros municípios, está vinculada aos obstáculos relatados por eles no período de implementação do projeto, principalmente pela atuação isolada dos ACS e a falta de apoio dos gestores.

Na avaliação de seguimento dos municípios B e C, o aumento do modelo moral e a não diminuição da moralização do uso de álcool apontada pela EMUA são indicativos de que os profissionais de saúde mantiveram atitudes negativas em relação aos seus pacientes com problemas relacionados ao álcool. A concepção dos profissionais de saúde de que os danos causados pelo uso indevido de álcool são uma questão de auto-responsabilidade do paciente é um obstáculo para práticas de prevenção do uso de álcool.²

Concluiu-se que a metodologia de implementação do projeto adotada no presente estudo funcionou como uma pré-condição para a mudança das práticas dos profissionais de saúde, ao proporcionar conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades para a realização da prevenção ao uso de risco de álcool, convergindo com outros relatos.^{10,21} Contudo, esta aquisição de conhecimentos e habilidades pelos profissionais de saúde não se mostrou suficiente para uma efetiva implementação do projeto na rotina dos serviços de atenção primária em saúde. Assim, os achados do estudo remetem para uma associação entre a maior efetividade da implementação das práticas de prevenção ao uso de risco de álcool na atenção primária de municípios

de pequeno porte e o engajamento dos gestores para implementar o projeto, sobretudo do coordenador do PSF. Outro fator que pode estar associado à efetividade da implementação é a diminuição da moralização do uso de álcool pelos profissionais de saúde, observada nos profissionais do município A.

Vilasbôas & Paim²⁰ (2008) mostraram que as ações empreendidas por gestores parecem estar mais baseadas nos valores compartilhados em relação ao que consideram justo em termos de oferta de serviços do que em critérios de priorização de danos e riscos à saúde. Outros estudos podem estar voltados para uma avaliação das crenças e atitudes dos gestores no que se refere ao uso de álcool, pois seu envolvimento pode determinar o sucesso desta proposta de trabalho.

Devido à própria centralidade ocupada pela gestão municipal para a efetividade da implementação, as principais limitações do presente estudo concernem à necessidade de um tempo maior de seguimento para que fosse avaliado se a mudança da gestão do município A inviabilizaria a continuação da TIB pelos profissionais da atenção primária em saúde.

AGRADECIMENTOS

Às Secretarias de Saúde dos municípios participantes por autorizarem a realização do estudo e Júnia Marise de Oliveira Cotta, Érica Cruvinel e Rafaela de Oliveira Lisboa, estudantes de graduação em Psicologia na Universidade Federal de Juiz de Fora, pela participação na coleta e tabulação dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug Alcohol Depend.* 2003;69(1):9-14. DOI: 10.1016/S0376-8716(02)00228-4
2. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Fam Pract.* 2003;20(3):270-5. DOI: 10.1093/fampra/cm307
3. Anderson P. Alcohol as a key area. *BMJ.* 1991;303(6805):766-9. DOI: 10.1136/bmj.303.6805.766
4. Babor TF, Hesselbrock M, Radouco-Thomas S, Feguer L, Ferrant JP, Choquette K. Concepts of alcoholism among American, French-Canadian, and French alcoholics. *Ann N Y Acad Sci.* 1986;472:98-109. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1986.tb29613.x
5. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction.* 2000;95(5):677-86. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2000.9556773.x
6. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
7. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. Geneva: World Health Organization; 2001.
8. Babor TF, McRee GB, Kassebaum MA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management substance abuse. *Subst Abuse.* 2007;28(3):7-30. DOI: 10.1300/J465v28n03_03
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Bendtsen P, Akerlind I. Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol Alcohol.* 1999;34(5):795-800. DOI: 10.1093/alcalc/34.5.795
11. Fortney J, Mukherjee S, Curran G, Fortney S, Han X, Booth BM. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *J Behav Health Serv Res.* 2004;31(4):418-29.
12. Gomel MK, Wutzke SE, Hardcastle DM, Lapsley H, Reznik RB. Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Soc Sci Med.* 1998;47(2):203-11. DOI: 10.1016/S0277-9536(98)00063-X
13. Kloss JD, Lisman SA. Clinician attributions and disease model perspectives of mentally ill, chemically addicted patients: a preliminary investigation. *Subst Use Misuse.* 2003;38(14):2097-107. DOI: 10.1081/JA-120025127
14. Nilssen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppä K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review. *Scand J Prim Health Care.* 2006;24(1):5-15. DOI: 10.1080/02813430500475282
15. Roche AM, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug Alcohol Rev.* 2004;23(1):11-8. DOI: 10.1080/09595230410001645510
16. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad Saude Publica.* 2005;21(3):852-61. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300019
17. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc saude coletiva.* 2008;13(1):23-34. DOI: 10.1590/S1413-81232008000100007
18. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Cienc Saude Coletiva.* 1999;4(2):221-42. DOI: 10.1590/S1413-81231999000200002
19. Vieira ET, Borges MJL, Pinheiro RSM, Nuto SAS. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. *RBPS.* 2004;17(3):119-26.
20. Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad Saude Publica.* 2008;24(6):1239-50. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000600005
21. Walsh RA, Sanson-Fisher RW, Low A, Roche AM. Teaching medical students alcohol intervention skills: results of a controlled trial. *Med Educ.* 1999;33(8):559-65. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1999.00378.x

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Proc. nº 408753/2006-4).

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.