

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Daniela do Amaral Matos

**INTERVENÇÃO BREVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARAREDUÇÃO DO
USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DOS PROBLEMAS RELACIONADOS NA POPULAÇÃO
DO MUNICÍPIO DE MARMELÓPOLIS, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte - Minas Gerais

2022

Daniela do Amaral Matos

**INTERVENÇÃO BREVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARAREDUÇÃO DO
USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DE PROBLEMAS RELACIONADOS NA POPULAÇÃO
DO MUNICÍPIO DE MARMELÓPOLIS, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares
Madureira

Belo Horizonte - Minas Gerais

2022

M433i Matos, Daniela do Amaral.
Intervenção breve na Atenção Primária à Saúde para redução do uso abusivo de álcool e dos problemas relacionados na população do município de Marmelópolis, Minas Gerais [recursos eletrônicos]. / Daniela do Amaral Matos. - Belo Horizonte: 2022.
46f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Maria Dolôres Soares Madureira.
Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde da Família.
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Alcoolismo. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 4. Prevenção Secundária. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Madureira, Maria Dolôres Soares. II. Sobrenome, Nome. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 401

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS
GERAIS FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos dezesseis dias do mês de fevereiro de 2022, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **DANIELA DO AMARAL MATOS** “INTERVENÇÃO BREVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA REDUÇÃO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DOS PROBLEMAS RELACIONADOS NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MARMELOPOLIS, MINAS GERAIS”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Profa. Ms. MARIA DOLÔRES SOARES MADUREIRA e Profa. Dra. MARIA RIZONEIDE NEGREIROS DE ARAÚJO O TCC foi aprovado com a nota 90.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia dezesseis do mês de fevereiro, do ano de dois mil e vinte e dois e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 25 de fevereiro de 2022.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro**, Coordenador(a) de curso de pós-graduação, em 04/03/2022, às 08:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1281915** e o código CRC **86A3CDAB**.

Dedico esse trabalho a todos que sofrem com o uso nocivo ou com o Transtorno pelo Uso de Álcool, aos seus familiares e amigos. Desejo que ele possa servir de incentivo a outras ações de prevenção secundária na saúde pública e também que lembre a importância da prevenção primária para cuidar do futuro de nossas crianças.

AGRADECIMENTOS

Agradeço infinitamente aos meus pais, Sandra e Adriano, e a meus irmãos Felipe e Erica pelo amor, cuidado e suporte incondicional. Sem os quatro, eu nada seria.

Um agradecimento especial a Ana Cecília Marques por abrir e me mostrar um novo caminho a ser trilhado e por me ajudar a persistir plantando novas flores. Com sua empatia, sabedoria, conhecimento e resiliência é, hoje, meu maior exemplo de médica.

Agradeço também a professora e orientadora Maria Dolôres pela atenção e tempo dedicado para contribuir na realização deste trabalho.

*“Estou preso à vida e olho meus
companheiros.*

*Estão taciturnos, mas nutrem grandes
esperanças.*

Entre eles, considero a enorme realidade.

*O presente é tão grande, não nos
afastemos.*

*Não nos afastemos muito, vamos de mãos
dadas”.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

A equipe de saúde da família de Marmelópolis, Minas Gerais, realizou o diagnóstico situacional do Município e constatou que uma grande parcela da população faz uso nocivo do álcool. Sabe-se hoje que esse uso traz consequências negativas diretas à saúde física e mental do indivíduo e é um dos principais fatores para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes. Apesar de ser um grande problema de saúde pública, faltam políticas públicas de prevenção, redução do consumo e regulamentação da comercialização de álcool. A intervenção breve é uma técnica relativamente simples, econômica e de grande efetividade para diagnosticar precocemente o uso abusivo e motivar o paciente à mudança, seja aumentando seu nível de conhecimento em relação aos riscos associados, seja para iniciar o tratamento ou encaminhar à especialidade referenciada nos casos graves de pacientes que possuem o transtorno por uso de álcool já instalado. Diante desses fatos, a equipe de saúde da família elencou o uso nocivo de álcool como problema de extrema urgência e, ainda, viu-se com potencial para, através de um plano de intervenção bem estruturado, implementar a intervenção breve na atenção primária à saúde com o objetivo de reduzir os danos associados a esse consumo. Para elaboração do plano de intervenção foi realizada uma revisão da literatura com objetivo de estudar a técnica da intervenção breve, suas formas de aplicação na atenção primária e os resultados que já foram obtidos e publicados em trabalhos científicos. Espera-se, com a implantação deste plano de intervenção, melhorar a qualidade no atendimento das pessoas que fazem uso abusivo do álcool.

Palavras-chave: Intervenção Breve. Atenção Primária à saúde. Abuso de Álcool.

ABSTRACT

The Family Health Team from Marmelópolis, state of Minas Gerais, conducted the situational diagnosis of this municipality and verified a significant part of the population used to make harmful use of alcohol. It is known today that the abuse of this substance is associated with the individual's damage to their physical and mental health and it is one of the main factors for the development of chronic non-communicable diseases such as hypertension and diabetes. It's also an outstanding public health problem that needs public policies to prevent and reduce alcohol use, along with the product regulation. The brief intervention is a relatively simple, economical and highly effective technique for early diagnosis of its excessive use and helps to motivate the patient towards change, by increasing their level of knowledge regarding the associated risks, to initiate treatment or to refer the severe cases with alcohol use disorder already installed to a specialist. Given these facts, the Family Health Team listed the harmful use of alcohol as an extremely urgent problem, and realized the possibility to implement the brief intervention at primary health care, through a well structured intervention plan in order to reduce the associated damage of its consumption. For the construction of the intervention's plan a literature review was carried out aiming to study the brief intervention technique, their applications in primary health care, and the achieved results that have already been published in scientific research. As a result of the intervention plan, it is hoped to improve the quality of care for people who abuse alcohol.

Keywords: Brief Intervention; Primary Health Care. Alcohol Abuse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1- Distribuição etária da população da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família do município de Marmelópolis em Minas Gerais, 2019.....	17
Tabela 2 - Perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF do município de Marmelópolis em Minas Gerais, 2020.....	17
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Terras Altas, município de Marmelópolis, estado de Minas Gerais	23
Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Uso abusivo de álcool”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Terras Altas, do município Marmelópolis, estado de Minas Gerais	38
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Uso abusivo de álcool”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Terras Altas, do município Marmelópolis, estado de Minas Gerais	39
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Uso abusivo de álcool”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Terras Altas, do município Marmelópolis, estado de Minas Gerais	41
Figura 1 - Questionário CAGE	32
Figura 2 - Classificação do nível de uso de álcool de acordo com o AUDIT.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CAGE	<i>Cut down Annoyed Guilty Eye opener</i>
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IB	Intervenção Breve
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SD	Síndrome de Dependência
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
TUA	Transtorno por uso de álcool
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Unidade Padrão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Aspectos gerais do município.....	15
1.1.1 Aspectos socioeconômicos.....	16
1.1.2 Aspectos demográficos.....	17
1.1.3 Aspectos epidemiológicos.....	17
1.2 O sistema municipal de saúde.....	18
1.3 Aspectos da comunidade ¹	19
1.4 A Unidade Básica de Saúde Terras Altas.....	20
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Terras Altas.....	21
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Terras Altas	21
1.7 O dia a dia da equipe	22
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	23
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	23
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos	26
4 METODOLOGIA	27
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	28
5.1 O uso abusivo do álcool	28
5.2 Intervenção Breve	29
5.2.1 Aplicabilidade - Para que serve e para quem?	30
5.2.2 Evidências científicas e a aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde.....	33
5.2.3 Limitações	34
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	35
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	35
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	35
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	36
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passos)	37

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXO A: Teste AUDIT	45
ANEXO B - Estrutura de uma intervenção breve elaborada por Silva e Laranjeira(2013).	46

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Marmelópolis é um município mineiro cuja população estimada para o ano de 2020 era de 2.728 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em uma área territorial de 107,902 km² e está a uma altitude de 1.277m. Localizado em sua totalidade na Serra da Mantiqueira no estado de Minas Gerais, divisa com estado de São Paulo. A cidade integra o Circuito Turístico Caminhos do Sul de Minas, abrigando uma Reserva Particular do Patrimônio Natural. Atualmente é conhecida pela sua natureza, cachoeiras, trilhas, vales e picos (IBGE, 2020).

No início do século XIX colonizadores procedentes do Rio Grande do Sul ocuparam a região que até então era habitada pela tribo dos índios Timbiras. Em busca de ouro instalaram-se próximo a um rio para que seus escravos pudessem garimpar na região que - hoje – é conhecida como bairro Cata dos Marins. Todo esse ouro era transportado por lombos de burro até Rio Grande do Sul (IBGE, 2020).

Posteriormente, uma grande extensão de terra teve toda sua vegetação destruída, através da prática de queimadas, onde surgiu um pequeno povoado. Região essa denominada de Queimada e elevada a distrito em 27/01/1954 pela Lei 115 (IBGE, 2020).

Além do garimpo os escravos também trabalhavam em lavouras de feijão, milho e fumo até que, em 1914, as primeiras mudas de marmelo foram trazidas. Estemarmelo fora trazido da Pérsia para o Brasil em 1532 por Martim Afonso de Souza. O solo formado a partir das queimadas adjunto com um clima tropical de altitude localizado em uma região de elevada altitude foram essenciais para uma excelente adaptação dos marmeleiros. Em 1935, a produção de marmelo já era extensa o suficiente para que uma fábrica fosse construída com o objetivo de transformar as frutas em massa para produção de doce. A fim de possibilitar o transporte para outras cidades, fez-se necessário a construção de uma estrada com 22km de extensão que ligasse Queimada a Delfim Moreira (município vizinho), principal

acesso até os dias atuais. Em 1962, Queimada detinha mais de um quarto da produção de Marmelo do estado de Minas Gerais e, por isso, no dia primeiro de março do ano seguinte, através da Lei Estadual 2.764 cidade passou a ser chamada de Marmelópolis (MARMELOPÓLIS, 2017).

A falta de incentivo governamental e não renovação dos marmeleiros fez com que a produção de marmelo caísse drasticamente na década de oitenta. Além disso, a inflação prejudicou a venda da fruta e da massa, uma vez que era mais lucrativo importar a fruta de países vizinhos. Uma grande quantidade de massa foi estocada acarretando em enorme prejuízo para os agricultores, trabalhadores e proprietários das fábricas que foram desativadas. Atualmente, a produção é quase que insignificante e a fruta é vendida a preço irrisório, não sendo responsável pelo movimento da economia. Agricultores aderiram, principalmente, à produção de tomate, batata, milho e pinhão. Além disso, apesar de pouco incentivo do governo, o que colabora para economia local é o turismo ecológico que tem crescido bastante nos últimos anos. (MARMELOPÓLIS, 2017).

A população de Marmelópolis preserva suas tradições culturais e é, em sua grande maioria, católica. Comemora-se o aniversário da cidade, festa junina e demais festas religiosas anualmente, mas devido à pandemia de Covid19 iniciada em 2020, nenhuma das atrações culturais foi realizada.

Na política, o prefeito Camilo Alberto Ribeiro da Silva foi reeleito em 2021. Durante seu mandato anterior - 2017 a 2020 pôde-se acompanhar um incentivo significativo na área da saúde.

1.1.1 Aspectos socioeconômicos

Segundo o Ministério da Saúde, em 2015, o município contava com 2.831 pessoas distribuídas em 911 famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF). O pessoal ocupado era de 325 pessoas, o equivalente a 11.5% da população que movimenta a economia através da agricultura familiar, do comércio e do turismo (DATASUS, 2015).

A rede pública de abastecimento fornece água encanada proveniente da mina para 57,9% dos domicílios, mas a prefeitura não realiza o tratamento dessa água, de

modo que cabe a cada munícipe realizar o processo de filtração para consumi-la. Por meio de uma observação ativa durante as visitas domiciliares pode-se constatar que, principalmente na zona rural, os moradores não possuem nenhum tipo de filtração e grande parte deles não está ciente da importância desse processo.

A coleta de lixo por serviço de limpeza pública abrange 79.8% dos domicílios. Em relação ao esgotamento sanitário adequado, o encontramos em 60.6%. Vale lembrar que a energia elétrica é fornecida para toda zona urbana e rural (DATASUS, 2015).

Em relação ao sistema educacional a comunidade possui uma creche e duas escolas, sendo uma delas para alunos do primário ao nono ano do ensino fundamental e outra para o ensino médio (primeiro ao terceiro ano). O município disponibiliza transporte escolar para crianças que vivem na zona rural através de um ônibus que, anteriormente a pandemia, era também utilizado por outros moradores e trabalhadores que precisavam se locomover para outros pontos da cidade, inclusive para atendimentos na ESF e na Unidade Básica de Saúde (UBS).

1.1.2 Aspectos demográficos

Tabela 1- Distribuição etária da população da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família do município de Marmelópolis em Minas Gerais, 2019.

Faixa Etária/Ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	10	18	28
>1 - <4	68	61	129
>4 - <15	117	181	358
15-19	138	110	248
20-39	393	401	794
40-49	206	208	414
50-59	206	202	408
≥ 60	221	231	452
TOTAL	1419	1412	2831

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

1.1.3 Aspectos epidemiológicos

Tabela 2 - Perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF do município de Marmelópolis em Minas Gerais, 2020

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	571
Pessoas que fazem uso abusivo de álcool	278
Problemas na saúde mental	247
Diabetes Mellitus (DM)	180
Tabagistas	290
Covid 19	63
Acamados	15
Gestantes	14
Doença respiratória (asma, DPOC, enfisema)	09
Doença Cardiovascular	08
Usuários de drogas ilícitas	07
Neoplasia	06
Doença renal (insuficiência renal, outros)	05
Infarto Agudo do Miocárdio	04
Acidente Vascular Cerebral	02
Hanseníase	00

Fonte: Pesquisa de prontuário e registro da equipe

1.2 O sistema municipal de saúde

Marmelópolis conta com apenas uma Equipe de Saúde da Família que divide o território em nove microáreas, estando cada uma delas sob os cuidados de um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Além da unidade de saúde da família, há uma UBS que funciona em esquema de plantão para atendimento de urgência de baixa complexidade e consultas previamente agendadas nas especialidades de cardiologia, ginecologia e pediatria.

A cidade referência na saúde é Itajubá, localizada a 50km de Marmelópolis. Para atendimentos de urgência e emergência, realização de exames de pequena a alta complexidade, cirurgias e internações hospitalares é necessário o deslocamento para o Hospital Regional de Itajubá.

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde do município de Marmelópolis conta principalmente com a atenção primária à saúde que cumpre bem seus três papéis essenciais definido por Mendes (2011): (i) o papel organizador de fluxos e contrafluxos de pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; (ii) o papel resolutivo, já que consegue resolver a grande maioria dos problemas de saúde

encontrada na cidade; e (iii) por último, o papel de corresponsabilização, pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2011, p.98).

Uma dificuldade que ainda precisa ser enfrentada é a não utilização do prontuário eletrônico, o que atrapalha bastante a logística entre a UBS e a ESF, mesmo dentro do município. Se um atendimento é realizado na UBS, por exemplo, o médico da ESF não consegue visualizá-lo e então conta apenas com as informações prestadas pelo próprio paciente. A UBS é o único ponto de atenção secundária do município e conta com atendimento especializado na área de Pediatria e Ginecologia duas vezes na semana e de Cardiologia uma vez ao mês.

Marmelópolis não possui um sistema de apoio diagnóstico próprio para exames de imagem e laboratoriais, apoiando-se nos serviços oferecidos pelo Hospital Regional de Itajubá, sua referência direta. Até por isso a cidade tem uma logística de transporte bem estruturada. Por outro lado, o sistema de apoio terapêutico conta com uma boa assistência farmacêutica que consegue atender a demanda populacional, além de possuir um fluxo organizado na aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos.

1.3 Aspectos da comunidade¹

A administração atual disponibiliza carros e ônibus para a locomoção da população tanto intra quanto intermunicipal. Como as casas da área rural são bastante distantes, a prefeitura oferta dois carros, não muito bem conservados, para a única equipe de saúde da família do município realizar as visitas domiciliares. No ano de 2020 e até o momento, devido à pandemia de Covid 19, as visitas domiciliares pelos ACS foram suspensas, ficando reservadas para casos específicos e apenas na presença de um médico e um enfermeiro ou técnico de enfermagem. A maioria delas acontece para pacientes idosos ou para casos agudos em que a locomoção não seja possível já que a circulação dos ônibus escolares, responsáveis pelo transporte interno, está suspensa.

¹ Este trabalho irá utilizar o conceito de comunidade como sinônimo de município devido ao seu pequeno número de habitantes.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Terras Altas

Em janeiro de 1974 foi criada a Unidade Básica de Saúde Terras Altas que se localiza no centro da cidade próximo à Câmara Municipal. Há sete anos, foi implementada a Estratégia de Saúde da Família e inaugurada a ESF Terras Altas em um imóvel antigo, bastante espaçoso e bem conservado. Portanto, hoje temos dois pontos de atenção à saúde: um primário (ESF) e outro secundário (UBS).

Na UBS existe uma pequena estrutura para emergências e há atendimento de três especialidades, Ginecologia e Pediatria duas vezes na semana e Cardiologia com um atendimento mensal. Essas consultas são agendadas, mas também ocorre atendimento de demanda espontânea por médicos e enfermeiros plantonistas das 07h às 19 horas, além do plantão noturno das 19 às 07h. No plantão noturno não há atendimento médico, mas conta com uma ambulância disponível para transporte ao hospital de referência localizado a 54km, na cidade de Itajubá.

Em relação à ESF, que será melhor abordada neste trabalho, ocorre atendimento odontológico, nutricional, médico e psicológico. A unidade fica localizada também no centro da cidade, ao lado da praça, onde se encontra uma árvore de marmelo simbolizando a história e o nome do município. A unidade possui um amplo espaço destinado à recepção, com cadeiras suficientes e bem distribuídas para aguardar o atendimento. Esse espaço conta com banheiro feminino e masculino e um bebedouro para melhor atender os pacientes.

Nessa estrutura existem sete cômodos, sendo dois deles para cada médico generalista ou de família e comunidade, um para a enfermagem e outro bem equipado para revezamento dos dois cirurgiões dentistas. A nutricionista e a psicóloga dividem um deles, alternando os atendimentos durante a semana. Há um cômodo bastante pequeno que funciona para o armazenamento de medicações, instrumentos para sutura e lavagem de ouvido que são ali realizados. Por último, um grande cômodo com um armário e quatro macas, ficando como local de observação ao paciente, quando se faz necessário.

Neste espaço há apenas com um glicosímetro e um esfigmomanômetro; circunstância que dificulta o uso por mais de um profissional ao mesmo tempo,

principalmente por ser necessário leva-los nas visitas domiciliares. Sendo necessário o uso de equipamento próprio.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Terras Altas

A equipe de Saúde da Família (eSF) “Terras Altas” promove uma assistência humanizada e integral a 2.831 habitantes, correspondendo a uma cobertura de 100% da população geral. A eSF Terras Altas é composta por dois médicos, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, nove ACS, uma psicóloga, uma nutricionista, dois cirurgiões dentistas, dois farmacêuticos.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Terras Altas

O funcionamento da eSF Terras Altas passou por muitas alterações e adaptações no ano de 2020 devido à pandemia; a princípio tentou-se restringir apenas para atendimentos de casos agudos e previamente confirmado via telefone. O horário de funcionamento continuou o mesmo, de segunda à sexta-feira das 07h às 16hs, aumentou-se o número de reuniões com secretário da saúde, grupo de enfermagem e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com objetivo de adotar medidas preventivas e conscientizar a população sobre o coronavírus. Nesse cenário, diversas atividades foram realizadas, inclusive programas na rádio para que a população da zona rural que não tem acesso à *internet* também pudesse se manter bem informada. Os atendimentos odontológicos ficaram mais voltados para demanda espontânea. Os ACS pararam de realizar as visitas domiciliares para evitar contato próximo com a população, mas houve a tentativa de manter contato via telefone.

A Unidade não possui um recepcionista e grande parte do tempo a técnica de enfermagem se responsabiliza pela função, mas como ela também é responsável pela triagem, ou seja, acolher e aferir sinais vitais dos pacientes que chegam, faz-se necessário um auxiliar para guardar prontuários, atender telefone entre outras funções e, para isso, ocorre um revezamento entre os ACS que geralmente causa um pouco de atrito.

1.7 O dia a dia da equipe

O tempo da equipe é, em sua maior parte, dividido entre visitas domiciliares e atendimento de demanda espontânea. Isso é possível pelo fato de a equipe ser integrada por duas médicas que revezam essas atividades nos dias da semana. Tenta-se organizar as visitas domiciliares por microáreas uma vez que os domicílios da zona rural são relativamente distantes uns dos outros. A médica é sempre acompanhada pelo ACS responsável pela microárea a ser visitada, pela enfermeira ou técnica de enfermagem.

Os dois cirurgiões dentistas atendem consultas previamente agendadas e também demanda espontânea e fazem uma rotatividade nos dias da semana. Ademais, o fisioterapeuta atende consultas previamente agendadas assim como a nutricionista e a psicóloga que, além disso, são responsáveis pela realização de palestras educativas.

Toda quinta-feira às 08 horas realizam-se reuniões com o secretário da saúde, coordenadora da ESF, enfermeira chefe e médicas para discutir necessidades tanto de casos pontuais que requerem um atendimento multidisciplinar mais integrado como pontos a serem melhorados, programas e ações a serem executadas. Grande parte das vezes a discussão finaliza na própria reunião, ou seja, identificam-se problemas, mas os mesmos não são resolvidos.

Lembrando que, como já mencionado neste trabalho, a pandemia de Covid19 prejudicou tanto os atendimentos como o desenvolvimento de algumas ações de saúde, que antes eram bem estruturadas. As palestras educativas, atendimentos pelo fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga foram suspensos por não se caracterizarem como emergência. Outro bom exemplo de atividade suspensa é o grupo da caminhada, do qual muitos pacientes relatam sentir falta. Muitos readquiriram antigos hábitos como o sedentarismo, o consumo de alimentos em grande quantidade atrelado elevada ingestão de açúcar e outros alimentos ricos em carboidratos. Associado ao sedentarismo e à má alimentação pode-se observar na cidade um aumento no consumo de bebidas alcoólicas, assim como tem ocorrido no Brasil e no mundo.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Com o objetivo de realizar um diagnóstico situacional, a eSF se reuniu para identificar os principais problemas da comunidade, para isso, foi levado em consideração a incidência, as causas e as consequências. Foram listados:

- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Saúde Mental
- Infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV 2)
- Uso abusivo de álcool
- Sedentarismo
- Diabetes Mellitus
- Tabagismo
- Baixa aderência às medicações prescritas para doenças crônicas.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde Terras Altas, município de Marmelópolis, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Uso abusivo de álcool	Alta	7	Parcial	1
Sedentarismo	Alta	3	Parcial	6
Tabagismo	Alta	3	Parcial	5
Saúde Mental	Alta	5	Parcial	3
Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	4	Parcial	4
Diabetes Mellitus	Alta	2	Parcial	7
Covid 19	Alta	6	Parcial	2

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenados considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O uso nocivo do álcool representa 5,1% da carga global de doença, é um dos principais fatores de risco para doenças, traumatismos, incapacidade e morte em todo o mundo. Está associado a diversas doenças crônicas não transmissíveis e por ser imunossupressor e por estar associado a comportamentos de risco, contribui também para o aumento de doenças transmissíveis como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a tuberculose (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2021).

Há um interessante paradoxo em relação a bebida alcoólica, se por um lado é muito bem aceita na sociedade, por outro, quando o uso se torna problemático há uma grande estigmatização. O usuário problema que desenvolve o transtorno por uso de substância, na maioria das vezes, não é visto como deveria: portador de uma doença crônica de causa multifatorial e passível de tratamento assim como HAS, DM e diversas outras.

O uso problemático do álcool atinge cerca de 20% dos pacientes tratados na rede primária de atenção, mas é muito pouco detectado pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2015). Estas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais, mas a investigação e o diagnóstico não são feitos com a mesma frequência e precisão que para outras doenças crônicas. E, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência – que ocorrem tardiamente – e não para os danos e a dependência subjacente (FONTANELLA *et al.*, 2011).

Em 2003, considerando o alcoolismo como um grave problema de saúde pública, o Ministério da Saúde incluiu o uso problemático para compor “a lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pelo Programa de Saúde da Família” (BRASIL, 2003 *apud* GOMES; ALVES; NASCIMENTO, 2010, p.710).

Tendo em vista a carência de medidas voltadas para este problema e a responsabilidade da atenção primária na prevenção secundária, foi considerado crucial desenvolver um plano de intervenção. Diante de recursos limitados, foi necessário pensar e escolher técnicas economicamente viáveis que pudessem

atingir o maior alcance e a maior efetividade possível num curto espaço de tempo e, portanto, baseando-se nas evidências científicas foi decidido pela implementação das intervenções breves.

Além do impacto individual e coletivo a curto e longo prazo, o uso problemático de álcool vem sendo fator agravante ou mesmo causal de outros problemas identificados no diagnóstico da comunidade como as doenças crônicas não transmissíveis: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, e transtornos mentais, principalmente a depressão.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para reduzir o consumo de álcool e seus problemas associados na população do município de Marmelópolis, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Difundir informações a respeito do álcool e dos riscos relacionados ao consumo.

Introduzir o conceito de alcoolismo como doença adquirida e passível de modificação.

Capacitar a equipe de saúde da família para realização de intervenção breve.

Detectar pacientes cujo padrão de beber é problemático - uso abusivo, nocivo ou dependência - e intervir avaliando a conduta mais adequada para cada caso: orientação, acompanhamento ou encaminhamento para o serviço especializado.

4 METODOLOGIA

A eSF da UBS Terras Altas realizou o diagnóstico situacional de saúde de sua área de abrangência, área urbana e rural do município de Marmelópolis, e identificou os principais problemas da comunidade, foi priorizado para intervenção o “Uso nocivo de álcool”, conforme consta na introdução deste trabalho. Para isso e demais etapas do planejamento foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados - PubMed e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Foram selecionados artigos escritos na língua inglesa e portuguesa. Foram realizadas buscas na biblioteca virtual do site da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde.

A busca sobre o tema foi norteadada pelos Descritores em Ciências da Saúde: Intervenção breve; Atenção primária à saúde, Intervenção Breve, Abuso de Álcool.

Na construção do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O uso abusivo do álcool

O álcool é a substância psicoativa mais consumida no mundo e o seu consumo é fator causal para mais de 200 doenças e condições de saúde relacionadas a lesões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; GLOBAL BURDEN DISEASE, 2016). Em 2016 uma análise sistemática do *Global Burden of Disease* apontou o uso do álcool como principal fator de risco para morte prematura, invalidez e “*Disability-Adjusted Life Years*” (DALYs) na população entre 15 a 49 anos, respondendo por 10% de todas as mortes nessa faixa etária. Em escala mundial, seu consumo contribui para 3 milhões de mortes a cada ano e representa 5,1% da carga global de doença (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2021).

Trata-se de uma substância com propriedades de reforço que levam à dependência, sendo o Transtorno por Uso de Álcool (TUA) um dos mais prevalentes transtornos mentais em todo o mundo, estima-se que 8,6% dos homens e 1,7% das mulheres sofrem de TUA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O consumo abusivo, mesmo sem o Transtorno instalado, está associado a inúmeras consequências negativas ao próprio usuário, à sua família e à comunidade, tanto no âmbito social quanto no econômico. Por ser uma substância lícita na maioria dos países, o álcool já está culturalmente inserido na sociedade, é muito bem aceito na grande maioria das situações e tem seu consumo fortemente incentivado pelas indústrias que o produzem.

No Brasil, apesar da venda proibida para menores de 18 anos, sua disponibilidade é ampla e o seu acesso bastante fácil, o que corrobora para precocidade da experimentação e do uso regular. O país carece de políticas públicas efetivas voltadas para a prevenção e redução do consumo e para regulamentação de bebida alcoólica. Neste sentido, Monteiro (2016, p.171), considera que o problema é desafiador e complexo, não existindo uma solução única para o problema; que os governos têm dificuldades específicas “em lidar com a questão do consumo do álcool e implementar as medidas necessárias para diminuí-lo entre suas populações”.

Em 2003 o Ministério da Saúde (MS) publicou a sua “Política para a Atenção Integral ao Uso do Álcool e Outras Drogas” evidenciando o consumo nocivo de álcool como um grave problema de saúde pública cuja assistência disponível era ineficaz, e então foi escolhido pelo MS para compor a lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pelo Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2004).

Hoje, a recomendação da OMS para um consumo moderado de álcool é de duas ou menos doses diárias para homens e uma ou menos para mulheres, sendo que a dose padrão equivale a 10g de etanol puro e, portanto, a quantidade em volume (ml) considerada moderada, depende do tipo de bebida. Porém, ao contrário do que parece, esse consumo moderado não significa consumo seguro, em 2018 foi publicado um estudo na revista científica *The Lancet* afirmando que não existe dose segura, ou seja, uma dose que não cause problemas à saúde (GLOBAL BURDEN DISEASE, 2018).

Esse estudo analisou os níveis de consumo de álcool e os efeitos na saúde da população de 195 países entre 1990 e 2016. Os participantes, com idade entre 15 e 95 anos, foram divididos em dois grupos: os que não consumiam álcool e os que consumiam. Esse estudo concluiu também que quanto maior a dose ingerida, maior é o risco de desenvolver problemas. Segundo ele aqueles que consumiam uma única dose por dia, apresentaram um risco 0,5% maior de adoecer em relação aos que não consumiam. Quando o consumo era de 2 doses diárias, o risco aumentava para 7%. Cinco doses significaram um aumento de 37% (GLOBAL BURDEN DISEASE, 2018).

Todo este cenário evidencia a necessidade de construir estratégias para redução e prevenção do consumo nocivo e dos danos associados. Uma estratégia cada vez mais utilizada em diversos países tem sido a articulação de instrumentos de triagem associados a intervenções breves (IB) (ZERBETTO; FURINO; FURINO, 2017).

5.2 Intervenção Breve

Intervenção Breve é definida como um conjunto de estratégias de curta duração, com objetivo claro e simples de detectar problemas ou focalizar recursos para a mudança de um comportamento problemático. Marques e Furtado (2004, p.19)

destacam que o objetivo da IB é identificar o problema e motivar o paciente para a mudança de comportamento, melhorando “seu nível de informação sobre riscos associados ao uso de substâncias, por meio de um aumento de seu senso de risco e de autocuidado”.

A IB apresenta um enfoque educativo e motivacional para a redução do uso do álcool (PEREIRA *et al.*, 2013). Vários programas que adotaram estratégias como estas demonstraram “sua capacidade de redução do consumo de álcool, mudança do padrão de beber nocivo, prevenção de problemas futuros, melhora da saúde e redução dos custos com tratamento (MOYER *et al.*, 2002; BIEN *et al.*, 1993 *apud* MINTO *et al.*, 2007, p.208).

A IB foi proposta pela primeira vez em 1972 como uma abordagem psicoterapêutica para dependentes de álcool no Canadá, e apresentou um desfecho positivo – redução imediata do consumo de álcool em dependentes graves após a aplicação de quatro sessões simples e focalizadas no problema (SANCHEZ-CRAIG *et al.*, 1989; PEREIRA *et al.*, 2013). Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou estratégias de rastreamento associadas às IB e os estudos sobre sua eficiência e eficácia foram intensificados na década de 1990 (ZERBETTO; FURINO; FURINO, 2017). A intervenção ambulatorial mais breve se mostrava tão efetiva quanto os tratamentos longos, além de um custo significativamente menor (PEREIRA *et al.*, 2013).

A estrutura da Intervenção Breve foi desenvolvida com base nos seguintes pressupostos teóricos: os comportamentos aprendidos e disfuncionais podem ser modificados e a autonomia do indivíduo restabelecida; a motivação do paciente precisa ser avaliada e adequada para a ação; e a percepção dele quanto a sua responsabilidade no processo de equilíbrio e autocuidado deve ser desenvolvida (MARQUES; FURTADO, 2004). Em síntese, conforme Ferreira (2016, p.35): trata-se de uma intervenção curta, focada na prevenção, que pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde e de recursos humanos, devidamente treinados.

5.2.1 Aplicabilidade - Para que serve e para quem?

O objetivo primário das intervenções breves é detectar o problema e motivar o paciente para a mudança de comportamento, seja aumentando o nível de informação sobre riscos associados ao uso ou iniciando o tratamento. É importante que o paciente, com um aumento do seu senso de risco, assuma responsabilidade em relação ao autocuidado e ao processo de mudança. Dessa forma, torna-se possível reduzir os danos provenientes do uso e até mesmo as chances e condições que favorecem o desenvolvimento dos problemas associados (MARQUES; FURTADO, 2004).

A IB é voltada principalmente para usuários com padrão de consumo de risco ou diagnóstico de uso nocivo, não é ideal para os portadores da síndrome de dependência (SD), neste caso a IB serviria como um passe inicial ao tratamento e principalmente como intermédio de encaminhamento do paciente ao tratamento especializado, que jamais deverá ser substituído (BRASIL, 2015; MARQUES; FURTADO, 2004; LIMA *et al.*, 2014).

Tratando-se de uma técnica heterogênea que varia desde simples recomendações para a redução do consumo a um programa estruturado com uma série de recursos, as IB não exigem muito tempo e são facilmente incorporadas às consultas de rotina de médicos de família, enfermeiras e agentes comunitários de saúde (MARQUES; FURTADO, 2004).

Podendo durar de 5 a 30 minutos, pelo menos, as IB são constituídas por uma curta sequência de etapas. Primeiramente, utilizando-se de um instrumento padronizado de rastreamento, como por exemplo, o *Cutdown Annoyed Guilty Eye opener* (CAGE) e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), é feita a identificação e dimensionamento dos problemas e dos riscos. Em seguida é realizado o retorno (feedback) oferecendo aconselhamento e orientação com intenção motivacional. E, em algumas situações, é feito o monitoramento periódico de metas assumidas voluntariamente pelo paciente (MARQUES; FURTADO, 2004; MARTINS *et al.*, 2008; BARROS; COSTA, 2019).

O CAGE é um questionário que pode ser aplicado por profissionais de saúde, é utilizado para detectar situações de dependência de álcool, bastante simples, com apenas 4 perguntas, conforme mostra a figura 1 (LARANJEIRA, 2020).

Figura 1 - Questionário CAGE

	Questões	Sim	Não
C (<i>cut down</i>)	Alguma vez o(a) sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?		
A (<i>annoyed</i>)	As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?		
G (<i>guilty</i>)	O(a) se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber?		
E (<i>eye-opener</i>)	O(a) sr.(a) costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca?		

Fonte: LARANJEIRA (2020).

Atribui-se um ponto para cada resposta “sim”, possui boa sensibilidade e especificidade para duas respostas positivas que indicam grande possibilidade de haver dependência. Este teste não é indicado para detectar problemas iniciais com a bebida.

Já o AUDIT (Anexo A) é um instrumento de avaliação desenvolvido pela OMS, em forma de questionário, que permite realizar uma triagem adequada e detectar diferentes níveis de problemas relacionados ao padrão de consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses. É facilmente aplicado, seja em forma de entrevista ou questionário de autopreenchimento (FORMIGONI; DUARTE, 2018).

As 10 questões existentes são baseadas nos principais critérios diagnósticos do CID-10 e são relacionadas ao consumo e algumas de suas consequências. As respostas são pontuadas de acordo com a frequência do problema questionado e, conforme a pontuação obtida, classifica-se o nível de uso e a intervenção preconizada para o problema encontrado, conforme a figura 2 (LARANJEIRA, 2020).

Figura 2 - Classificação do nível de uso de álcool de acordo com o AUDIT

Nível de uso	Intervenção	Escore
Zona I	Prevenção primária. Uso de baixo risco ou abstêmios.	0-7
Zona II	Orientação básica. Usuários de risco, uso de 2 padrão todos os dias ou mais de 5 doses em uma única ocasião, sem apresentar nenhum problema atual.	8-15
Zona III	Intervenção breve e monitoramento. Zona de risco, padrão de uso nocivo. Já apresentam problemas decorrentes do uso, porém sem apresentar sintomas de dependência.	16-19
Zona IV	Encaminhamento para serviço especializado. Grande possibilidade de apresentar diagnóstico para dependência, encaminhar para tratamento.	20-40

Fonte: LARANJEIRA (2020).

É importante pontuar que para mensurar o consumo diário, é preciso somar todas as doses de bebida alcoólica consumidas em um dia e transformá-las em Unidade Padrão (UI) de álcool ou dose padrão. E, portanto, é necessário que o aplicador saiba que uma UI corresponde a 10 gramas de álcool puro. Diante disso, o número de dose padrão irá depender do tipo de bebida e da sua concentração alcoólica (PEREIRA *et al.*, 2013).

Fórmula para calcular a quantidade de álcool puro ingerida:

$$\text{Volume ingerido (ml)} \times \text{concentração (\%)} \div 100 \div 10 = \text{quantidade de álcool puro (g)}$$

Exemplo: Uma dose do destilado mais consumido no Brasil (Cachaça) costuma ser servida em um copo com 50ml, sendo a concentração de álcool de 40%, uma dose seria o equivalente a 2UI, veja: $50 \times 40\% \div 100 \div 10 = 20 \text{ g de álcool puro} = 2\text{UI}$

5.2.2 Evidências científicas e a aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde

A eficácia de intervenções breves para o uso de risco de álcool em serviços de atenção primária à saúde tem sido evidenciada em diversos estudos experimentais. Há estudos cujos resultados indicam que o aconselhamento dos usuários de álcool, por meio de uma breve consulta de rotina de profissionais de saúde, pode reduzir o consumo em 20 a 30%. Geralmente é na atenção básica o primeiro contato do indivíduo com o Sistema Único de Saúde. No período de um ano, dependendo da região, cerca de 60 a 75% da população procuram algum atendimento em serviços de APS (PEREIRA *et al.*, 2013; RONZANI *et al.*, 2005; LIMA *et al.*, 2014).

A IB na atenção básica à saúde para as pessoas que têm intenção de reduzir ou abolir o uso abusivo do álcool possui um importante enfoque educativo e motivacional através de uma orientação focal sobre os efeitos e consequências do consumo (PEREIRA *et al.*, 2013). E para se iniciar qualquer intervenção, além do diagnóstico do uso (dependência ou uso nocivo), é necessário avaliar o grau de motivação do paciente. Sabe-se que a motivação pode ser influenciada por diversos fatores, e a postura do médico diante uma possível ambivalência e dinamismo é de extrema importância. É necessário que ele estabeleça um vínculo e saiba acolher, ser empático, firme em sua conduta e paciente (SILVA; LARANJEIRA, 2013).

A estrutura de uma intervenção breve deve seguir cinco passos, muito bem representados no anexo B.

5.2.3 Limitações

Apesar das evidências científicas de efetividade, existem inúmeras barreiras para a implementação desse tipo de intervenção na rotina dos serviços de atenção básica à saúde. Para Pereira *et al.* (2013), as principais barreiras incluem: dificuldade dos gestores em ponderar adequadamente tais ações e priorizá-las; falta de engajamento dos profissionais de saúde; descrença em relação a possível melhora dos pacientes quanto aos problemas associados ao uso abusivo de álcool.

Ressalta-se que é um tipo de técnica utilizada com objetivo de intervir precocemente, não estando ao seu alcance o tratamento de casos mais graves, como o Transtorno por uso de Álcool instalado. Para esses casos serviria como forma de alerta, conscientização ou, quando da vontade do paciente, encaminhamento para tratamento especializado que não é realizado na atenção primária.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de implantar a intervenção breve refere-se ao problema priorizado, “uso abusivo do álcool”, conforme apresentado na introdução deste trabalho. A seguir, são desenvolvidos os demais passos do Planejamento Estratégico Situacional: descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo), a seleção de seus nós críticos (quinto passo) e o desenho das operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão do plano (7º a 10º passos) (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O uso abusivo de álcool, substância psicoativa que pode causar dependência, está direta e indiretamente relacionado a 200 doenças e lesões (OPAS, 2021), é fator de risco ou mesmo fator causal de doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e problemas de saúde mental. Esses três, não diferentes de qualquer lugar do mundo, são problemas altamente prevalentes na cidade de Marmelópolis e foram incluídos pela equipe da saúde da família para compor a lista de problemas prioritários classificados no quadro 1.

Intervir para a mudança no comportamento de beber abusivamente conseguindo resultados positivos é uma forma de ajudar, mesmo que indiretamente, na redução dos demais problemas diagnosticados.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O uso abusivo do álcool está relacionado a:

- Ambiente cultural – aceitabilidade, acessibilidade e disponibilidade.
- Baixo nível de informações – desde os riscos das substâncias até o conceito do transtorno (imagem do usuário, tabus)
- Ausência de orientação, rastreo, conscientização.
- Falta de capacitação dos profissionais para rastreo e identificação precoce
- Estrutura dos Serviços de Saúde (Despreparo para acolhimento, diagnóstico e tratamento)

- Falta de políticas públicas
- Ausência de políticas para prevenção - Não identificação (e tratamento) dos fatores de risco na infância

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Nós críticos são problemas que, resolvidos, contribuem para a resolução ou minimização do problema prioritário. É necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de intervenção propriamente dito. Para cada nó crítico haverá uma operação/projeto para o enfrentamento e para atingir os resultados esperados. É necessário identificar quais são os recursos necessários (econômico-financeiros, organizacionais, cognitivos, políticos) para a concretização das operações (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para elaboração deste plano de intervenção as dificuldades da equipe envolveram problemas no planejamento propriamente dito, na organização do sistema de saúde e nas crenças da equipe e gestores em relação ao usuário de álcool e à IB.

Identificando as principais causas ou situações críticas geradas pelo consumo abusivo do álcool na comunidade de Marmelópolis, foram elencados três nós críticos principais e estruturado um meio para enfrentá-los, são eles:

- Ausência de orientação e de conscientização da população sobre o uso nocivo e suas consequências; Seminário Quebrando o Tabu.

Inicialmente um trabalho de sensibilização da comunidade local para a importância da detecção precoce e práticas preventivas ao uso disfuncional de álcool. Neste sentido, a primeira ação foi dirigida aos gestores, profissionais de saúde e pessoas interessadas da comunidade, na forma de um seminário no qual foram resumidamente discutidos os problemas decorrentes do uso abusivo de álcool, sua prevalência e métodos para detecção precoce e intervenção breve.

- Falta de capacitação dos profissionais para aplicação da Intervenção Breve como forma de triagem. Identificação precoce e orientação planejada. Falta de conhecimento científico em relação ao uso nocivo de álcool, suas consequências e formas de abordagem por parte dos profissionais de saúde, gestores e comunidade.

A IB pode ser incluída na rotina de diferentes profissionais nos serviços de saúde – facilita o encaminhamento para a intervenção necessária. Foco ACS aplicação do questionário CAGE – triagem durante a visita domiciliar para sensibilização e orientação para agendamento de consultas – Necessidade de capacitação de profissionais de saúde no rastreamento do uso de álcool e realização da IB

- Despreparo dos Serviços de Saúde para acolhimento, diagnóstico, tratamento e encaminhamento da pessoa com padrão de beber problemático.

A IB é uma técnica de baixo custo que será aplicada pelo médico para avaliação do uso da substância pelo paciente durante a triagem e a identificação. Será realizado aconselhamento baseado em conhecimento técnico científico e estratégias motivacionais, promovendo uma assistência personalizada por um plano de consultas com acompanhamento durante esta intervenção, com data para cessação. Após a alta haverá um seguimento durante seis meses e então será realizada uma avaliação da efetividade.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passos)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Uso abusivo de álcool”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Terras Altas, do município Marmelópolis, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Ausência de orientação e de conscientização da população sobre o uso nocivo e suas consequências
6º passo: operação	Sensibilização da comunidade local para a importância da detecção precoce e práticas preventivas ao uso disfuncional de álcool.
6º passo: projeto	Seminário “Quebrando o Tabu”
6º passo: resultados esperados	Participação dos profissionais de atenção primária, gerente da UBS, secretário de saúde, prefeito e comunidade local. Sensibilização e quebra da estigmatização Discussão sobre os problemas decorrentes do uso abusivo, a prevalência, métodos para detecção precoce e intervenção breve.
6º passo: produtos esperados	Convencer os gestores da importância de priorizar o plano de ação Motivação dos gestores e profissionais para iniciar a implantação do projeto – IB como rotina na APS. Engajamento de profissionais de saúde para participar do treinamento de capacitação para aplicação da IB
6º passo: recursos necessários	Estrutural: espaço para realização do evento Cognitivo: preparo dos palestrantes Financeiro: recursos audiovisuais educativos para divulgação do seminário nos meios de comunicação e redes sociais - rádio local, <i>facebook</i> , <i>instagram</i> , <i>whatsapp</i> Político: participação dos gestores no seminário, compreensão da importância do tema e do apoio ao projeto. Organizacional: comprometimento dos profissionais de saúde para o treinamento de capacitação; apoio das associações comunitárias;
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: apoio contínuo dos gestores para viabilização do projeto Organizacional: comprometimento dos profissionais de saúde; apoio das associações comunitárias. Financeiro: recursos para divulgação
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Direção da rádio (motivação favorável). Assessor de comunicação (motivação favorável). Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Prefeito (motivação favorável). Profissionais de saúde (maior parte: motivação favorável)
8º passo: ações estratégicas	Reuniões periódicas intersetoriais (equipe de saúde, gestores e associações)
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e Gerente da Unidade Básica de Saúde. Prazo para realização do seminário: três meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação da motivação dos gestores e engajamento dos profissionais de saúde durante a formulação do projeto e após sua execução.

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Uso abusivo de álcool”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Terras Altas, do município Marmelópolis, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de capacitação dos profissionais de saúde para a aplicação da Intervenção Breve. Pouco conhecimento científico em relação ao uso nocivo de álcool, suas consequências e formas de abordagem.
6º passo: Operações	Capacitar a equipe, melhorando o conhecimento sobre o uso abuso do álcool. Capacitar os ACS para aplicação da IB nas visitas domiciliares - questionário CAGE Treinamento com médica, enfermeira, psicóloga, assistente social, nutricionista, dentista para aplicação da IB nas consultas de rotina. – Questionário AUDIT
6º passo: Projeto	Capacitação dos Profissionais de Saúde
6º passo: Resultados esperados	Sedimentar a conscientização dos profissionais participantes em relação a importância da detecção precoce e práticas preventivas ao uso disfuncional de álcool. Satisfação dos profissionais em relação ao treinamento Impulsionar os profissionais para o início da implantação Equipe com maior nível de conhecimento.
6º passo: Produtos esperados	Aptidão dos profissionais para aplicar os questionários e implantar a IB nas VD e atendimentos de rotina
6º passo: Recursos necessários	Político e financeiro: disponibilização das horas trabalhadas para realização do treinamento. Humano: Interesse e empenho dos profissionais de saúde Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação Organizacional: distribuição das horas de treinamento
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político e financeiro: disponibilização das horas trabalhadas para realização do treinamento. Humano: Manter o interesse e empenho dos profissionais de saúde
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Divisão das 16 horas de treinamento no período de 4 semanas com objetivo de melhorar a fixação do conteúdo e manter a motivação e o interesse dos profissionais. ACS (motivação favorável de todos). Enfermeira (motivação favorável). Médica (Motivação favorável)
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e auxiliar de pesquisa devidamente treinado. Início do treinamento: 15 dias após a realização do seminário. Duração: 4 semanas (2 horas por dia, 2 vezes por semana)
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação do conhecimento adquirido na semana anterior, através de perguntas sobre o que foi debatido e ensinado.

A capacitação será de 16 horas, abordando o conteúdo:

- Epidemiologia do uso de álcool no Brasil, aspectos culturais, sociais, psicológicos e biológicos
- Impacto do uso agudo e crônico na saúde física e mental + Importância da prevenção, na APS, do uso abusivo de álcool
- Classificação do uso: risco, abuso ou dependência + instrumentos de triagem e diagnóstico
- Treinamento para aplicação do CAGE nas VD com os ACS e do AUDIT com os demais profissionais na rotina de atendimento.
- Instruções sobre como implantar a IB (role-playing) a partir dos resultados obtidos através do questionário aplicado.

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Uso abusivo de álcool”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Terras Altas, do município Marmelópolis, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Despreparo dos Serviços de Saúde para acolhimento, diagnóstico, e tratamento da pessoa com padrão de beber problemático
6º passo: operação (operações)	Implantação da Intervenção Breve nas VD pelos ACS Implantação da Intervenção Breve nos atendimentos de rotina dos profissionais da UBS
6º passo: projeto	Acolhendo e Motivando
6º passo: resultados esperados	Identificar e acolher os pacientes cujo padrão de beber é problemático Mudar o padrão de consumo e reduzir os problemas decorrentes. Facilitar o encaminhamento. Coleta das informações após cada VD realizada e registro no prontuário dos pacientes com padrão de beber problemático Agendar consultas aos que procurarem atendimento, garantir seguimento médico para mantê-los motivados e acompanhar o cumprimento de metas pré-estabelecidas. Encaminhar pacientes com TUA ao serviço especializado de referência.
6º passo: produtos esperados	Reconhecimento do problema por parte dos usuários e aumento da confiança na equipe de saúde. Aumento da procura de atendimento médico na UBS em decorrência do problema.
6º passo: recursos necessários	Humano: Vínculo entre profissional ACS e o entrevistado. Cognitivo: capacitação para aplicação do questionário e implantação da IB Organizacional: distribuição e fluxo das visitas domiciliares; incorporação da IB nas consultas
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Humano: estabelecimento do vínculo com os pacientes Organizacional: garantir a realização de todas as VD no tempo predeterminado
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	3 visitas domiciliares distribuídas mensalmente Visita 1: Sensibilização e Avaliação do Uso Visita 2: Aconselhamento – Pontuar os problemas Visita 3: Assistência – Oferecer tratamento especializado na UBS
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Gerente da UBS e médica.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação da relação entre os profissionais de saúde e os pacientes. Reuniões com os ACS para acompanhar o resultado das visitas domiciliares e poder aconselhar e instruir para as próximas visitas. Reforçar a cada reunião a importância da criação de vínculo, empatia e acolhimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso nocivo do álcool evidentemente não atinge apenas o pequeno município de Marmelópolis, trata-se de um grande problema, ainda invisível na cultura brasileira e na maioria dos países do mundo, de uma epidemia que necessita ser reconhecida. O diagnóstico precisa ser feito antes das doenças crônicas surgirem. Os médicos estão muito bem treinados para prevenir, diagnosticar, tratar e acompanhar doenças como a Hipertensão e a Diabetes, e assim conseguem, de certa forma, melhorar o prognóstico e prevenir consequências como um Acidente Vascular Cerebral ou um Infarto Agudo do Miocárdio; porém, no que se refere ao alcoolismo, as ações preventivas são tímidas, e muito se deve à falta de conhecimento técnico científico. Somado ao desconhecimento, tem-se o uso do álcool sendo estimulado, sempre associado pela mídia a situações prazerosas, sem nunca expor os possíveis riscos a curto, médio e longo prazo. E ainda, a escassez de políticas públicas para prevenção primária e para regulamentação corroboram o fácil acesso e o baixo custo do produto, facilitando que adolescentes iniciem o uso cada vez mais precocemente.

Diante todo esse cenário, urge a necessidade de agir em busca de mudança, mesmo que o plano de ação se inicie em uma pequena comunidade. Como os recursos são escassos e o poder político inexistente, surgiu a ideia de criar um plano de intervenção cujo custo fosse baixo, de aplicabilidade viável e alta efetividade, como a implementação da intervenção breve.

Para isso fez-se necessário: capacitar uma equipe de saúde para saber orientar os riscos do uso do álcool e identificar precocemente o uso nocivo; sensibilizar gestores municipais, fazer compreenderem a importância de uma intervenção e motivá-los a ajudarem na construção de um plano de ação para comunidade. Fez-se necessário também quebrar o conceito moral existente, desestigmatizar o usuário problemático ou o dependente, mostrando-lhe que existe um ambiente acolhedor onde ele pode encontrar alguém para lhe ouvir de forma empática e lhe proporcionar suporte para traçarem planos e metas em busca de uma vida física e mentalmente saudável. Espera-se, portanto, melhorar a qualidade no atendimento das pessoas que fazem uso abusivo do álcool.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ-BUENO, C., *et al.*, Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers..., **Prev. Med.** (2014). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.010>>

BARROS, M. S. M. R.; COSTA, L. S.. Perfil do consumo de álcool entre estudantes universitários*. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.4-13, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, nº 2.197, de 04 de Outubro de 2004.** Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. : il.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2018. 77p.

DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica:** Cadastramento Familiar. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFMG.def>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

DZIDOWSKA, M., Lee, K.S.K., Wylie, C. *et al.* A systematic review of approaches to improve practice, detection and treatment of unhealthy alcohol use in primary health care: a role for continuous quality improvement. **BMC Fam Pract** **21**, 33 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1101-x>

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p.

FERREIRA, M. L. *et al.*. Avaliação da Efetividade da Intervenção Breve para a Prevenção do Uso de Álcool no Trabalho. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora , v. 10, n. 1, p. 34-43, jun. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472016000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P.; MELLO, G. A.; FORTES, S. L. C. L.. Os usuários de álcool, Atenção Primária à saúde e o que é “perdido na tradução”.

Interface. Comunicação saúde educação, v.15, n.37, p.573-85, abr./jun. 2011.

FORMIGONI, M. L. O. S.; DUARTE, P. C. A. V. (Orgs). **Detecção do uso e diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas**: módulo 3. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP); Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. 64 p.

GLOBAL BURDEN DISEASE. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet Psychiatry**, v.5, p. 987-1012, 2018.

GLOBAL BURDEN DISEASE. GBD. 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990– 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet.**, v.388, n.10053, p.1659-1724, 2016.

GOMES, B. M. R.; ALVES, J. G. B.; NASCIMENTO, L. C.. Consumo de álcool entre estudantes de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n.4, p.706-712, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Brasil. Minas Gerais. **Marmelópolis**. Brasília. 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/marmelopolis/panorama> >. Acesso: 23 ago. 2021.

KANER, E. F. S. et al. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. **Br J Gen Pract.** v.49, v.446, p. 699-703,1999.

KANER, E. F. S. et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. **Drug and Alcohol Review.** V. 28, n.3, p.301–323, 2009

LARANJEIRA, R.. **Tratamento do uso de substâncias químicas**: Manual Prático de Intervenções e Técnicas Terapêuticas. São Paulo: Artmed, 2020. 304p.

LIMA, K. C. B. *et al.*. Prática preventiva do uso de risco de álcool na atenção primária à saúde. **Rev. APS.**, v.17, n.2, p.229-235, 2014.

MARMELOPÓLIS. Prefeitura Municipal. **História de Marmelópolis – MG**. 2017. Disponível em: <<https://www.marmelopolis.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/historia-de-marmelopolis---mg/6501>>. Acesso em: 01 jan. 2022.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F.. Intervenções breves para problemas. **Rev Bras Psiquiatr**, v.26, Supl I, p.28-32, 2004.

MARTINS, R. A. *et al.*. Utilização do alcohol use disorders identification test (audit) para identificação do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Interam. j. psychol.**, Porto Alegre, v.42, n.2, p.307-316, ago. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2021.

MENDES, E. V.. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINTO, E. C. *et al.*. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.3, p.207-220, set. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez 2021.

MONTEIRO, M. G.. Políticas públicas para a prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.25, n.1, p.171-174, jan-mar, 2016.

MYRNA, K. *et al.* Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. **Addiction**. v.110, n.12, p. 1877–1900, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Álcool**. 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

PEREIRA, M. O. *et al.*. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.3, p.420-428, 2013.

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S.; AMARAL, M. B.; FORMIGONEI, M. L. S.. 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. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.852-861, mai-jun, 2005.

SANCHEZ-CRAIG, M. *et al.*. Superior Outcome of Females Over Males After Brief Treatment for the Reduction of Heavy Drinking. **British Journal of Addiction**, v.84, n.4, p.395-404, 1989. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?q=Sanchez-Craig+et+al,+1989&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart>. Acesso em: 25 nov 2021.

SILVA, C. J.; LARANJEIRA, R.. **Diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool**. 2013. Disponível em: <<https://www.uniad.org.br/publicacoes/3-alcool/diagnostico-e-tratamento-do-uso-nocivo-e-dependencia-do-alcool/>>. Acesso em: 01 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification

Test : guidelines for use in primary health care / Thomas F. Babor ... [et al.]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001. p. 38.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneve: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en>. Acesso em: out 2021.

ZERBETTO, S. R.; FURINO, V. O.; FURINO, F. O.. A implementação da Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Rev. APS**, v.20, n.1,p.107-117, 2017.

ANEXO A: Teste AUDIT

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10]</p> <p>(1) Mensalmente ou menos</p> <p>(2) De 2 a 4 vezes por mês</p> <p>(3) De 2 a 3 vezes por semana</p> <p>(4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2</p> <p>(1) 3 ou 4</p> <p>(2) 5 ou 6</p> <p>(3) 7, 8 ou 9</p> <p>(4) 10 ou mais</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. Com que frequência você toma "seis ou mais doses" de uma vez?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

FONTE: FORMIGONI; DUARTE (2018).

ANEXO B - Estrutura de uma intervenção breve elaborada por Silva e Laranjeira(2013).

<p>Avaliação e <i>feedback</i></p> <ul style="list-style-type: none">■ Aplicar CAGE ou Audit para <i>screening</i>.■ Ter em mente os critérios diagnósticos de dependência e uso nocivo para que seja estabelecido o diagnóstico.■ Dar um retorno ao paciente sobre o resultado da avaliação efetuada, tanto sobre o uso da bebida alcoólica como outros diagnósticos (hipertensão, gastrites, neuropatias, etc.).■ Se o paciente tiver sintomas de abstinência deve-se iniciar com a desintoxicação, seguindo o Consenso sobre SAA (Síndrome de Abstinência de Álcool).
<p>Negociação da meta de tratamento</p> <ul style="list-style-type: none">■ Estabelecer uma meta de tratamento em acordo com o paciente.■ Se o paciente está fazendo uso nocivo, o médico pode sugerir como meta o beber controladamente.■ Se o paciente tiver uma dependência já instalada, a melhor meta é a abstinência.
<p>Técnicas de modificação de comportamento</p> <ul style="list-style-type: none">■ Diagnosticar o estado de motivação do paciente.■ Realizar balanço entre os prós e contras do uso de álcool.■ Realizar avaliação laboratorial e investigar as áreas de vida com problemas relacionados ao consumo.
<p>Material de auto-ajuda</p> <ul style="list-style-type: none">■ O médico pode fornecer ao paciente material didático informativo sobre uso de álcool.
<p>Seguimento</p> <ul style="list-style-type: none">■ Uma visita mensal ao consultório; uma visita domiciliar mensal ou um telefonema.