

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUCAS QUEIROZ SUBRINHO

**CONSULTA DE ENFERMAGEM MOTIVACIONAL COM ALCOOLISTAS: O
CUIDADO NO PROCESSO DE MUDANÇA**

VITÓRIA
2024

LUCAS QUEIROZ SUBRINHO

**CONSULTA DE ENFERMAGEM MOTIVACIONAL COM ALCOOLISTAS: O
CUIDADO NO PROCESSO DE MUDANÇA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação em Saúde

Coorientador: Prof. Dr. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marluce Mechelli de Siqueira

VITÓRIA

2024

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

S941c Subrinho, Lucas Queiroz, 1991-
Consulta de Enfermagem Motivacional com Alcoolistas: o cuidado no
processo de mudança / Lucas Queiroz Subrinho. - 2024.
177 f. : il.

Orientador: Marluce Mechelli de Siqueira.

Coorientador: Marcos Vinícius Ferreira dos Santos. Tese
(Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde Mental. 2. Alcoolismo. 3. Enfermagem. 4. Assistência
Centrada na Pessoa. 5. Entrevista Motivacional. I. Siqueira, Marluce
Mechelli de. II. Santos, Marcos Vinícius Ferreira dos. III. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

FOLHA DE APROVAÇÃO

SUBRINHO, Lucas Queiroz. **Consulta de Enfermagem Motivacional com Alcoolistas: o cuidado no processo de mudança.** 2024. 177 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil, 2024.

Prof.^a Dr.^a Marluce Mechelli de Siqueira (Orientadora)
Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)

Prof. Dr. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos (Coorientador)
Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)

Prof. Dr. Paulo Rosário de Carvalho Seabra (Membro externo)
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal (ESENF Lisboa-Portugal)

Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta (Membro externo)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof.^a. Dr.^a. Maria da Penha Zago Gomes (Membro interno)
Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)

Prof.^a. Dr.^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia (Membro interno)
Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)

DEDICATÓRIA

A Deus, que sempre se faz presente em minha vida, dando-me graça divina, sabedoria e perseverança para lutar e conquistar todos os objetivos que almejo.

DEDICATÓRIA

Aos usuários do PAA-HUCAM-UFES que, em meio a estigmas e ambivalências, se dispuseram a estabelecer uma conversa colaborativa sobre mudanças.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, pela constante presença em minha vida. Tenho consciência de que sozinhos nada somos, com isso, Você sempre me guia ao longo da minha jornada ao encontro de pessoas de luz para superar os desafios e os obstáculos e compartilhar as alegrias da vida. Tenho plena confiança em ti, Senhor, pois sei que reservas o melhor para o meu futuro.

A **MARIA JUELICE**, minha mãe e pai, que, com toda dedicação e carinho, sempre me incentivou ao estudo, mesmo quando tudo a sua volta era desfavorável. Saiba que admiro muito a sua perseverança em vencer as adversidades. Buscarei levar essa qualidade para a vida, nunca desistindo dos meus propósitos pessoais e profissionais.

A **GEANE TEODORO**, minha esposa e eterna namorada, pelo amor e parceria inigualável que dedicou a mim nesse momento crucial de minha vida. Admiro a paz que você emana e como você cativa as pessoas a sua volta. Um verdadeiro diamante negro que encontrei em terras capixabas.

À minha orientadora, Professora Dra. **MARLUCE MECHELLI DE SIQUEIRA**, por todos os momentos de conhecimentos compartilhados na construção desta tese e por confiar a minha pessoa algo que é tão precioso a ti: os usuários do PAA-HUCAM-UFES.

Ao meu coorientador, Professor Dr. **MARCOS VINÍCIUS FERREIRA DOS SANTOS**, por sempre trazer questionamentos importantes no âmbito da pesquisa para tornar a tese mais robusta na esfera acadêmica.

À Professora Dra. **HELOÍSA GARCIA CLARO FERNANDES** e à Professora Dra. **NELIANA BUZI FIGLIE**, meu muito obrigado por me apresentarem o maravilhoso mundo da abordagem centrada na pessoa da Entrevista Motivacional. Momentos de partilha que levarei e replicarei por toda a vida.

Ao Professor Dr. **MARCIO WAGNER CAMATTA** e aos profissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA-UFRGS) por me acolherem de braços abertos na visita técnico-científica realizada. Pude vivenciar uma realidade em que o cuidado interprofissional, baseado em evidências, se faz presente na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

À Professora Dra. **MARIA DA PENHA ZAGO**, por acolher e contribuir com a proposta de pesquisa. Sua dedicação em prestar uma atenção acolhedora aos usuários do PAA-HUCAM-UFES é algo que me surpreende a cada dia que compartilho o ambiente de trabalho contigo.

A gestão do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, em especial Professora Dra. **LUCIANA LOFEGO** pela compreensão e apoio na conciliação entre o trabalho e doutorado.

Aos amigos e colegas da enfermagem do ambulatório 03, em especial, as Enfermeiras Ma. **CATRINE STORCH**, Ma. **KASSIA CASTRO**, Ma. **KATIA BAHIENSE**, Ma. **LAILA BORGES** e as Técnicas e auxiliares de enfermagem **ADRIANA**, **ANDRESSA**, **IRIS**, **MARLI**, **MARTA**, **MARIZETE**, **NEUZIMAR**, pela compressão e apoio durante todo o

processo de doutorado. Compartilhar o ambiente de trabalho com vocês é sempre enriquecedor. Aprendo muito com vocês a cada dia.

*A **equipe atuante no PAA-HUCAM-UFES**, obrigado por acreditarem no potencial de um trabalho em equipe na atenção ao alcoolista.*

*Aos membros do **Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas: Interconexões (Cepadi)**, ALINA MOURATO, CARLA MAERSON, CARLOS REIS, KARLA LEDESMA, LAERSON ANDRADE, Professor Dr. RUBENS LOUREIRO e toda a equipe, por toda as contribuições de vocês proveram para tornar os resultados, aqui apresentados, exequíveis.*

*Aos acadêmicos que contribuíram na construção desse estudo, em especial, **BABY JHON LOUIS, RAPHAELA ABEDILLE, RAYSSA RIBEIRO, NICOLLY TEIXEIRA e SARA STOFEL**, sem vocês, nada disso seria possível. Ouso a estender a célebre frase de Paulo Freire de “Não há professor sem aluno” para o campo da pesquisa, pois acredito que também não há pesquisa sem a contribuição dos acadêmicos. Desejo que todos os sonhos, inclusive aqueles que vocês resguardam em seus íntimos, se tornem realidade!*

*Aos **usuários do PAA-HUCAM-UFES**, obrigado por se disponibilizarem a participar desta pesquisa para a construção de um cuidado com vocês. Aprendi e continuo aprendendo muito a cada dia com nossa partilha.*

*Ao **Governo do Estado do Espírito Santo**, pelo apoio para ofertar uma intervenção integrada à Entrevista Motivacional aos usuários do PAA-HUCAM-UFES.*

*Enfim, agradeço a **TODOS** que sempre acreditaram em mim e que colaboraram para a construção desse estudo. Muito obrigado!*

[...] o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida **(Leonardo Boff, 1999).**

RESUMO

SUBRINHO, Lucas Queiroz. **Consulta de Enfermagem Motivacional com Alcoolistas: o cuidado no processo de mudança.** 2024. 177 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil, 2024.

Objetivo: avaliar a efetividade da Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM) na mudança de comportamento de alcoolistas em um Programa especializado de atenção ambulatorial em um hospital universitário. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa de delineamento quantitativo, analítico, clínico, pré-experimental, longitudinal, com três momentos de mensuração de variáveis. Os participantes foram usuários do Programa de Atenção ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (PAA-HUCAM-UFES), encaminhados para a CEM, que autorreferiram episódio de consumo de bebidas alcoólicas dentro dos últimos 30 dias, sem histórico de acompanhamento pelo enfermeiro do serviço. Foram incluídos 21 usuários que participaram de cinco CEM em 90 dias. As mudanças de comportamento foram avaliadas em três momentos: antes da intervenção, no dia da terceira CEM e após a quinta CEM. Por meio de questionário composto por um inquérito biossocioeconômico e demográfico, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), *Short Alcohol Dependence Data* (SADD), Escala de Mudança Percebida (EMP) e duas adaptações de instrumentos padronizados no cenário internacional *Quick Drinking Assessment Interview* (FORM-90-AQ) e régua de prontidão para a mudança. A análise dos dados foi realizada através da frequência relativa, absoluta, média e desvio padrão, teste-t pareado e as rotinas executadas no pacote estatístico *Stata (Stat Corp®)* versão 12 para cálculo de magnitude de efeito. Esse estudo é um subprojeto do projeto guarda-chuva intitulado “Atenção a Usuários de Álcool, Tabaco e outras Drogas num Hospital Universitário: tecendo a rede do cuidar”, aprovado sob parecer nº 5.558.775 e CAAE: 06800219.8.0000.5071 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hucam. **Resultados:** o padrão de dias de consumo teve redução em todos os períodos avaliados, com maior tamanho de efeito entre T0 e T2. O mesmo comportamento foi observado na redução do consumo pesado. Houve uma redução de pontuação e gravidade em sintomas de depressão e estresse entre T0 e T2. SADD apresentou redução de pontuação, enquanto a EMP houve um aumento. Não foram observados efeitos nos sintomas de ansiedade e prontidão para a mudança. **Conclusão:** a CEM

foi efetiva na mudança de comportamento de alcoolistas nos quesitos de padrão de consumo, sintomas de depressão e estresse, SADD e mudança percebida em relação ao tratamento. É uma abordagem de baixo custo que pode ser aplicada no cuidado com alcoolistas.

Descritores: Saúde Mental. Alcoolismo. Enfermagem. Assistência Centrada na Pessoa. Entrevista Motivacional.

SUBRINHO, Lucas Queiroz. **Motivational Nursing Consultation with Alcoholics: the care in the process of change.** 2024. 177 p. Thesis (Doctorate in Collective Health) – Graduate Program in Collective Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, ES, Brazil, 2024.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of the Motivational Nursing Consultation (CEM) in changing the behavior of alcoholics in a specialized outpatient care program at a university hospital. **Methods:** a quantitative, analytical, clinical, pre-experimental, longitudinal research with three moments of variable measurement. The participants were users of the Alcohol Outpatient Program of the Cassiano Antônio Moraes University Hospital of the Federal University of Espírito Santo (PAA-HUCAM-UFES), referred to the CEM, who self-reported episodes of alcohol consumption within the last 30 days, without a history of treatment by the service nurse. A total of 21 users who participated in five CEM in 90 days were included. Behavior changes were evaluated at three moments: before the intervention, in the day of the third CEM, and after the fifth CEM. Through a questionnaire composed of a biosocioeconomic and demographic survey, Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21), Short Alcohol Dependence Data (SADD), *Questionnaire of Perceived Changes, brazilian version* (QPC) and two adaptations of standardized instruments in the international scenario Quick Drinking Assessment Interview (FORM-90-AQ) and Readiness to Change Ruler. Data analysis was performed through relative frequency, absolute, mean and standard deviation, paired t-test and routines executed in the statistical package Stata (Stat Corp®) version 12 for effect size calculation. This study is a subproject of the umbrella project entitled “Atenção a Usuários de Álcool, Tabaco e outras Drogas num Hospital Universitário: tecendo a rede do cuidar”, approved under appearance no. 5,558,775 and CAAE: 06800219.8.0000.5071 in the Research Ethics Committee of Hucam. **Results:** The pattern of consumption days was reduced in all evaluated periods, with a larger effect size between T0 and T2. The same behavior was observed in the reduction of heavy consumption. There was a reduction in score and severity in signs and symptoms of depression and stress between T0 and T2. SADD also showed a score reduction, while QPC had an increase. No effects were observed on the signs and symptoms of anxiety and readiness for change. **Conclusion:** The CEM was effective in changing the behavior of alcoholics in terms of consumption pattern, signs and symptoms of depression and stress, SADD and perceived change in relation to treatment. It is a low-cost approach that can be applied in the care of alcoholics.

Keywords: Mental Health. Alcoholism. Nursing. Patient-Centered Care. Motivational Interviewing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Tarefas desenvolvidas na Entrevista Motivacional.....	42
Figura 2 – Frequência de oferta da CEM com alcoolistas.....	48
Figura 3 – Fluxograma da pesquisa.....	56
Figura 4 – Lembrete sobre encaminhamento para CEM.....	57
Figura 5 – Competência Provisional e Limiares de Proficiência pelo <i>Motivational Interviewing Treatment Integrity</i> (MITI).....	57

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Rede de Atenção Psicossocial de Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2024.....	36
Quadro 2 – Momentos e ações da Consulta de Enfermagem Motivacional.....	50
Quadro 3 – As tarefas do processo de mudança dentro da Consulta de Enfermagem Motivacional.....	51
Quadro 4 – As etapas da Consulta de Enfermagem Motivacional.....	52
Quadro 5 – Conversas mobilizadoras e preparadoras de mudança na Consulta de Enfermagem Motivacional.....	53
Quadro 6 – Compilado das produções científicas originadas pela tese.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AGHUX** – Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários, versão X
- AUDIT** – *Alcohol Use Disorders Identification Test*
- CAAD** – Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas
- Caps** – Centros de Atenção Psicossocial
- CAPSad** – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
- CATs** – Compromisso, Ativação e Tomada de passos
- CCS** – Centro de Ciências da Saúde
- CE** – Consulta de Enfermagem
- CEM** – Consulta de Enfermagem Motivacional
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- Cepadi** – Centro de Estudos sobre Álcool e outras Drogas: interconexões
- CIWA-Ar** - *Clinical Withdrawal Assessment Revised*
- Conad** - Conselho Nacional Antidrogas
- DARN** – Desejo, Habilidade, Razão e Necessidade
- DP** – Desvio Padrão
- Ebserh** – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- ES** – Espírito Santo
- ESF** - Estratégia/Equipe de Saúde da Família
- EM** – Entrevista Motivacional
- EMP** – Escala de Mudança Percebida
- EADS** – Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*
- MET** – *Motivational Enhancement Therapy* (Terapia de melhora motivacional - TMM)
- MITI** – *Motivational Interviewing Treatment Integrity 4.2.1*
- MINT** – *Motivational Interviewing Network of Trainers*
- NANDA-I** – *NANDA International, Inc*
- NOC** – *Nursing Outcomes Classification*
- NIC** – *Nursing intervention classification*
- Naps** – Núcleo de Atenção Psicossocial
- NIH** - *National Institutes of Health*
- OMS** - Organização Mundial da Saúde

PAA-HUCAM-UFES – Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)

PE – Processo de Enfermagem

PPGSC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Raps – Rede de Atenção Psicossocial

RFB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAA – Síndrome de Abstinência do Álcool

SADD – *Short Alcohol Dependence Data*

SDA – Síndrome de Dependência do Álcool

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

T – Tempo

T0 – Tempo zero, tempo inicial, linha base

T1 – Tempo um, no dia da terceira CEM, dentro de 45 dias

T2 – Tempo dois, quatro a cinco CEM, dentro de 90 dias

UBS – Unidade Básica de Saúde

Ufes – Universidade Federal do Espírito Santo

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

TRAJETÓRIA PESSOAL-PROFISSIONAL: O DESPERTAR PARA A PESQUISA.....	18
1 INTRODUÇÃO	21
1.1 HIPÓTESE.....	24
1.2 JUSTIFICATIVA.....	25
2. OBJETIVOS	26
2.1 GERAL.....	26
2.2 ESPECÍFICOS	26
3 REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A LUTA CONTINUA	27
3.2 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL: DA COERÇÃO À COESÃO.....	31
3.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DISPOSITIVOS DE CUIDADOS	34
3.4 ENTREVISTA MOTIVACIONAL: A COLABORAÇÃO NO CUIDADO	40
4 MATERIAIS E MÉTODOS	45
4.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	45
4.2 CENÁRIO.....	45
4.3 PARTICIPANTES	47
4.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM MOTIVACIONAL.....	49
4.5 COLETA DE DADOS	53
4.6 MONITORAMENTO	54
4.6.1 Instrumento pré-questionário	54
4.6.2 Questionário de pesquisa	54
4.6.3 Protocolo de pesquisa	57
4.7 DESFECHOS	60
4.7.1 Primário.....	60
4.7.2 Secundário	60
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	60
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	60
4.10 FINANCIAMENTO.....	61
5 RESULTADOS	63
5.1 ARTIGO 1: EVALUATION OF USERS´ SATISFACTION WITH MENTAL HEALTH SERVICES: A SYSTEMATIC REVIEW	65
5.2 ARTIGO 2: ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO CUIDADO COM USUÁRIO DE ÁLCOOL: REVISÃO INTEGRATIVA.....	81

5.3 ARTIGO 3: IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM MOTIVACIONAL COM ALCOOLISTAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	104
5.4 ARTIGO 4: CONSULTA DE ENFERMAGEM MOTIVACIONAL COM ALCOOLISTAS NA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO: ESTUDO LONGITUDINAL	118
6 CONCLUSÕES	135
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICES	146
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	147
APÊNDICE B – Inquérito biossocioeconômico e demográfico	152
APÊNDICE C – Questionário sobre padrão de consumo de álcool adaptado do FORM-90-AQ.....	157
APÊNDICE D – Régua de prontidão para mudança	158
ANEXOS	159
ANEXO A – Certificado de curso de Entrevista Motivacional de 60 horas	160
ANEXO B – Certificado de curso de Entrevista Motivacional de 45 horas	161
ANEXO C - <i>Clinical Withdrawal Assessment Revised</i> (CIWA-Ar).....	162
ANEXO D - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	163
ANEXO E - <i>Short Alcohol Dependence Data</i> (SADD).....	164
ANEXO F - Escala de Mudança Percebida (EMP)	165
ANEXO G – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	166
ANEXO H – Ata do resultado do edital de boas práticas n 02/2022	171
ANEXO I – Declaração de vista técnico-científica ao HCPA-UFGRS	176
ANEXO J – Certificado de tradução português-inglês de Artigo 1	177

TRAJETÓRIA PESSOAL-PROFISSIONAL: O DESPERTAR PARA A PESQUISA

A minha experiência como Enfermeiro e pesquisador da Saúde Mental tem me desvelado a importância do uso e do domínio das tecnologias leves pelos profissionais de saúde na produção do cuidado ao consumidor de drogas. Não basta o domínio medicamentoso ou da fisiopatologia, mas também, estar sensível às nuances das relações interpessoais, como acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia no processo terapêutico (Merhy, 2014).

Desde a graduação na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), vivencio experiências na Saúde Mental, com o início da participação do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental: loucos por cidadania, no ano de 2010, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde Mental *Crack, álcool e outras drogas*, em 2011, perpassando pelas atividades acadêmicas da disciplina de Enfermagem em Atenção à Saúde Mental e da disciplina de Planejamento em Enfermagem, ambas em 2012.

Nas oportunidades de vivências apresentadas, me foi desvelado, tanto nas práticas quanto nas pesquisas, os desafios em cuidar do consumidor de drogas, como: a atenção da pessoa, do profissional, da comunidade, a fragilidade de políticas sobre drogas, em especial, da capacitação profissional continuada para uma atenção integral e na lógica do cuidado em rede, bem como a sobrecarga dos dispositivos de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (Ribeiro *et al.*, 2019; Subrinho *et al.*, 2018)

Como contraponto, potencialidades me foram apresentadas, pude conhecer a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a evolução das políticas ao decorrer das décadas, em especial, a aproximação do Ministério da Justiça com o Ministério da Saúde e a importância do empoderamento e resgate da cidadania do usuário no processo de cuidado.

Em 2014, ao desenvolver, dentre outras atividades, a Assistência de Enfermagem no Programa de Atenção ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (PAA-HUCAM-UFES), obtive a oportunidade de vivenciar a *práxis*. Observei as implicações de uma assistência de enfermagem ao dependente de álcool e o entrelaçamento de saberes de um trabalho em equipe. Concomitante a *práxis*, desenvolvi, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória-ES, no ano de 2016, a pesquisa de dissertação de Mestrado

intitulada *Percepção dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre o Cuidado ao Consumidor de Drogas* e que, dentre os resultados, obtive o artigo publicado intitulado *Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família* (Subrinho et al., 2018).

Nesse produto, por meio da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e a analítica da ambiguidade, uma das nuances desvelada foi a de enfermeiros que reconheciam a necessidade de cuidado integral aos usuários com objetivo a reduzir seu padrão de consumo, direcionado à abstinência de álcool e outras drogas. Foi apresentada uma percepção de dever de cuidar, ao mesmo tempo que eles estavam expostos ao (des)cuidado ao considerar os usuários como culpados pelo insucesso do tratamento, por não serem responsivos às expectativas da equipe.

Essa dualidade entre cuidado e (des)cuidado me trouxe um sentimento próprio que me prendia, transportando-me a um mundo estranho, mas ao mesmo tempo familiar, a todo momento que me deparava com as falas dos participantes desse estudo. Compreender as nuances das expectativas e responsividade dos usuários e como o Processo de Enfermagem poderia se mostrar mais assertivo, foram tópicos que comecei a buscar em minha carreira profissional e acadêmica.

Com o decorrer dos anos de cuidado prestado aos usuários do PAA, eu também fui percebendo a necessidade de conhecer e de aperfeiçoar estratégias de cuidado para aquela população, em especial quando sintomas ansiosos e depressivos ou processos familiares disfuncionais estavam presentes de forma mais pujante, principalmente, devido à dificuldade dos usuários em agendar acompanhamento psiquiátrico no Hucam (lembro que o PAA faz parte da Unidade do Sistema Digestivo) e pela realocação da assistente social e do psicólogo para outros serviços do Hucam.

Ao mesmo tempo, me deparava com aqueles usuários que viviam em um estado de hesitação em que, às vezes, reduzir seu padrão de consumo era percebido algo não tão importante para si e/ou era percebido como algo que estava fora das suas habilidades, envolvendo uma confiança baixa. Essas pessoas, me faziam revisitar as descrições vivenciais refletida pelos enfermeiros participantes da dissertação de mestrado, com usuários não responsivos ao tratamento.

Nesse contexto, realizei alguns cursos ofertados, como: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento,

intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (SUPERA); Álcool: da coerção à coesão; e ESCUTA: Estratégias Integradas de Cuidado aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Os conhecimentos produzidos e aperfeiçoados nesses cursos permeiam tópicos como o gerenciamento de casos, o manejo de contingência, a entrevista motivacional, a construção do projeto de intervenção, o sistema de classificação de doenças, as estratégias de redução de danos, a fisiopatologia, neurobiologia e epidemiologia do consumo de drogas, dentre outros.

Uma das intervenções apresentadas me chamou atenção naquela época: a Entrevista Motivacional. Visto que me mostrou toda a dinâmica envolvida entre a ambivalência e as tarefas a serem desenvolvidas no processo de tomada de decisão e mudança de comportamento. Outro momento em que tive contato com a Entrevista Motivacional foi em um evento ofertado pelo Grupo de Estudos e Pesquisa “loucos por cidadania” (GEPSM-UESB) quando, uma professora e enfermeira, dialogou sobre a conversa colaborativa dentro da relação enfermeiro-usuário.

Comecei a buscar maneiras de colocar em prática, mesmo que de forma ainda incipiente, alguns princípios da entrevista motivacional. Observando o potencial de fortalecer o vínculo e de lidar com a ambivalência, busquei me aprofundar no tema, com isso, realizei dois cursos de Entrevista Motivacional. Um ofertado por uma Psicóloga e outro ofertado por uma Enfermeira.

Com o conhecimento adquirido e a vivência no PAA, me estimulou a trazer a Entrevista Motivacional para dentro do Processo de Enfermagem, não de uma forma momentânea, mas percorrendo todas as etapas do processo para gerar uma mudança de comportamento dos usuários atendidos no PAA. A partir desse desejo, iniciou-se a construção dessa tese.

1 INTRODUÇÃO

O álcool é considerado uma droga lícita no Brasil, sendo seu consumo aceito socialmente na maioria dos países do mundo. Embora o conceito de dependência seja recente, quando comparado com o consumo de álcool e outras drogas pela humanidade, as singularidades e os problemas relacionados a ele sempre existiram na sociedade (Torcato, 2016).

O consumo de álcool, antes restrito a rituais religiosos e festivos, foi se tornando cada vez mais frequente, a partir de uma sucessão de acontecimentos históricos, que incluem o advento da destilação, as transformações socioeconômicas advindas da Revolução Industrial, o adensamento urbano e a fragilidade do estado em prover um bem-estar mínimo a população em momentos de crises econômicas (Perrenoud; Ribeiro, 2018).

Em escala global, os Transtornos por Uso de Álcool (TUA) podem afetar até 8,6% (IC 95% DP 8,1-9,1) dos homens adultos, enquanto a prevalência entre a população feminina é de 1,7% (DP 1,6-1,9) (Carvalho *et al.*, 2019). Esta é uma realidade preocupante, pois as projeções indicam um aumento no consumo de álcool nos anos futuros, particularmente em países em desenvolvimento, como o Brasil (Cordeiro; Diehl; Mari, 2018; World Health Organization, 2018).

No cenário brasileiro, existem levantamentos que demonstram o consumo de álcool ao decorrer dos anos ou em populações específicas. Um dos dados mais recentes da realidade brasileira constam no 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD). O documento indica não haver uma epidemia de drogas ilícitas no país e apresenta o álcool como a substância de maior consumo entre os brasileiros (Bastos *et al.*, 2017).

Segundo os números do III LNUD, 2,3 milhões de brasileiros apresentaram critérios de dependência (Bastos *et al.*, 2017). E os danos não estão restritos à pessoa que realiza o consumo, pois violências associadas também foram observadas no levantamento como, por exemplo, dirigir após a ingestão de bebida alcoólica, assumida em 14% dos homens entrevistados (Bastos *et al.*, 2017). Os comportamentos ligados ao consumo de álcool levam a amplas consequências.

Conforme documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e demais pesquisas, o álcool é a droga mais associada, direta ou indiretamente, a danos à saúde do indivíduo e à vida em sociedade (Ferreira-Borges *et al.*, 2020; World Health Organization, 2018). Mais de 131 milhões de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALYs) foram atribuídos ao álcool (Shield *et al.*, 2020).

Associado a outros agravos da saúde, o consumo de álcool está relacionado a mais de 200 causas de morte, transtornos mentais e comportamentais, doenças não transmissíveis graves, como a cirrose hepática, alguns tipos de câncer, doenças cardiovasculares, doenças infectocontagiosas, como a tuberculose, bem como lesões resultantes de violência doméstica, social e acidentes de trânsito (Shield *et al.*, 2020; World Health Organization, 2018).

Todo esse contexto leva, não somente a dependência, mas também o consumo de álcool em geral, a ter um importante impacto econômico nos sistemas de saúde e de seguridade social. Uma revisão sistemática com meta-análise estimou que os custos médios pelo consumo do álcool podem chegar a 1.306 dólares, por adulto (IC 95%, DP 873-1.738) ou 2,6% (IC 95%, DP 2,0-3,1) do Produto Interno Bruto (PIB) de um país (Manthey *et al.*, 2021).

No Brasil, um estudo com objetivo de estimar os custos atribuíveis do consumo de álcool da população brasileira ≥ 18 anos, no período de 2010 a 2018, encontrou um custo de mais de 1,4 bilhão de dólares, dos quais 737 milhões foram para despesas hospitalares, 416 milhões relacionados a atendimentos ambulatoriais e 333 milhões advindos de absenteísmo no trabalho (Freitas; Silva, 2022).

Entre novembro de 2022 e novembro de 2023, houve 51.560 mil internações hospitalares relacionadas ao consumo de álcool no Brasil, das quais, 19.220 mil aconteceram no Sudeste e 1.106 mil no Espírito Santo (Brasil, 2024). Com isso, vemos que o consumo de álcool ainda traz custos consideráveis para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

É inegável então que a dependência e o consumo em situações de risco são um sério problema de saúde pública, com impactos econômicos e sociais significativos (Carvalho *et al.*, 2019; Macena *et al.*, 2021). Contudo, mesmo com esses impactos, as ofertas de tratamento para o alcoolismo continuam reduzidas (Carvalho *et al.*, 2019).

Além de ofertar tratamento, é necessário que esse serviço conte com uma equipe interprofissional, em razão de o alcoolismo envolver aspectos físicos, psicológicos, econômicos e sociais em seu desenvolvimento (Carvalho *et al.*, 2019; Macena *et al.*, 2021). Observa-se que, cada vez mais, as ações voltadas somente ao tratamento farmacológico são insuficientes e que abordagens que envolvam o desenvolvimento de motivação e de mudança de comportamento são essenciais para o sucesso no tratamento (Miller; Rollnick, 2023).

Uma das abordagens efetivas e de baixo custo, endossada em documentos da OMS, é a implementação de Intervenções Breves como estratégia para redução de consumo de álcool no tratamento de alcoolistas (Soares; Vargas, 2020; World Health Organization, 2018), sendo grande parte dessas intervenções fundamentada na abordagem da Entrevista Motivacional (EM).

A EM é um estilo de comunicação colaborativa e orientada para objetivos, baseada em evidências, com especial atenção à linguagem de mudança. Projetada para fortalecer a motivação pessoal e o compromisso face a um foco específico, a EM estimula e explora as próprias razões da pessoa para mudar, em um processo de construção de autocuidado (Flores *et al.*, 2020; Lima, 2023; Lundahl *et al.*, 2013; Miller; Rollnick, 2023).

Em um ambiente marcado por vulnerabilidade socioeconômica, violência urbana e adversidades na estrutura familiar, pode ser um desafio motivar e auxiliar as pessoas nas tomadas de decisões. Nesse cenário, os profissionais de saúde devem possuir habilidades de comunicação eficazes para estabelecer e manter uma relação produtiva com os usuários (Miller; Rollnick, 2023).

Outro desafio que se observa nesse processo é a ambivalência. Um estado comum em pessoas que precisam de realizar uma tomada de decisão ou mudar um comportamento, se deparam com uma dualidade do desejo simultâneo por duas coisas incompatíveis, o que se manifesta nas conversas, ora como discurso de mudança e ora como discurso de sustentação (Miller; Rollnick, 2016).

O enfermeiro, um dos profissionais que compõe a equipe de cuidado ao alcoolista, ao desenvolver a Consulta de Enfermagem (CE) em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas de modo deliberado e sistemático em todo o contexto socioambiental (Conselho Federal de Enfermagem, 2024), precisa prever e

saber lidar com essas especificidades do alcoolismo dentro de seu processo de trabalho (Subrinho *et al.*, 2018).

Apesar de reconhecer a necessidade de cuidar, não é incomum ver práticas mais próximas da confrontação e culpabilização que geram estigmas e auto-estigmas dentro da saúde mental (Fernandes; Ventura, 2018; Oliveira *et al.*, 2019). É um desejo profissional de cuidar, mas que produz (des)cuido ao não conseguir desenvolver uma conversa colaborativa para a mudança (Miller; Rollnick, 2023; Subrinho *et al.*, 2018).

Integrar a EM dentro da prática profissional pode ser uma alternativa para reverter essa realidade. Porém, apesar dos achados promissores, e de ser uma abordagem de baixo custo, ainda são escassos os estudos brasileiros envolvendo a EM dentro da enfermagem a nível de ambulatório especializado em álcool, sobretudo, de maneira integrada à Consulta de Enfermagem.

Nesse sentido, reconhecemos a importância de se investir em estudos destinados a desenvolver abordagens não farmacológicas para identificar e resolver a ambivalência, evocar motivação e auxiliar na mudança de comportamento do consumo de álcool, o que pode contribuir para reverter os impactos econômicos, sociais e individuais do alcoolismo na sociedade.

Diante do exposto, a presente tese de doutorado apresenta a seguinte *questão norteadora*: em quais aspectos a Consulta de Enfermagem Motivacional é efetiva na mudança de comportamento de alcoolistas em um Programa especializado de atenção ambulatorial em um hospital universitário?

1.1 HIPÓTESE

H0 = a CEM não é efetiva no aspecto da redução do padrão de consumo de álcool por usuários de um Programa especializado de atenção ambulatorial de um hospital universitário;

H1 = a CEM é efetiva no aspecto da redução de padrão de consumo de álcool por usuários de um Programa especializado de atenção ambulatorial de um hospital universitário.

1.2 JUSTIFICATIVA

Práticas de enfermagem não destinadas a lidar com as especificidades do alcoolismo, como a presença de ambivalência ou a baixa confiança, podem levar a ações de confrontação (Miller; Rollnick, 2016) e comprometer a relação enfermeiro-usuário e o cuidado desenvolvido nessa relação (Subrinho *et al.*, 2023). Ações de correção para convencer ou persuadir o outro a fazer a coisa “certa” podem impactar com que o usuário ambivalente assuma e defenda o lado oposto: o da sustentação (Miller; Rollnick, 2023).

Portanto, não desenvolver uma conversa colaborativa que promova discurso preparador e mobilizador de mudança no usuário está atrelada à redução do sucesso na mudança de comportamento (Miller; Moyers, 2021). Para uma demanda de saúde, que é custosa econômica, social e individualmente, e que requer uma abordagem interprofissional, um monólogo de persuasão e confrontação deve ser evitado, em especial, no usuário ambivalente.

Com isso, desenvolver e avaliar os efeitos da Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM), abordagem integrada a Entrevista Motivacional, para promover uma conversa guiada, colaborativa, direcionada, torna-se estratégia importante para oferecer uma abordagem na enfermagem em saúde mental centrada na pessoa.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a efetividade da Consulta de Enfermagem Motivacional na mudança de comportamento de alcoolistas em um Programa especializado de atenção ambulatorial em um hospital universitário.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os participantes quanto ao perfil sociodemográfico, econômico, condições de saúde e hábitos de vida;
2. Estabelecer o protocolo para oferta de Consultas de Enfermagem Motivacional com Alcoolistas para cada participante do estudo;
3. Monitorar e avaliar o padrão de consumo, nível de dependência, sintomas ansiosos, depressivos e de estresse, mudança percebida em relação ao tratamento e prontidão para mudança em três momentos distintos do acompanhamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A modernização e as mudanças na estrutura social vieram associadas com transformações de como os indivíduos e os grupos passaram a utilizar e a perceber o álcool (Perrenoud; Ribeiro, 2018). Nesse processo, os aspectos sociais de moralização e estigmatização começaram a ser comuns nesse problema de saúde, com consequências ao acesso a serviços e às opções de tratamento (Ronzani; Furtado, 2010).

Ao compartilhar da percepção de que a visão dentro da saúde mental não deve se reduzir apenas ao modelo assistencial, mas se atentar a macro e a micropolítica e as complexidades sociais, econômicas e neuropsicobiológicas envolvidas nesse fenômeno.

Este capítulo é destinado a apresentar uma revisão de literatura, de forma narrativa, de aspectos que envolvem desde a reforma psiquiátrica brasileira e as nuances envolvidas na etiologia histórica do consumo de álcool que impedem ou facilitam uma conversa colaborativa no processo de cuidado.

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A LUTA CONTINUA

Em meio aos diversos movimentos sociais em busca da democratização política, surgiu a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Iniciada na década de 1970, a RPB estende-se até o presente, na luta pelos direitos sociais das pessoas portadoras de transtorno mental e/ou em consumo de álcool e outras drogas (Nunes *et al.*, 2019).

Referenciada, inicialmente, na Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), a RPB buscou transformações abrangentes no processo de cuidado em saúde mental, ao agrupar movimentos sociais, entidades, profissionais de saúde, usuários e familiares para a transformação do modelo clássico e do paradigma psiquiátrico (Nascimento, 2018).

É possível afirmar que a RPB passou por diversos períodos, cada um com suas características, lutas e conquistas. Em síntese, temos o primeiro de 1978-1987, o segundo de 1987-2001, o terceiro de 2001-2011 e o quarto de 2011 até os dias atuais (Nascimento, 2018). Tem-se então que a RPB é um movimento em constante transformação e que se deve evitar o uso de verbos no passado quando se referir a ela.

No primeiro período, estava instituído no Brasil o regime de Ditadura Militar, caracterizado por um Estado autoritário e que recriminava ações de mobilização social, a exemplo do movimento da luta anti-manicomial e sua precursora, a Reforma Sanitária Brasileira (Bedin; Scarparo, 2011). Nesse intervalo de tempo, o modelo de assistência à saúde mental instituído era centrado no hospital psiquiátrico, com uma terapêutica de exclusão social ao separar a doença do usuário e do corpo social (Hirdes, 2009).

Com o decorrer da década de 1970, a insatisfação da população aumentava devido a uma série de fatores, dentre eles, a crise do “milagre econômico” que provocou a ampliação das discussões políticas trazendo um imenso desejo da população pela busca da redemocratização do país e da construção de um novo pensamento no setor saúde (Shikasho, 2012).

Com a crise econômica e política, o setor saúde, baseado em um sistema misto de privado-público, passou por queda na qualidade, que já não era adequada, além de denúncias de fraldes, levando a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINASAM) e a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), principal ator político, ambos em 1978 (Nascimento, 2018).

Nos anos de luta do MTSM, temos como principais características: a oposição às entidades médicas defensoras da psiquiatria e da iniciativa privada e a aproximação da Reforma Psiquiátrica com a Reforma Sanitária, apresentando, dentre suas principais reivindicações, a defesa da estatização dos serviços de saúde, algo que ocorreu com a redemocratização do Brasil (Martins, 2018).

No segundo período, houve o fortalecimento do discurso de desinstitucionalização, para deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, com a implantação de serviços substitutivos (Hirdes, 2009; Martins, 2018). Como marcos desse período, temos a I Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu em 1987 em Brasília e a transformação do MTSM em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) que expandiu objetivos e abrangeu outros atores sociais (Nascimento, 2018).

Nesse ambiente de mobilizações e transformações, surge, no município de São Paulo, em 1987, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Prof. Luiz Rocha Cerqueira, primeira experiência de atenção psicossocial no Brasil. Seguido pelo Núcleo de

Atenção Psicossocial (Naps) de Santos-SP, criado em 1989, no local do Hospital Psiquiátrico Casa de Anchieta, famoso por violações aos direitos humanos (Cordeiro; Oliveira; Souza, 2012; Lavrador; Ribeiro, 2014; Nascimento, 2018).

Ambos foram produtores de estratégias inovadoras no campo da saúde, ao desospitalizar os usuários com transtornos mentais e inseri-los no meio familiar, mostrando que era possível construir uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos (Cordeiro; Oliveira; Souza, 2012; Lavrador; Ribeiro, 2014).

O terceiro período teve como foco o campo legislativo por meio da criação do Projeto de Lei (PL) 3.557/89 para a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a regulamentação e implantação dos serviços substitutivos por todo o país (Martins, 2018). Apesar de ser aprovado apenas em 2001, com a lei 10.216, o PL foi decisivo para que diversos estados brasileiros criassem leis com propósitos semelhantes e que disseminaram os Caps por todo o país (Martins, 2018). Outras conquistas entre 1989 até 2011 foram a criação de diversos níveis de Caps, Serviços de Residência Terapêutica e Programa “Volta para casa”.

Concomitante a esse período, é possível observar programas voltados para a assistência à pessoas em consumo habitual de álcool e outras drogas, como a Política Nacional sobre Drogas (PND), aprovada em 2005 e regulamentada em 2019, que traz o ideal de construção de uma sociedade protegida do consumo de drogas ilícitas e do consumo indevido de drogas lícitas, além de garantir o direito ao tratamento adequado a todas as pessoas com problemas relacionados ao consumo de drogas, mediante uma rede de assistência integrada e intersetorial, que concentra esforços para o tratamento de usuário de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2006, 2019).

No quarto e atual período, observamos a intensificação das ações relacionadas ao consumo de drogas com a instituição do programa “Crack: é possível vencer” e da Portaria 3.088, ambos de 2011 (Nascimento; Leão, 2019). Com a portaria desse ano, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) foi implantada e destinada para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do consumo de crack, álcool e outras drogas.

Observa-se que a maneira de perceber, de abordar e de tratar o consumo de álcool e outras drogas, que leve a agravos ao indivíduo e à sociedade, sofreu mudanças no campo da saúde. Ações que, antes se limitavam a internações em hospitais

psiquiátricos, passaram a ser vistas como insuficientes, e cederam espaço para serviços com uma lógica territorial, psicossocial, desinstitucionalizadora e antimanicomial (Desviat, 2018).

Os componentes dessa lógica incluem a Atenções Básica, Psicossocial Especializada, Urgência e Emergência, Residencial de caráter transitório, Hospitais Gerais, além de Estratégias de desinstitucionalização, de Redução de Danos e de Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011).

Por produzir diversas tensões com o modelo manicomial, que mascara os conflitos e os determinantes das crises e produz segregação das pessoas ou a simples medicalização de problemas complexos, a RPB é uma conquista histórica, porém, não definitiva (Desviat, 2018; Nunes *et al.*, 2019). Essa nova maneira de estruturar as práticas de saúde mental, gerou efeitos paradoxais em um processo sociopolítico e cultural complexo na busca de reverter as transformações epistemológicas, técnico-assistenciais, político-jurídicas e socioculturais produzidas pela RPB (Amarante; Torre, 2017; Nunes *et al.*, 2019).

Os movimentos de ataque e rejeição a RPB, denominados de Contrarreforma psiquiátrica, contam com grupos que defendem a reestruturação de manicômios ou da lógica manicomial nos dispositivos de cuidados existentes da Raps (Amarante; Torre, 2017).

Esse movimento pode ser visto a nível de legislação como na Portaria 3.588/2017, parcialmente revogada pela Portaria 757/2023 (Brasil, 2017, 2023), refletida nos desmontes dos dispositivos de cuidado em saúde mental, com infraestrutura insatisfatória, equipes interprofissionais incompletas ou com profissionais sem carga horária integralmente dedicada para as demandas de saúde mental, dimensionamento dos serviços insuficiente para a população abrangida, dentre outros eventos facilmente percebidos por trabalhadores e pesquisadores na área da saúde mental (Nascimento; Leão, 2019; Nascimento, 2018; Subrinho *et al.*, 2023).

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo dinâmico, sujeito a avanços e retrocessos, uma característica já observada em experiências internacionais. A repetição da história poderia trazer sérios danos a este segmento social, como evidenciado por Basaglia na década de 1970, e resultar em um novo holocausto brasileiro (Nunes *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, torna-se imperativo elucidar que o fenômeno do consumo de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas, é uma prática que transcende milênios e permeia a universalidade da experiência humana, estando intrinsecamente entrelaçado com a evolução histórica da humanidade desde as eras mais primitivas.

3.2 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL: DA COERÇÃO À COESÃO

A etiologia busca delimitar as causas de uma doença e as origens de um determinado fenômeno ou comportamento, seja por costume, uma tradição ou ritual específico. A partir desse processo, pode-se construir modelos etiológicos para explicar, guiar e orientar as observações feitas acerca do mundo natural (Perrenoud; Ribeiro, 2018).

Sobre a dependência de substâncias, os modelos etiológicos procuram explicar os motivos para o primeiro episódio de consumo, permanência do consumo ocasional, surgimento do consumo habitual e seguimento de padrões de uso nocivo ou de dependência (Perrenoud; Ribeiro, 2018). A maneira como é visto esse fenômeno tem impactos importantes para a prática clínica.

A presença de bebidas alcoólicas é tão antiga quanto o próprio homem (Oliveira *et al.*, 2019). Um dos primeiros relatos sobre o consumo indevido de álcool foi feito por Aristóteles, no século IV A.C, quando denominou o “vício” como o uso extremado do álcool e a perda de virtude do equilíbrio entre a sobriedade e o exagero (Perrenoud; Ribeiro, 2018).

O filósofo defendia que o consumo desregrado era uma escolha, exclusivamente, pessoal e que os praticantes desse ato deveriam receber sanções ou punições sociais, abrangendo fatores morais e culturais sobre o consumo de álcool, que perduram até os dias atuais (Oliveira *et al.*, 2019; Perrenoud; Ribeiro, 2018). Essa concepção foi central durante toda a Idade Média, quando o excesso era considerado pecado e passível de punições em praça pública (Oliveira *et al.*, 2019).

Como os primeiros modelos etiológicos sobre o alcoolismo tem-se: Moral, Temperança e Degenerescência neurológica. O modelo da moral, dando continuidade ao pensamento de Aristóteles, enfatiza a escolha pessoal como fator de causa primária e que lhe falta força de vontade para resolver o problema (Pillon; Luis, 2004).

Somente em 1790 que ideias convergentes ao Iluminismo surgiram em contraponto à Moral, denominado de Modelo da Temperança, em que o beber excessivo não é um

pecado, mas um hábito que acontece ao longo de um *continuum* e que necessita ser desaprendido (Perrenoud; Ribeiro, 2018).

Com o entendimento do alcoolismo como doença, constituiu o Modelo da Degenerescência neurológica, que enfatiza as alterações clínicas decorrentes do consumo prolongado do álcool, porém dando pouca atenção às suas repercussões psíquicas e comportamentais e indicando internações prolongadas como forma de tratamento principal (Perrenoud; Ribeiro, 2018).

Ambos os modelos citados foram cooptados pelo movimento social denominado de “temperança”, a maioria ligados a igrejas cristãs, intimamente associado à Lei Seca dos Estados Unidos da América (EUA) (Perrenoud; Ribeiro, 2018). Enquanto o Modelo Moral criticava o excesso, o movimento de temperança busca a intolerância ao consumo de álcool em qualquer circunstância e quantidade, com base em um modelo da abstinência completa e contínua (Oliveira *et al.*, 2019).

No Brasil, como exemplo de organizações que prestavam assistência aos alcoolistas baseadas nos modelos citados, temos a: Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Brasileira de Higiene Mental, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária e União Brasileira Pró-Temperança (Vargas; Campos, 2019). Estas entidades eram caracterizadas por princípios que se alinhavam à higiene social e à moralidade.

No âmbito da higienização, as ações eram fomentadas pela industrialização e a busca da maior produtividade fabril, com instituições que viam o consumo de álcool, em qualquer espécie, como um grave problema econômico que prejudicava o processo de revolução industrial (Souza; Menandro; Menandro, 2015).

Uma das ações mais conhecidas nessa vertente foi a Lei Seca nos EUA, vigente de 1920 a 1933, que proibiu todas as bebidas alcoólicas e os cigarros no país (Carneiro; Cordeiro, 2014). O proibicionismo era liderado por movimentos religiosos e de grandes empresários, contudo, os resultados obtidos foram indesejáveis (Neto *et al.*, 2022).

Apesar de as taxas de cirrose hepática por álcool terem diminuído na implementação, a Lei Seca foi considerada falha, pois ficou longe do seu objetivo utópico de eliminar o consumo de álcool nos EUA e acabou por fomentar a criação e o crescimento do mercado ilegal de bebidas alcoólicas, financiador de máfias, e a redução da qualidade dos produtos, devido ao Estado não estar mais presente na fiscalização da produção

(Carneiro; Cordeiro, 2014; Hall, 2010). Diversos americanos morreram por consumirem produtos de maior teor alcoólico, de baixa qualidade e contaminado por outros ingredientes, além da violência advinda do mercado ilegal (Carneiro; Cordeiro, 2014; Neto *et al.*, 2022).

Com o fim do proibicionismo e o surgimento de modelos contemporâneos, o alcoolismo começou a se separar das concepções morais e se aproximar mais do âmbito da saúde, passando a ser tratado como uma doença progressiva. Os modelos que se tem a partir desse momento são: Aconselhamento confrontativo, Naturais, Biológicos, Psicológicos, Sociais, Espirituais, Saúde Pública e Ecletismo Informado (Perrenoud; Ribeiro, 2018).

O modelo de aconselhamento confrontativo, embasado no modelo Moral, era predominante na última metade do século XX (Miller; Rollnick, 2016). Esse modelo propõe um tratamento de “choque” com base na hierarquização, rigidez e confrontação para convencer e persuadir o usuário (Miller; Rollnick, 2016). Entretanto, com os estudos demonstrando que abordagens centradas na empatia e na motivação apresentavam uma maior eficácia, o aconselhamento confrontativo foi perdendo força (Miller; Moyers, 2021; Miller; Rollnick, 2016; Perrenoud; Ribeiro, 2018).

Enquanto outros modelos buscam simplificar ou se delimitar a um aspecto dentro da dependência, tem-se no Modelo de saúde pública a tendência de correlacionar a interação entre sujeito, ambiente e álcool, para compreender a dependência (Perrenoud; Ribeiro, 2018). Com isso, ações de promoção da saúde, justiça, inclusão social e, igualmente, os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais, são considerados no processo de adoecimento do usuário.

Essa visão é muito próxima do Modelo ecletismo informado, podendo ser apontado como diferencial do último a ideia de que cada usuário requer uma abordagem especialmente desenhada para ele mediante uma avaliação e diagnóstico meticuloso de cada caso (Perrenoud; Ribeiro, 2018).

A evolução histórica dos modelos etiológicos permite observar que há um passado moralista em cuidar de alcoolistas, um modelo nitidamente anacrônico e prejudicial, mas que ainda perdura até os dias atuais com consequências de estigmas praticados em serviços de saúde e auto-estigma dos usuários quando ao alcoolismo (Fernandes;

Ventura, 2018). O que se torna uma barreira para o cuidado e pode reforçar a exclusão e o sofrimento.

Por meio do movimento de RPB, busca-se constituir serviços de saúde mental com uma perspectiva que não se limita mais a uma questão moral ou a uma simples doença, mas que envolva componentes individuais interagindo com condições ambientais e sociais (Nunes *et al.*, 2019). Nessa lógica, serviços que ofereçam opções terapêuticas diversas, se tornam mais potentes, em um contexto que os profissionais reconheçam as especificidades do usuário, sabendo referenciar ou ofertar uma diversidade de abordagens ou propostas terapêuticas.

A seguir, é apresentado quais dispositivos de cuidados estão previstos dentro da Raps no Brasil e em Vitória, Espírito Santo, território em que o cenário desta tese se localiza.

3.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DISPOSITIVOS DE CUIDADOS

Apesar de ser intuída em 2011, pela Portaria 3.088, os dispositivos que compõem a Raps já existem há muito mais tempo. O primeiro serviço a operar na lógica psicossocial foi o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Prof. Luiz Rocha Cerqueira, em São Paulo-SP, no ano de 1987. Anterior ao Caps, tem-se outras ações e estratégias como a redução de danos e o consultório na rua, ambos, atualmente, previstos na Raps (Brasil, 2011).

Quando consolidada a redemocratização do país, no final da década de 1980, os Núcleos de Atenção Psicossociais (Naps) santistas constituíram-se como a principal referência na implantação de serviços substitutivos aos manicômios, por agregarem características excepcionais, especificamente, a territorialização, atendimento 24 horas/dia e articulação com os demais dispositivos de saúde municipal (Onocko-Campos; Furtado, 2006). Com a nova estratégia de dispositivos substitutivos, as limitações observadas no tratamento ambulatorio-hospital poderiam ser superadas, principalmente, no que se resume à reabilitação social (Lavrador; Ribeiro, 2014).

A existência dos dispositivos anteriores a Raps não refuta sua importância, pelo contrário, com sua instituição foi possível criar, ampliar e articular em rede os serviços de atenção à saúde destinados à pessoa com transtorno mental ou em consumo de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2011). Lidar com a complexidade intrínseca às crises psíquicas, sociais, políticas, econômicas e físicas que impactam o indivíduo e

a sociedade exige uma abordagem territorial e psicossocial, que seja desinstitucionalizadora e antimanicomial para se prevenir a segregação e a simplificação de problemas complexos (Desviat, 2018).

É importante salientar que a Raps não nega a atenção Hospitalar ou ambulatorial, pelo contrário, o próprio Caps pressupõe a assistência ambulatorial. A grande diferença está no fato de que, com a Raps, busca-se uma abordagem ambulatorial vá além do simples atendimento, pautando-se na construção de vínculos, inclusive com o território, e de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), ou seja, a integração de profissional-usuário-contexto (Silva; César, 2023).

Nesse contexto, tem-se então que na atenção hospitalar constituinte da Raps é prevista a enfermaria especializada em Hospital Geral, atendimento em Pronto Socorro e acompanhamento ambulatorial em serviço de referência. O movimento é de integrar a saúde mental nos demais serviços para reduzir estigmas de hospitais psiquiátricos ou alas específicas em hospitais gerais para usuários com transtorno mental, comumente contempladas em instituições antes do movimento de RPB.

Pela diversidade de dispositivos, se observa inúmeras estratégias que são utilizadas como, por exemplo: o Matriciamento, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a Estratégias de Redução de Danos, a Intervenção Breve, a Clínica Ampliada, dentre outros (Silva; César, 2023).

Desse modo, Saúde Mental é integralidade. Ela não pode ser restrita a instituições tradicionais, pelo contrário, deve-se unificar a um universo mais amplo, que inclui o Caps, Hospital, Ambulatório e Atenção Básica. Deve dialogar com o território, a equipe de referência e a família, entre outros dispositivos da comunidade. O avanço da rede de cuidado à Saúde Mental é diretamente dependente dos serviços oferecidos por cada município, no campo da saúde coletiva (Ballarin *et al.*, 2011).

Dentro do município de Vitória-ES, onde se localiza o PAA-HUCAM-UFES, alguns dispostos de cuidado previstos na Raps estão disponíveis, como vemos no quadro 1, a seguir:

Quadro 01 – Rede de Atenção Psicossocial de Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2024.

Componentes	Dispositivos de cuidado	Dispositivos presentes Vitória-ES
1. Atenção Básica	1.1 Unidades Básicas de Saúde (UBS)	29 unidades
	1.2 Equipes de Atenção Básica para situações específicas	Inexistente
	1.2.1 Equipes de Consultório na Rua	04 equipes (duas em UBS Andorinhas e 02 em UBS Vitória)
	1.2.2 Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Residencial de Caráter Transitório	08 equipamentos
	1.3 Centro de Convivência	Apenas para a terceira idade
	1.4 Equipes Multiprofissionais (eMulti) (Antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Nasf)	25 equipes cadastradas e vinculadas a 25 UBS. 04 UBS ainda não possuem eMulti cadastrada, mas contam com profissionais de apoio à ESF (psicólogo, assistente social, farmacêutico e educador físico).
2. Atenção Especializada	2.1 Centros de Atenção Psicossocial (Caps)	
	2.1.1 Caps I	Não se aplica
	2.1.2 Caps II	01 Centro
	2.1.3 Caps III	01 Centro
	2.1.4 CAPSad	Inexistente
	2.1.5 CAPSad III	01 Centro
	2.1.6 Caps Infantil	01 Centro
3. Atenção a Urgência e Emergência	3.1 SAMU	01 Base do SAMU de gerência estadual
	3.2 Sala de Estabilização	Inexistente
	3.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	02 UPA
	3.4 Hospitais	01 ambulatório porta aberta (PAA-HUCAM-UFES) 01 ambulatório porta fechada (Presta-HPM-ES) 01 Pronto-socorro psiquiátrico adulto no HEAC (gestão estadual) 01 Pronto-socorro psiquiátrico infantojuvenil no HIMABA (gestão estadual) 13 leitos de observação

	3.5 Unidades Básicas de Saúde	Vide 1.1
	3.6 Centros de Atenção Psicossocial	Vide 2.1
4. Atenção Residencial de caráter transitório	4.1 Unidade de Acolhimento	Inexistente
	4.2 Serviços de Atenção em Regime Residencial	Inexistente
	4.2.1 Comunidades Terapêuticas	Existem no município, de caráter privado, porém a prefeitura não possui parceria. Gestão estadual pela Rede Abraço.
5. Atenção Hospitalar	5.1 Enfermaria em Hospital Geral	Inexistente
	5.2 Serviço Hospitalar de Referência–Curta Permanência	10 leitos de internação infantojuvenil no HIMABA (gestão estadual) 60 leitos de internações no HEAC (gestão estadual)
6. Estratégias de desinstitucionalização	6.1 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	01 SRT I municipal 02 SRT I estaduais
	6.2 Programa de Volta para Casa	Existente
7. Reabilitação Psicossocial	7.1 Iniciativas de geração de trabalho e renda	Inexistente em caráter permanente

Notas: Presta: Programa de Reabilitação do Toxicômano e Alcoolista (Presta). HPM-ES: Hospital da Polícia Militar do Espírito Santo. Heac: Hospital Estadual de Atenção Clínica. Himaba: Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves.

Fonte: elaboração própria com base na portaria GM 3.088/11 e pesquisa de campo na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória, Espírito Santo, 2023.

No âmbito estadual, atualmente, o Espírito Santo concentra suas ações de atenção psicossocial sobre drogas na Programação Pactuada Integrada (PPI) da Saúde Mental do Espírito Santo e no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e, de forma complementar, no Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas – Rede Abraço,

A Rede Abraço é coordenada pela Subsecretaria de Estado de Políticas Sobre Drogas (SESD), vinculada à Secretaria de Estado de Governo (SEG), que se sustenta em quatro eixos basilares: *prevenção, tratamento, reinserção social, e estudos pesquisas e avaliações* (Silva *et al.*, 2020). Enquanto a PPI e o PDR estão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) do Estado do Espírito Santo (Campanharo; Oliveira; Garcia, no prelo; Espírito Santo, 2011).

Dentre os equipamentos previstos na Rede Abraço, o Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD) configura-se como um serviço para pessoas que buscam atendimento em virtude do consumo de drogas. Com uma equipe multiprofissional, é previsto que o CAAD atue no acolhimento de demandas, articulação da rede e regulação das vagas em leitos hospitalares, Comunidades Terapêuticas e estabelecimentos congêneres (Silva *et al.*, 2020; Veronez *et al.*, 2020).

Outras ações também são previstas pelo CAAD, tais como: orientação via *Call Center*/0800, aconselhamento terapêutico, avaliação médica, exames clínicos, orientação nutricional, Grupos de Ajuda Mútua, Grupos Terapêuticos, Grupos de Famílias, Capacitação, acompanhamento e fiscalização institucional (Silva *et al.*, 2020).

A Rede Abraço surgiu no ano de 2013, como alternativa da gestão estadual para ampliar as opções de tratamento ao dependente de álcool e outras drogas, por meio da reformulação da Política sobre Drogas do Espírito Santo (Leal *et al.*, 2023). Observa-se que, com o decorrer dos anos após seu surgimento, houve o aumento de recursos financeiros destinados às Comunidades Terapêuticas (CTs) (Leal *et al.*, 2023).

No Brasil, as CTs costumam atuar em cunho religioso e possuem um histórico de infringir os direitos humanos, fortalecer a perspectiva da moral e deixar em segundo plano os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais envolvidos na dependência de álcool e outras drogas (Conselho Federal de Psicologia, 2018; Leal *et al.*, 2023).

Além da questão da Rede Abraço vinculada a SEG, a Política sobre drogas do Espírito Santo apresenta outra especificidade: as questões de saúde mental são debatidas no Conselho de Saúde e em instâncias correspondentes ligadas à Sesa, enquanto as questões relacionadas às drogas são discutidas no Conselho Estadual sobre Drogas (Coesad), novamente vinculado à SEG (Leal *et al.*, 2023).

No que se refere a PPI na Saúde Mental, vinculada as ações da Sesa, os dispositivos da Raps estão distribuídos nas três regiões de saúde do Estado e envolvem Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM), Caps, Leitos em Hospitais Gerais, Leitos psiquiátricos, Consultório na Rua (CnR), SRTs e ambulatórios (Campanharo; Oliveira; Garcia, 2024). O dimensionamento de serviços

de saúde mental está abaixo do previsto em todas as regiões de saúde do estado e funcionam com uma PPI vinculada à população capixaba de 2015 (Campanharo; Oliveira; Garcia, no prelo).

Com ações de saúde mental do governo estadual sendo conduzidas por secretarias, conselhos e comissões distintas, pode favorecer a dissolução indesejável de debates e decisões e acabar promovendo momentos de desarticulação de ações de prevenção, cuidado, reabilitação e financiamento. A integração da Raps poderia ser fomentada caso houvesse uma unicidade de todas as ações em saúde mental dentro da Sesa, visto que a dependência de álcool e outras drogas é uma questão de saúde pública (World Health Organization, 2018).

No âmbito nacional, são indiscutíveis os progressos alcançados desde a RPB, porém é claro as fragilidades na implementação da política de saúde mental, como a relação de financiamento, com o repasse financeiro aos Caps, congelado desde 2011 (Almeida, 2019; Nunes *et al.*, 2019). O subfinanciamento da rede também pode ser representado pelo dado de que, apenas, 1,6% do orçamento geral do Ministério da Saúde destinado à Saúde Mental, frente aos 5% observado pela OMS para outros países (Nunes *et al.*, 2019).

O subfinanciamento persistente exerce um impacto significativo, tanto na inibição da expansão da rede quanto na degradação dos serviços já estabelecidos. Isso compromete a eficácia da reforma em si, alvo de críticas severas por parte de setores opositores (Nunes *et al.*, 2019).

O desenvolvimento de recursos humanos é também considerado um empecilho importante, podendo gerar mais ações alinhadas ao modelo de confrontação do que práticas em saúde alinhadas com os conceitos mais recentes de saúde pública e ecletismo (Almeida, 2019; Perrenoud; Ribeiro, 2018). Profissionais sem a sensibilização sobre o complexo fenômeno do alcoolismo, por exemplo, podem cultivar crenças equivocadas e negativas sobre o usuário e acabarem por gerar uma prestação desigual de cuidado e estigmas (Fernandes; Ventura, 2018; Subrinho *et al.*, 2018).

Essa ação pode levar ao desenvolvimento do auto-estigma pelos usuários, que optam em ocultar seus problemas relacionados ao álcool como uma forma de enfrentamento à opinião pública negativa (Fernandes; Ventura, 2018).

O alcoolismo é uma demanda que possui impactos importantes no âmbito financeiro ao sistema público de saúde e requer que os serviços de saúde mental sejam ampliados e integrados à resposta global a outras prioridades de saúde, incluindo doenças não transmissíveis, saúde materna e infantil, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), entre outras (Carvalho *et al.*, 2019).

Dentre os desafios mais significativos, destacam-se, primordialmente, a expansão do acesso e a integração da saúde mental à atenção primária, a concretização de respostas para internações de agudos em hospitais gerais e a coordenação entre os diversos componentes do sistema (Fernandes; Ventura, 2018; Miller; Moyers, 2021). Ao nível das relações interpessoais, pode ser destacado o desenvolvimento ou aplicação de estratégias pautadas nas habilidades comunicativas para atenuar estigmas e confrontações, atenuadores do sucesso do tratamento (Miller; Moyers, 2021).

3.4 ENTREVISTA MOTIVACIONAL: A COLABORAÇÃO NO CUIDADO

Pelo que foi abordado até aqui, já é possível perceber que não há medidas simples ou únicas para mudar um padrão de consumo no alcoolismo, principalmente, quando sintomas ansiosos e depressivos estão presentes (Wang *et al.*, 2020). E que essas medidas não devem se restringir à medicalização ou ao indivíduo, mas devem abranger o contexto e como se dá a relação entre profissional e usuário.

Por isso, diversas estratégias já foram desenvolvidas e são utilizadas para o cuidado dessa população, dentre elas, as Intervenções Breves (IB) são globalmente recomendadas pela OMS, por serem ações efetivas e de baixo custo (Joseph; Basu, 2017; Soares; Vargas, 2020; World Health Organization, 2018). Como exemplo, se tem o *Feedback; Responsibility; Advice; Menu; Empathic e Self-efficacy* (FRAMES) e o *Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment* (SBIRT).

Muitas dessas IB assimilam características da EM, principalmente, no quesito de estabelecer uma comunicação entre usuário e profissional de forma empática e evitando a confrontação.

A EM surgiu em 1983, em um momento em que havia quase uma unanimidade das abordagens confortativas no tratamento de dependentes de álcool. A motivação para se tratar era vista como algo difícil de ser modificada, ao invés de um estado de personalidade que pode oscilar e ser potencializada (Figlie; Sales, 2018).

Originalmente, a EM foi desenvolvida pelos psicólogos William Miller e Stephen Rollnick, ao observarem que o estilo pessoal do profissional em se comunicar e suas ações sobre a motivação do usuário em relação ao seu processo de mudança, interferiam nos resultados, principalmente, quando esse indivíduo não visualizava importância ou confiança em mudar (Miller; Rollnick, 2016).

Como definição técnica, tem-se que:

A Entrevista Motivacional é um estilo de comunicação colaborativo e orientado para objetivos, com particular atenção à linguagem de mudança. Está desenhada para fortalecer a motivação pessoal e o compromisso face a um objetivo específico, estimulando e explorando as próprias razões da pessoa para mudar, em clima de aceitação e compaixão (Miller; Rollnick, 2016 p. 48).

Nesse processo de conversa, o profissional de saúde busca substituir práticas de confrontação ou persuasão por um estilo de comunicação que evoque as próprias razões da outra pessoa para mudar e minimize a resistência e a discordância entre as partes envolvidas no processo de conversa colaborativa (Lundahl *et al.*, 2013).

Profissionais de saúde possuem um desejo nato de ajudar o outro que lhe procura para promover o bem-estar, a felicidade, aliviar ou prevenir o sofrimento e facilitar a mudança. Querer ajudar é início, ter habilidades para fazê-lo pode ser o diferencial entre agravar ou atenuar uma situação (Miller; Rollnick, 2023).

Mas, saber o que fazer não é suficiente, o como fazer também importa (Miller; Rollnick, 2023), visto que a saúde não se finda a procedimentos, operação de equipamentos ou máquinas de diagnósticos e conclusão de exames, mas envolve um trabalho vivo que se dá no ato de relacionar com o outro (Sodré; Rocon, 2023).

Estar sensível e ser atuante às nuances das relações interpessoais, como acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia no processo terapêutico são dependentes das tecnologias leves (Merhy, 2014). Caso contrário, acolhimento se transforma em triagem, o vínculo se dá apenas a nível administrativo e os Projetos Terapêuticos se tornam protocolares, mas não singulares (Franco; Merhy, 2012).

As ações derivadas das tecnologias leves são muito percebidas pelos usuários quando avalia sua satisfação com um serviço. Temos, por exemplo, o sentimento de acolhida, escuta reflexiva, ser tratado como pessoa em um contexto, fácil acesso e espaço de fala com o profissional (Subrinho *et al.*, 2023). Esses são fatores essenciais em um serviço de saúde mental em conformidade com os padrões internacionais de

direitos humanos, pois preveem a participação, autonomia, inclusão, recuperação e não discriminação das pessoas (World Health Organization, 2021).

Em uma população estigmatizada, como é comum no consumo de álcool e outras drogas, habilidades de comunicação específicas podem tornar profissionais mais ou menos eficazes no processo de mudança (Miller; Moyers, 2021; Miller; Rollnick, 2023). A EM é sensível a essas e outras nuances, com suas habilidades podendo ser aprendidas e desenvolvidas pelo profissional através da prática (Miller; Rollnick, 2023).

Pelo menos oito habilidades clínicas podem influenciar em ter resultados melhores, dentre elas temos a: empatia precisa, reforço positivo, aceitação, metas compartilhadas, evocação, informar e aconselhar participativos (Miller; Moyers, 2021). A EM internaliza muitas dessas habilidades em seu espírito e tarefas para desenvolver ações centradas na pessoa durante o processo de ajuda (Miller; Rollnick, 2023).

Alguns profissionais podem pensar que nesse processo tudo que precisa ser feito é acompanhar e ouvir com simpatia, enquanto outros acreditam que a melhor maneira de ajudar as pessoas a resolverem seus problemas é contando-lhes o que fazer. Entre esses dois extremos, tem-se o guiar, no qual a EM se estabelece (Miller; Rollnick, 2023).

Aqueles que escolhem ajudar outras pessoas, ironicamente, podem levar o uso excessivo do estilo de dirigir. Mesmo com a melhor das intenções, isso pode levar ao reflexo da correção – ato de consertar as coisas, colocar o outro em um caminho melhor, com base na diretividade.

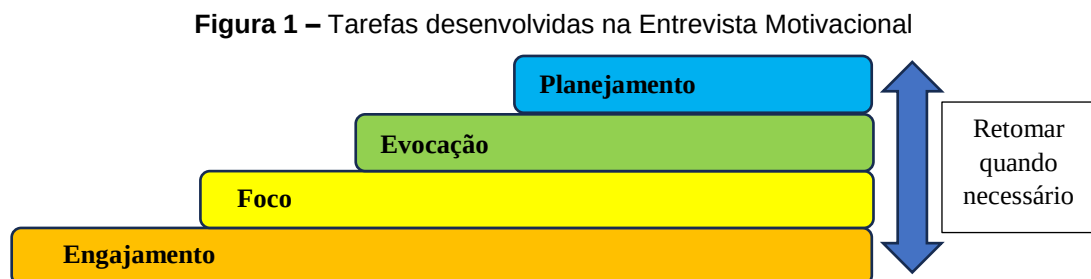
Em especial para pessoas em ambivalência, ou até mesmo para aquelas que a mudança não é vista como importante, basear a relação profissional-usuário no reflexo da correção pode levar a uma sensação de cabo de guerra, em que, quanto mais o profissional argumenta a favor da mudança, o usuário assume e defende o lado oposto (Miller; Rollnick, 2023).

Isso tende a gerar conversa de sustentação de um *status quo* no usuário e discordância entre os envolvidos no consultório, tornando-se barreira à produção do cuidado, pois o profissional tende a assumir uma postura de que aquele é um usuário que não se vê retorno das intervenções desenvolvidas (Miller; Rollnick, 2016;

Subrinho *et al.*, 2018). Assim, cada encontro gera um embate, onde ambos os lados saem exaustos e com a sensação de que nenhum foi vencedor.

Uma comunicação unidirecional não é o caminho proposto na EM. Ela busca evocar conscientemente os próprios desejos, ideias, valores e razões para a mudança do usuário (Miller; Rollnick, 2023), isto é, ajudar as pessoas a se decidirem por mudar.

Para isso, o profissional busca desenvolver, conforme figura 1, as tarefas de: engajamento, foco, evocação e planejamento (Miller; Rollnick, 2023). Embora a evocação seja a característica mais marcante da EM, todas as outras acontecem de uma forma distinta da tradicional, justamente por visualizar um estilo guiado de conversa e centrado na pessoa.



Fonte: elaboração própria, baseado em MILLER; ROLLNICK, 2024

Nesse processo, a tarefa anterior é base para a seguinte, não podendo haver planejamento, sem estar estabelecida as tarefas precedentes. A EM envolve flexibilidade entre esses quatro momentos ao estado imediato do usuário (Miller; Rollnick, 2016).

Para que o fluir dessas tarefas aconteçam, o profissional deve se ater ao domínio e uso de competências básicas de Perguntas abertas, Afirmarções/Reforço Positivo, Escuta reflexiva e Resumo (PARR), buscando uma proporção de 2 reflexões e/ou reforço positivo para cada pergunta aberta (Miller; Moyers, 2021).

A EM não envolve apenas habilidades comunicativas, dado que ela rejeita qualquer possibilidade de manipulação do profissional para com o usuário (Miller; Rollnick, 2023). E, com isso, é necessário ter um espírito subjacente de: Parceria, Aceitação, Compaixão e Empoderamento (PACE) (Miller; Rollnick, 2023).

Com aplicabilidade na mudança de comportamento em temas de diabetes, odontologia, sedentarismo, transtornos alimentares, tabagismo etc., por uma diversidade de categorias de profissionais (Lundahl *et al.*, 2013), é importante lembrar

que, busca-se evocar e fortalecer a própria motivação da pessoa para que, quando se chegue ao resultado pretendido, todos os envolvidos fiquem satisfeitos.

EM não é uma terapia isolada, mas uma forma de fazer outras terapias eficazes de maneira centrada na pessoa. Ela não compete, mas é compatível com outras maneiras de ajudar o outro. Por fim, a prática de EM pode alterar a forma como os usuários respondem e como o profissional se vê participante nesse processo.

A partir das habilidades e dos princípios apresentados, espera-se que a postura do usuário na consulta seja mais tranquila e menos conflituosa e auxilie na mudança de comportamento (Rollnick; Miller; Butler, 2009).

Desenvolver a EM dentro dos serviços da Raps, pode tornar as práticas de cuidado em saúde mais próxima aos ideais defendidos na RPB, além de ser uma ação de baixo custo que, com resultados positivos no comportamento, pode reduzir os impactos econômicos do consumo de álcool no sistema de saúde e de seguridade social.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Devido a existirem divergências na utilização do termo “metodologia” para descrever os materiais e métodos em um trabalho científico, é pertinente fazer uma breve conceituação dos termos aqui utilizados, baseada em alguns pensamentos presentes na literatura.

Método é uma palavra que deriva do latim *methodus* e do grego *methodos* que, etimologicamente, possui o sentido de um modo de fazer algo e um conjunto de regras elencadas pelo pesquisador para se obter dados que o auxiliem nas explicações ou compreensões do objeto (Turato, 2013). Enquanto a metodologia é a doutrina filosófica que abrange o estudo dos princípios, das técnicas e dos métodos de pesquisa (Laville; Dionne, 1999; Turato, 2013).

Essa sessão se atém a descrever os métodos, as técnicas escolhidas para sua operacionalização e os procedimentos utilizados para a execução da técnica.

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de delineamento quantitativo, analítico, clínico, pré-experimental e longitudinal, com três momentos de mensuração das variáveis. A intervenção em estudo é a Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM) e sua efetividade na mudança de comportamento de alcoolistas frente ao consumo de bebidas alcoólicas.

4.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado no Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam), da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Vitória-ES, Brasil. O Hucam é administrado, desde 2013, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

O PAA foi criado em 1985 com uma equipe composta por Assistente Social, Enfermeira e Médica (Cardoso; Vieira; Siqueira, 2018). Dentro do organograma do Hucam, o Programa está no Serviço de Gastroenterologia da Unidade do Sistema Digestivo. Enquanto ao espaço físico, os profissionais desempenham a atenção ao alcoolista no ambulatório 03 do Hucam.

O fluxo de agendamento do PAA foi projetado para otimizar o acesso do usuário ao serviço. Durante o horário de funcionamento do Ambulatório 03, segunda a sexta-feira, das 06:30 às 19h, o usuário tem a opção de se dirigir à recepção e solicitar um agendamento para acompanhamento no PAA. Embora seja recomendado, a apresentação de uma guia de referência não é um requisito obrigatório.

O PAA possui uma atuação voltada a integralidade do cuidado ao alcoolista mediante uma equipe multiprofissional, que foi construída ao decorrer dos anos, sendo reconhecido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) como uma referência no tratamento ambulatorial para a população capixaba no que se refere à dependência de álcool (Siqueira; França; Wandekoken, 2013).

A equipe do Programa que, além das categorias profissionais presentes na fundação, chegou a ser integrada com Psicólogo e acadêmicos de psicologia. Atualmente é composta por Técnicos e auxiliares de enfermagem, Enfermeiro e Médicas, além dos estudantes de graduação das respectivas profissões e residentes médicos em clínica médica, gastroenterologia e hepatologia.

Os atendimentos ocorrem nas segundas, quartas e quintas-feiras, de 13 às 19 horas. A consulta médica e a consulta de enfermagem são algumas das atividades previstas no programa (Siqueira; França; Wandekoken, 2013). Soma-se a isso, o diálogo com as demais especialidades existentes no Hucam para uma atenção mais ampla ao alcoolista. Atividades em grupo eram desenvolvidas no período anterior da pandemia pelos profissionais da equipe, contudo, desde a pandemia, as atividades de grupo, como as Reuniões de Sala de Espera, não vêm sendo desenvolvidas.

A enfermagem vem acompanhando o desenvolvimento técnico-científico no âmbito da saúde, utilizando-se de normas e procedimentos específicos para atender a necessidade do usuário nos diversos âmbitos do seu ciclo vital. Por isso, o Processo de Enfermagem (PE) está em constante construção, inclusive no PAA (Siqueira, 2013).

Ao longo dos anos, foi necessário a aproximação e apropriação de instrumentos metodológicos que nortegassem a prática profissional no campo do alcoolismo. Como, por exemplo, a utilização de taxonomia como NANDA-NOC-NIC ou a construção de

subconjunto terminológico CIPE® para pessoa alcoolista (Macena *et al.*, 2021). E, no caso desse estudo, a aproximação com a Entrevista Motivacional.

É importante lembrar que, as ações para a atenção extrapolam o espaço físico do PAA e abrangem os demais dispositivos da Raps e do Sistema Único de Assistência Social (Suas), tais como: Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD), Caps-ad, Unidade Básica de Saúde (UBS), Grupos de Ajuda Mútua (GAM), Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas).

Esse diálogo também ocorre dentro do âmbito do Hucam através da integração com a enfermaria de Clínica Médica do segundo andar do Hospital, que disponibiliza leitos de internação para aqueles usuários do PAA necessitados de atenção terciária por diversos fatores envolvidos, tais como: Síndrome de Abstinência do Alcool (SAA), Encefalopatia, dentre outros.

No ano de 2023, foram realizados 1.622 atendimentos no PAA, desses 1.232 foram consultas médicas e 390 consultas com o enfermeiro. Esses atendimentos se deram ao gênero masculino e feminino, com idade acima de 18 anos e com local de residência por todo o estado do Espírito Santo.

A escolha do cenário de estudo foi intencional devido ao PAA ser um dispositivo ambulatorial público, porta-aberta, de cuidado ao alcoolista presente no estado do Espírito Santo, Brasil. Com abrangência estadual, o cenário possibilita que uma população significativa se beneficie da intervenção proposta, bem como auxilia na construção de um banco de dados para análise estatística para o alcance dos objetivos propostos.

4.3 PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com usuários do PAA, encaminhados para a Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM), que autorreferiram episódio de consumo de bebida alcoólica dentro dos últimos 30 dias e sem histórico de acompanhamento pelo enfermeiro do serviço.

Os participantes selecionados pelos critérios de inclusão foram: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos; ter autorreferido episódio de consumo de álcool dentro

dos últimos 30 dias; estar em acompanhamento médico no PAA; ter disponibilidade para participar de cinco CEM, no intervalo de 90 dias.

Os critérios de exclusão adotados foram: apresentar visível dificuldade para compreender e se expressar em consequência do consumo de álcool ou de sequelas neurológicas cognitivas autorrelatadas ou registradas em prontuário *online*; doença psiquiátrica grave, como esquizofrenia ou transtorno psicótico; recusa em responder os questionários de acompanhamento; impossibilidade de comparecer em cinco CEM, no intervalo de 90 dias.

Para evitar um viés de aferição, os participantes com internação em curso, após o início da pesquisa, não tiveram seus dados incluídos para análise, pois o padrão de consumo pode ter sido influenciado primordialmente pelo evento de internação do que pela oferta da CEM, por estarem em um ambiente recluso e protegido do consumo de álcool.

Aos potenciais participantes com sinais e sintomas de intoxicação aguda acentuada ou abstinência grave, para garantir a segurança clínica e a compreensão das informações apresentadas no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), foi reservado o direito de participar do estudo, em outro momento, com a estabilização do quadro clínico agudo.

Durante o período de 02 de fevereiro de 2023 até 31 de dezembro de 2023, todos os usuários que respeitassem os critérios de inclusão e exclusão, encaminhados pela medicina, constituíram a população do estudo e tiveram a oportunidade da oferta de CEM.

Um total de 55 pessoas foram encaminhadas para a primeira CEM. No entanto, após a aplicação dos critérios de exclusão e três tentativas de reagendamento por meio de ligação telefônica ou mensagem via *Whatsapp*, para aqueles que não compareceram à primeira CEM, foi alcançado um número de 38 participantes que iniciaram o acompanhamento.

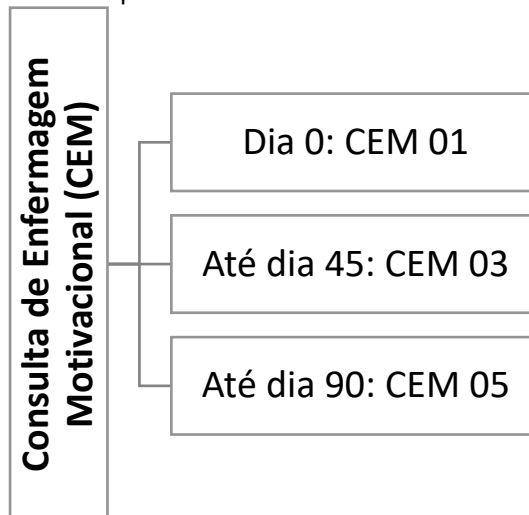
Para o auxílio na coleta de dados e agendamento de consulta dos participantes, foi utilizado o Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários – Versão 10 (AGHUX®),

sistema de gestão hospitalar com foco no usuário, adotado como padrão para todos os Hospitais Universitários Federais da rede Ebserh.

4.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM MOTIVACIONAL

Aos usuários aptos e que aceitaram participar do estudo, foram ofertadas cinco CEM, dentro dos 90 dias. Buscando seguir a distribuição no tempo conforme a figura 2.

Figura 2 – Frequência de oferta da CEM com alcoolistas



Fonte: elaboração do autor (2023)

Houve o acesso ao Protocolo Assistencial de Consulta de Enfermagem ao Alcoolista, vigente no PAA-HUCAM-UFES para o pesquisador integrar a EM no Processo de Enfermagem voltado ao alcoolista, por meio de uma revisão integrativa da literatura, dos livros de EM da terceira e quarta edição, e do conhecimento adquirido em cursos de capacitação sobre EM e reuniões científicas com o Cepadi. O processo resultou na criação da CEM.

As CEM tiveram como referencial teórico-metodológico a Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas (NHB), a taxonomia NANDA *International*, Inc (NANDA-I), com seus respectivos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, e a EM com suas quatro tarefas, espírito e competências básicas (Butcher et al., 2022; Marques; Moreira; Nóbrega, 2008; Moorhead et al., 2020; Nanda *International*, 2021).

As CEM ocorreram nas segundas e quintas-feiras, turno vespertino, com duração entre 40 e 60 minutos. O usuário teve acesso ao enfermeiro por meio de encaminhamento por profissional médico da equipe do PAA. Sendo o atendimento por

demanda espontânea, nos casos de vagas existentes no dia ou com agendamento para data futura na recepção. Apresentamos a seguir o protocolo de intervenção, iniciando pelo Quadro 2.

Quadro 2 – Momentos e ações da Consulta de Enfermagem Motivacional

Momento	Ação
Início	Enfermeiro se dirigiu até a recepção e chamou o usuário pelo nome completo, cumprimentando e o acompanhando até o consultório. Dentro do consultório, o enfermeiro sempre iniciava a conversa agradecendo a presença do usuário naquela consulta e realizando a pergunta aberta “Como você tem passado?” ou outra pergunta aberta que apresente o mesmo objetivo de dar local de fala ao usuário. Também era explicado sobre como aconteceria as CEM quanto a duração, reagendamentos etc. Para consultas de seguimento, era apresentado o resumo motivacional da CEM anterior.
Tarefa do processo de mudança	Por meio de PARR, o profissional buscou identificar qual tarefa do processo de mudança deveria ser desenvolvida ou retomada com usuário para reduzir seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas. As quatro tarefas se constituíram em: Engajamento, Foco, Evocação e Planejamento. Os indicadores de cada tarefa que foram observados pelo enfermeiro estão detalhados no Quadro 3.
DARN-CATs	Buscou-se promover conversas que favorecessem a mudança com objetivo de evocar Desejo, Habilidade, Razões, Necessidade (DARN) e Compromisso, Ativação e Tomada de passos (CATs). O diálogo buscou sempre o uso do PARR. Quando necessário, informar e aconselhar, com consentimento, utilizou-se a estratégia de POP.
Encerramento	Ao final da CEM, o enfermeiro realizou um resumo pró-mudança dos principais pontos abordados na Consulta. Nos casos adequados, o enfermeiro ofertou um menu de opções com, pelo menos, duas atividades ou compromisso, a serem escolhidas e desempenhadas pelo usuário em domicílio, até a próxima consulta. A próxima CEM foi definida em uma data de comum acordo entre enfermeiro-usuário.

Nota: PARR – Perguntas abertas, Afirmação/Reforço positivo, Reflexão, Resumo. POP – Perguntar, Oferecer informação, Pedir *feedback*.

Fonte: elaboração própria (2022/2023).

O enfermeiro e o usuário seguiam para um ambiente climatizado, amigável e com privacidade. Apesar do espaço possibilitar que ambos estivessem frente a frente, optou-se por posicionar as cadeiras de forma desalinhada, tornando assim, fácil para o usuário estabelecer contato visual e quebrá-lo confortavelmente quando achasse necessário, sem precisar dirigir seu olhar para baixo.

As CEM tiveram a prioridade para acontecer sem acompanhantes, porém, quando a pedido do usuário ou por julgamento do profissional, foi concedido ou pedido permissão para incluir uma pessoa significativa dentro do consultório, uma vez que, a presença de uma pessoa significativa pode ser produtiva na facilitação do engajamento e na abordagem da ambivalência (Miller; Rollnick, 2023).

Nesses casos, o profissional buscou gerir a interação da sessão para que a terceira pessoa não estimulasse conversa de sustentação, com o estabelecimento de regras básicas, como: não criticar e foco na mudança positiva.

Tendo em mente as tarefas previstas no processo de mudança, o enfermeiro buscou esclarecer as questões sobre cada tarefa para se avançar à próxima, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – As tarefas do processo de mudança dentro da CEM

Tarefa	Questões a serem esclarecidas
Engajamento	De que forma o usuário está confortável quando fala comigo? De que forma estou apoiando e ajudando? Compreendo a perspectiva e as preocupações do usuário? De que forma me sinto confortável nessa conversa? Parece ser uma conversa colaborativa e com parceria?
Foco	Qual o real objetivo de mudança o usuário possui? Eu tenho expectativas de mudanças diferentes das dele? Estamos trabalhando juntos para um mesmo objetivo? Estamos avançando em uma mesma direção ou em direções diferentes? Sei claramente para onde vamos? A relação enfermeiro-usuário se apresenta como uma dança ou uma luta?
Evocação	Quais as razões do usuário para reduzir o consumo de álcool? A sustentação é mais uma questão de confiança ou importância? Qual conversa de mudança estou escutando? (DARN-CATs) Estou indo muito longe ou muito rápido em determinada direção? O reflexo da correção me faz ser o único a defender a mudança de comportamento?
Planejamento	Qual seria o próximo passo para a mudança? O que ajudaria ao usuário avançar? Busco evocar e não somente de prescrever um plano? Ofereço aconselhamento e informações, com a devida permissão?

Fonte: Elaboração do autor com base em “Algumas questões sobre cada Processo de EM” (2022) (Miller; Rollnick, 2016, p. 50).

As perguntas do quadro acima são ponderações que o enfermeiro colocou a si próprio sobre o processo de ajuda para refletir sua experiência interna e se seu estilo de conversa com o usuário estava sendo colaborativo, guiado e direcionado. Elas foram

utilizadas para nortear o enfermeiro a manter o Processo de Enfermagem integrado à EM durante as cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 – As etapas da Consulta de Enfermagem Motivacional

Etapas	Ação guiada pela Entrevista Motivacional
Avaliação de Enfermagem	Obter informações sobre a pessoa, família, seu contexto e suas respostas dentro do processo de saúde-doença, por meio de um espaço de diálogo utilizando, prioritariamente, Perguntas abertas, Afirmações/Reforço Positivo, Reflexões e Resumos (PARR). Sempre atento para não colocar em risco o engajamento e para favorecer a delimitação do foco.
Diagnóstico de Enfermagem	Interpretar as informações coletadas, identificando os problemas e necessidades do usuário para formulação dos diagnósticos de enfermagem, com base na taxonomia NANDA-I, que abrangessem o foco e a ambivalência que será abordada no processo de mudança.
Planejamento de Enfermagem	Definir os resultados que se espera alcançar e as intervenções de enfermagem que serão realizadas, utilizando a taxonomia NANDA-NOC-NIC, para responder à ambivalência, fortalecer falas de mudanças e estruturar a execução de um plano de mudanças, respeitando os princípios da Parceria, Aceitação, Compaixão e Empoderamento (PACE) para que o usuário fale mais do “se”, “porquê” e “como” mudar.
Implementação de Enfermagem	Executar as intervenções de enfermagem definidas na etapa de planejamento, sempre na busca de acessar a prontidão para a mudança quando envolver uma ação a ser desenvolvida pelo usuário. Nos casos de aconselhamento e informações, sempre pedir permissão antes e seguir com a estratégia de Perguntar-Oferecer Informação-Pedir <i>feedback</i> (POP).
Evolução de Enfermagem	Avaliar, de forma deliberativa, sistemática e contínua, por meio da NOC, e outros parâmetros como DARN-CATs e régua de prontidão, as mudanças de comportamento do usuário frente às intervenções de enfermagem, ajustes necessários e retorno do usuário sobre o cuidado recebido, para gerar ajustes necessários ao planejamento.

Fonte: Elaboração do próprio autor com base nas etapas previstas na Resolução Cofen 358/2009 e 736/2024 (Conselho Federal de Enfermagem 2009; 2024)

Com isso, foi mantida a distribuição do Processo de Enfermagem original de cinco etapas (Conselho Federal de Enfermagem, 2009), porém com seu núcleo pautado nas quatro tarefas do processo de mudança e tomada de decisão e envolvida pelo espírito da EM, com a que a etapa de planejamento envolva intervenções que promovam ao usuário espaço de fala sobre o “porquê” e “como” mudar.

A maneira utilizada pelo enfermeiro para identificar e monitorar a ambivalência, quanto a reduzir o consumo de álcool, foi por meio da observação e promoção de conversa preparadora de mudança (DARN) e conversa mobilizadora de mudança (CATs), com perguntas ou discursos que se aproximassem dos modelos apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Conversas mobilizadoras e preparadoras de mudança na CEM

Sigla	Significado	Pergunta	Conversa
D	Desejo	Como gostaria que as coisas mudassem? Fale-me o que não gosta das coisas como estão agora na sua vida?	Eu quero... Desejo me sentir...
A	Habilidade	O que pensa que seria capaz de mudar? Como está confiante de que poderia mudar, se decidisse?	Eu posso... Eu sou capaz de... Eu poderia...
R	Razões	Qual o lado negativo da forma como as coisas estão agora? Quais seriam as três melhores razões para _____?	Quero continuar a viver, para ver meus netos. Poderia dormir melhor à noite.
N	Necessidade	O que pensa que tem de mudar? De que forma é importante para você que _____?	Eu preciso de... Não posso continuar assim. Eu tenho que...
C	Compromisso	O que você vai fazer? O que você garante de fazer?	Eu vou... Eu garanto... Eu pretendo...
A	Ativação/Disposição	O que está pronto para fazer? O que está disposto a fazer?	Estou pronto para... Estou com vontade de...
Ts	Tomada de passos	O que você já fez? O que você já conquistou?	Fui a uma reunião de grupo de ajuda. Comecei a cuidar do meu jardim Saí com meus filhos para a praça nesse final de semana.

Fonte: Elaboração do autor com base em Miller; Rollnick, 2023; Miller; Rollnick, 2016.

A CEM foi realizada por um enfermeiro atuante no PAA-HUCAM-UFES, após dois cursos (ANEXO A e B) de EM, ofertadas por uma Enfermeira (60 horas) e uma Psicóloga (45 horas), ambas credenciadas pelo *Motivational Interviewing Network of Trainers* (MINT) e com publicações de literatura científica nacional e internacional sobre EM.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou em fevereiro de 2023, após a construção do protocolo de intervenção, aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hucam e treinamento da equipe de pesquisa e integração com os membros da equipe de enfermagem, médica e recepção do PAA-HUCAM-UFES. A equipe se constituiu de um doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), uma mestrande do PPGSC e dois graduandos da área da saúde, além do suporte dos pesquisadores membros do Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas: interconexões (Cepadi).

4.6 MONITORAMENTO

A intervenção em estudo é a CEM e sua efetividade na mudança de comportamento de alcoolistas. Para isso, foi realizado um acompanhamento dos usuários atendidos no PAA submetidos à CEM, com a monitorização.

4.6.1 Instrumento pré-questionário

Com o objetivo de garantir a capacidade de responder o questionário e assinatura do TCLE, mitigando riscos ao participante, foi utilizado o *Clinical Withdrawal Assessment Revised* (CIWA-Ar) (ANEXO C).

Essa escala avalia a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e, com isso, para reduzir a morbidade e a mortalidade. Ela mede dez sintomas e escores de 0 a 9 indicam SAA leve; de 10 a 18, moderada; e maiores que 18, grave (Diehl; Cordeiro; Laranjeira, 2018). Quando o usuário apresenta SAA grave, é indicada a internação em hospital geral ou especializado para monitorização e tratamento medicamentoso (Diehl; Cordeiro; Laranjeira, 2018).

Devido a isso, casos de SAA Grave, a aplicação do questionário de pesquisa ou a assinatura do TCLE não foram realizados, sendo prioridade a estabilização do quadro. Em um outro momento, o usuário foi novamente convidado para assinatura do TCLE ou responder ao questionário de pesquisa.

Após descartada a presença de SAA grave, a equipe de pesquisa deu seguimento a coleta de dados com a assinatura do TCLE e aplicação do questionário de pesquisa.

4.6.2 Questionário de pesquisa

A coleta de dados ocorreu com a aplicação de um questionário contendo um inquérito biossocioeconômico e demográfico (APÊNDICE B), três instrumentos traduzidos e validados para o Brasil e duas adaptações de instrumentos padronizados no cenário internacional. Para uma maior versatilidade na aplicação e facilitar a construção e tabulação do banco de dados, o questionário foi exportado para o *Google® Forms*. A seguir é apresentada uma breve descrição de cada instrumento utilizado no questionário do estudo.

1. Questões socioeconômico-demográfico (APÊNDICE B): teve como base as questões já utilizadas em estudos anteriores do Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas: interconexões (Cepadi). Variáveis como gênero,

idade, residência, situação conjugal, composição familiar, renda individual e familiar, escolaridade individual e familiar, meios de transporte e relacionamento religioso. Algumas das questões dessa sessão foram reaplicadas em dois momentos distintos para observar alterações em uma possível mudança no padrão de consumo, a medida em que a CEM não se limita a beber ou não beber, mas que a pessoa retorne suas atividades de vida diária, afinal, não podemos ver o indivíduo restrito apenas ao consumo de bebidas alcoólicas.

2. Questões sobre condições de saúde (APÊNDICE B): destinado a identificar a existência de hábitos de atividade física, histórico do consumo de álcool, consumo de outras drogas na vida e nos últimos 30 dias, histórico de acompanhamento no PAA, bem como o autorrelato de problemas de saúde de conhecimento do usuário.
3. Padrão de consumo (APÊNDICE C): adaptação do *Quick Drinking Assessment Interview* (FORM-90-AQ) para mensurar o padrão de consumo e variáveis relacionadas ao fornecer a quantidade de álcool ingerida em um específico espaço de tempo (MILLER, 1996). Foi avaliada a frequência de consumo, não importando a dosagem, em 7, 15 e 30 dias, bem como, o consumo igual ou maior do que seis doses-padrão, em uma mesma ocasião, no mesmo intervalo de tempo. Para auxiliar o entendimento dos participantes sobre dose-padrão, a equipe de pesquisa utilizou identificações visuais lúdicas, feitas em EVA, de garrafas, copos e latas mais comumente consumidas pela população estudada e equivalência de dose-padrão sugerida pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) (Méndez, 1999; Micheli *et al.*, 2018)
4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (ANEXO D): em inglês conhecida como *Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form* (DASS-21), é uma escala de autorrelato, com três subescalas (depressão, ansiedade e estresse), tipo *Likert*, traduzida e validada no Brasil. A escala é baseada no modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. Uma primeira, (a) definida pela presença de afeto negativo, como humor deprimido, insônia, desconforto e irritabilidade, que são sintomas inespecíficos e estão incluídos tanto na depressão como na ansiedade; a segunda engloba (b) fatores que constituem estruturas que representam sintomas específicos para depressão (anedonia, ausência de

- afeto positivo); por fim, a última estrutura refere-se aos (c) sintomas específicos de ansiedade (tensão somática e hiperatividade) (Lovibond; Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro; Honrado; Leal, 2004; Vignola; Tucci, 2014).
5. *Short Alcohol Dependence Data* (SADD) (ANEXO E): é um instrumento, auto-aplicado, para avaliar a gravidade da síndrome de dependência de álcool. É composto por 15 perguntas sobre o consumo de álcool e suas consequências. As respostas variam de “nunca”, “poucas vezes”, “muitas vezes” e “sempre”, assumindo valores de zero a três e o escore de: 1-9 pontos (leve), 10-19 (moderada) e 20-45 (grave) (Rosa-Oliveira *et al.*, 2010). No caso desse estudo, ele foi aplicado pela equipe de pesquisa.
 6. Escala de Mudança Percebida (ANEXO F): é uma escala que avalia os resultados do tratamento em serviços de saúde mental na percepção dos próprios usuários em suas diversas dimensões de vida. Sua versão original “*Questionnaire of Perceived Changes*” foi elaborada no Canadá e possui 20 itens, sendo atualmente denominada “*Perceived Improvement Questionnaire*”. Um dos itens é de percepção global, enquanto os demais avaliam a percepção dos usuários sobre mudanças em três domínios de sua vida: *Self* e Relacionamentos, Saúde Física e Condições de Vida. A versão brasileira possui 19 itens, as respostas são dispostas em uma escala do tipo *Linkert* de três pontos: 1. Pior do que antes, 2. Sem mudança, 3. Melhor do que antes. A escala é aplicada no modelo de entrevista, em que a pergunta é lida e as respostas são anotadas pelo entrevistador (Bandeira *et al.*, 2011).
 7. Régua de prontidão para mudança (APÊNDICE D): foi elaborado uma escala visual analógica de 1-10 quanto à importância, confiança e prontidão de reduzir seu padrão de consumo de álcool. Essas três dimensões podem ter valor preditivo para futuras mudanças de comportamento e são frequentemente consideradas metas intermediárias no caminho para alcançar reduções no consumo (Gaume *et al.*, 2013; Hesse, 2006; Miller; Rollnick, 2016). Essa régua também foi utilizada em ambiente clínico da CEM em situações oportunas, como na tarefa de evocação ou pregressa ao planejamento.

A aplicação do questionário foi realizada por pesquisadores do Cepadi treinados. Nenhum questionário foi aplicado pelo profissional que ofereceu a CEM. Os momentos em que o usuário foi convidado a participar da pesquisa e preencher os

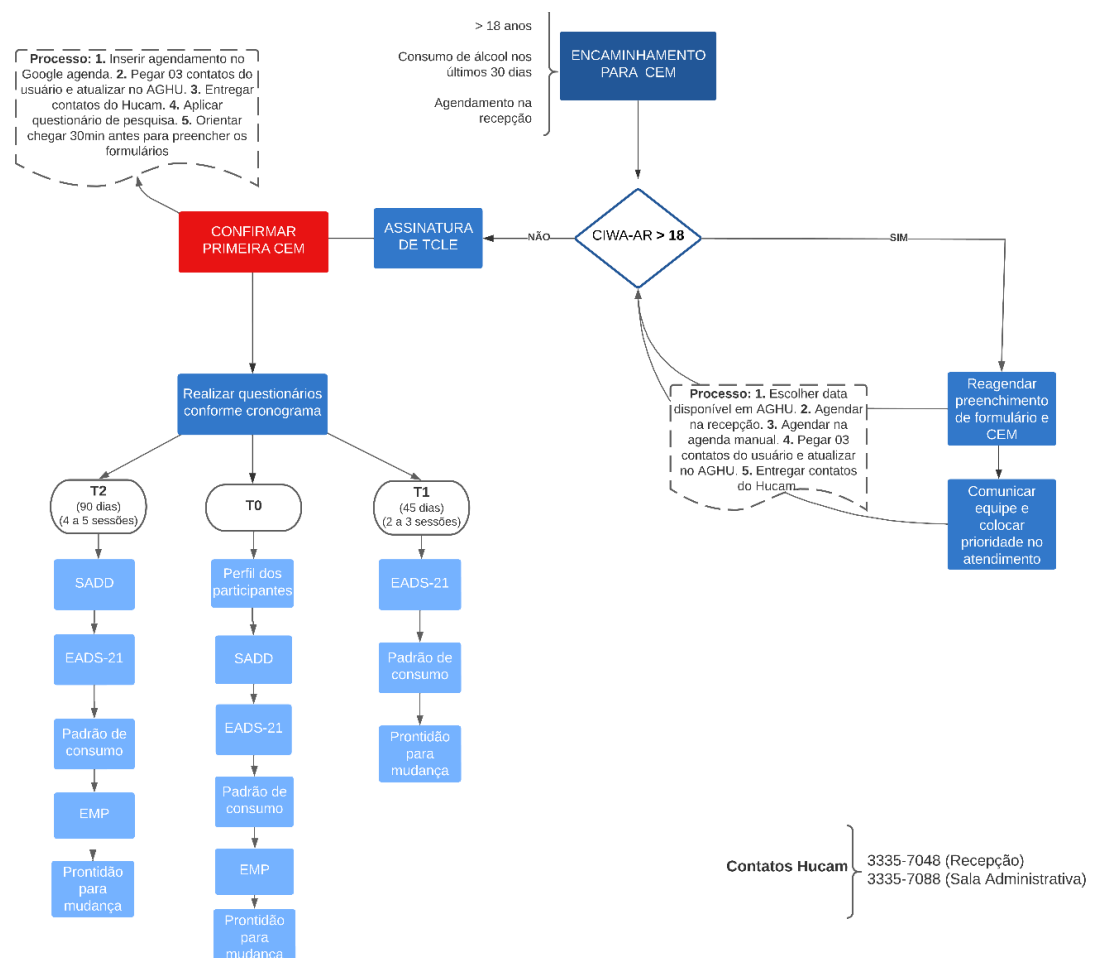
instrumentos foi de 30-60 minutos, antes do início dos atendimentos. Esse processo ocorreu em uma sala designada especificamente para a aplicação do questionário, garantindo privacidade e continuidade.

4.6.3 Protocolo de pesquisa

Os usuários elegíveis e encaminhados pela equipe médica foram convidados a participarem da pesquisa, na data agendada para a primeira CEM. Aqueles que concordaram, e não possuíam sinais SAA grave que prejudicassem sua orientação no tempo e espaço, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Conforme Figura 3, observamos que o estudo contou com três momentos de aplicação do questionário de pesquisa, a saber: T0 (antes da primeira CEM), T1 (no dia da terceira CEM) e T2 (após quatro ou cinco CEM). Sempre buscando uma uniformidade entre duas e três CEM nos primeiros 45 dias após a primeira Consulta e de quatro a cinco CEM no intervalo de 90 dias de seguimento do primeiro encontro.

Figura 3 – Fluxograma da pesquisa

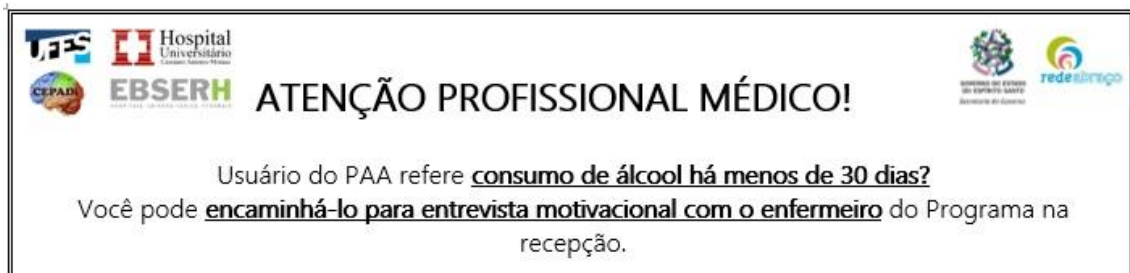


Fonte: Elaboração própria (2022)

A margem para flexibilização se deu para garantir uma uniformidade no espaço temporal da oferta da intervenção, bem como, abranger os imprevistos da rotina de serviço e os desafios característico da população estudada que envolve transporte sanitário municipal, vulnerabilidade econômica e social, dentre outros que podem interferir para mais ou para menos a sua frequência no serviço. No geral, todos os participantes que responderam ao T2 conseguiram participar de cinco CEM no intervalo de 90 dias.

Para promover uma melhor interação com os profissionais do serviço, a equipe de pesquisa elaborou lembretes (Figura 04) para serem fixados nos computadores do PAA e nos prontuários de possíveis participantes elegíveis. Em adição, foi feita uma aproximação com a equipe da recepção e regulação para criação de grade de agendamento específica para os participantes do estudo, facilitando assim o levantamento dos dados para a tabulação, via AGHUX®.

Figura 4 - Lembrete sobre encaminhamento para CEM



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Foi solicitado a permissão aos participantes para gravar as CEM. Algumas CEM gravadas foram selecionadas, de forma aleatória, para ser realizada a aplicação do *Motivational Interviewing Treatment Integrity 4.2.1* (MITI) (figura 05) por um enfermeiro e psicólogo com experiência em Entrevista Motivacional. Essa ação se destinou a garantir a integridade da CEM com os princípios da EM.

Figura 5 - Competência Provisional e Limiares de Proficiência pelo *Motivational Interviewing Treatment Integrity* (MITI)

Indicador	Cálculo	Competência básica	Proeficiência	Avaliação
Classificações globais	Classificações em escalas de 1-5	3,5 média	4,0 média	
% reflexões complexas	Número de reflexões complexas dividido por total de reflexões (simples + complexas)	≥ 40%	≥ 50%	
% perguntas abertas	Número de perguntas abertas dividido por total de perguntas (abertas + fechadas)	≥ 50%	≥ 70%	
Rácio reflexão - pergunta	Número de reflexões dividido por número de perguntas	≥ 1,0	≥ 2,0	
% consistência com EM	Número de respostas consistentes com EM, dividido pelo número de consistentes com EM e não consistentes com EM	≥ 90%	≥ 98%	

Fonte: Elaborado pelo autor (2023) com base em Miller; Rollnick, 2016, p. 443.

Para garantir uma maior agilidade e acessibilidade dentro e fora do ambiente do Hucam, foi utilizado o *Google®* Agenda como ferramenta paralela ao AGHUX® para monitoramento do número de CEM atual, qual horário agendado, telefone de contato do participante, familiares e pessoa de confiança. O *Google®* Agenda foi sempre sincronizado com o AGHUX®, em situações oportunas.

Todos os agendamentos tiveram um contato prévio de dois a três dias anteriores a data definida da CEM, por mensagem via *WhatsApp®* ou ligação telefônica, para confirmar a presença do usuário na consulta. Caso ele informasse que não poderia comparecer no dia, a equipe de pesquisa, prontamente, realizava o reagendamento para a data mais próxima.

Para aqueles que faltassem às consultas, era realizado contato posterior para agendamento de nova data. Caso o participante faltasse três CEM seguidas, era considerado como descontinuidade do acompanhamento. Se porventura o participante retornasse o contato ou reagendasse a consulta na recepção, poderia ser reintegrado no acompanhamento do estudo, respeitando sempre a data-limite de 90 dias desde a primeira CEM.

Esta estrutura permitiu a flexibilidade necessária para acomodar as circunstâncias individuais dos participantes, ao mesmo tempo que manteve a integridade do protocolo do estudo.

4.7 DESFECHOS

4.7.1 Primário

Redução do número de dias e de dose-padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelos usuários do serviço.

4.7.2 Secundário

Redução de sintomas ansiosos, depressivos e de estresse acompanhado da redução do nível de dependência e do aumento da pontuação de prontidão para mudança, culminando no aumento da mudança percebida.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados foram tabulados no programa *Microsoft® Excel®*, versão 2401, e todas as rotinas foram executadas no pacote estatístico *Stata (Stat Corp®)*. Fez-se uso da estatística descritiva e inferencial. Para a descrição das variáveis categorias foi adotado a frequência relativa e absoluta, enquanto para as contínuas a média e o desvio padrão.

A análise descritiva dos dados teve como objetivo sintetizar e caracterizar o comportamento e evolução das variáveis e traçar os perfis dos participantes. Foi elaborada uma tabela de frequência absoluta (N) e percentual (%) das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão (média, mediana, desvio padrão e valores mínimos e máximos) para as variáveis contínuas.

A análise inferencial dos dados teve como objetivo avaliar a significância estatística no tamanho do efeito dos resultados, da evolução dos participantes e entre medidas repetidas em avaliações distintas.

Para validar a efetividade das CEM, foi empregado um teste t pareado para analisar a variação na média do padrão de consumo e nos constructos avaliados (i.e, EADS-21, SADD, EMP e 'Prontidão para mudança') em diferentes intervalos de tempo (T0, T1 e T2). A representação dos resultados foi realizada através da diferença das médias (tamanho do efeito) com o respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo é um subprojeto do projeto guarda-chuva intitulado *Atenção a Usuários de Álcool, Tabaco e outras Drogas num Hospital Universitário: tecendo a rede do*

cuidar, aprovado sob parecer nº 5.558.775 e CAAE: 06800219.8.0000.5071 (ANEXO G).

Foi atendido os dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos. A aplicação do questionário e do CIWA-ar foram precedidas pela apresentação pessoal/profissional, finalidade do estudo e convite para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

O TCLE foi elaborado com uma linguagem clara e objetiva, de modo a esclarecer como a pesquisa será realizada, sua justificativa, o objetivo proposto, os possíveis benefícios, finalidade, o direito de recusa em participar ou de se retirar do estudo a qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes.

Para melhor entendimento, o TCLE foi lido para aqueles participantes que assim solicitaram. Durante a explicação foi assegurado aos participantes: o direito de recusa a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento; a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos participantes. As informações fornecidas por eles permanecerão confidenciais e o anonimato dos participantes será mantido mediante o uso de codinomes, quando necessário.

4.10 FINANCIAMENTO

Esse estudo contou com o apoio financeiro do Governo do Estado do Espírito Santo (ANEXO H), por meio da Subsecretaria de Estado de Políticas sobre Drogas (SESD) e da Rede Abraço. O processo aconteceu mediante o Edital nº 01/2022 de seleção de projetos de boas práticas em prevenção ao uso de drogas e em cuidado e tratamento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas no Espírito Santo.

O projeto foi contemplado em primeiro lugar, com nota de 92 pontos no eixo III - Cuidado e tratamento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas. Com prazo de 12 meses, foi estruturado e ofertado boas práticas baseadas na EM e promovido replicação por meio de estudantes de graduação da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Faculdade Multivix e Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam).

Outra fonte de financiamento adveio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (Fapes), por meio do Edital nº 06/2022 de visita técnico-científica em 2022 ao Serviço de Adição em Enfermagem (SEA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (ANEXO I).

A visita não se restringiu apenas ao SEA, mas buscou vivenciar as experiências em toda a Unidade de Adição do HCPA, bem como na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase na Atenção Integral ao Usuário de Drogas (Rims).

5 RESULTADOS

Os resultados da tese foram apresentados em quatro artigos científicos a seguir, formatado conforme as diretrizes para submissão nos periódicos escolhidos para publicação. Assim, para atender ao propósito da tese, apresentamos os objetivos e títulos de cada manuscrito e sua breve descrição (Quadro 6) e apresentação do texto produzido, segundo as normas de cada periódico.

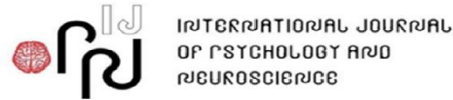
Quadro 6 – Compilado das produções científicas originadas pela tese Tabela 1

Título	Objetivo	Contribuição	Periódico	Situação
<i>Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review</i>	Avaliar quais fatores são evidenciados pelos usuários na satisfação com os serviços de saúde mental.	Proveu elementos que são cruciais na satisfação do usuário para serem abrangidos dentro da intervenção proposta para reduzir o absenteísmo e aumentar a satisfação dos participantes do estudo.	<i>International Journal of Psychology and Neuroscience</i>	Aprovado e publicado em 2023
Entrevista motivacional no cuidado com usuário de álcool: revisão integrativa	Identificar as evidências sobre o uso da Entrevista Motivacional com usuários de álcool no desenvolvimento do cuidado.	Resultou no levantamento das diversas maneiras de desenvolver e integrar a EM, dentro de um processo de tratamento. Proveu informações para delimitar duração das CEM, frequência, quantidade ofertada e método de aplicação.	Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia	Em avaliação pela revista
Implementação da consulta de enfermagem motivacional com alcoolistas: um relato de experiência	Descrever a experiência de implementação da Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM) com alcoolistas em um serviço ambulatorial especializado de um Hospital Universitário.	Detalhar o processo de construção e aplicação da CEM para possíveis replicações no âmbito da enfermagem ou adaptação em outras áreas da saúde.	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (Recom)	Será submetido à Recom, após considerações da banca de defesa da tese.
Consulta de Enfermagem Motivacional com alcoolistas na mudança de comportamento: estudo longitudinal	Analisar a efetividade da Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM) na mudança de comportamento de alcoolistas em um Programa especializado de atenção ambulatorial de um hospital universitário.	Apresentou os resultados destinados a responder o objetivo geral da tese, ao apresentar a efetividade da CEM nos participantes do estudo.	Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)	Será submetido à RLAE após considerações da banca de defesa da tese.

Fonte: Elaboração própria (2024)

5.1 ARTIGO 1: EVALUATION OF USERS' SATISFACTION WITH MENTAL HEALTH SERVICES: A SYSTEMATIC REVIEW

Artigo publicado no *International Journal of Psychology and Neuroscience* disponível no link: <<https://doi.org/10.56769/ijpn09204>>. Certificado de tradução no ANEXO J.



Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review

Lucas Queiroz Subrinho¹, Elizangela Sant'Anna da Silva², Flavia Fonseca Venâncio³, Fabiana Goring Xavier⁴, Marcos Vinicius Ferreira dos Santos⁵, Marluce Mechelli de Siqueira⁵

1. Doctoral student at Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Researcher at Centro de Estudos e Pesquisa sobre Alcool e outras Drogas (CEPADi-UFES). Vitória, Espírito Santo, Brazil. Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória-ES – Cepadi-CCS. Campus Universitário de Maruípe. CEP 29040-090.
2. Master student at Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Vitória, Espírito Santo, Brazil.
3. Nursing undergraduate student at Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes); Researcher at CEPADI-UFES. Vila Velha, Espírito Santo, Brazil.
4. Professor at Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Researcher at CEPADI-UFES and Coordinator at Núcleo de Investigação sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NIPICS), Vitória, Espírito Santo, Brazil.
5. Professor at Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Coordinator at CEPADI-UFES. Vitória, Espírito Santo, Brazil.

Corresponding Author: Lucas Queiroz Subrinho

E-Mail Address: lucas.q.subrinho@gmail.com

Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>

Abstract

Background: The idea of satisfaction as an indicator of quality of care has been expanding in Mental Health, since users have a unique perspective on services and the high satisfaction may be linked to greater treatment adherence and success, while the opposite may increase the user's chance of abandoning the service. **Objective:** To evaluate which factors are evidenced by users in satisfaction with mental health services. This objective was developed to answer the following question: What factors are evidenced by users in satisfaction with mental health services? **Method:** A Systematic literature review was conducted by means of the databases PubMed, Scopus, Embase, SciELO, Web of Science, LILACS, Science Direct. The articles selected were evaluated for the level of evidence and quality of the studies. The selection of studies was performed by two reviewers' independence from each other, with the application of the criteria established in the protocol. In cases of disagreement, a third reviewer was consulted to make a final decision. After the search process and the selection of publications, the final sample consisted of 15 articles. **Results:** The studies demonstrated that users were satisfied with the healthcare in mental health services and the evidences were categorized into: interpersonal relationships, treatment strategies and organization of mental health services. The points for a greater degree of satisfaction were the comprehensive approach with effective communication between the professional-user, the ease of access to information, respect for autonomy, the co-participation of users in therapeutic planning, the active inclusion of family members and caregivers in the care process, the provision of a physical structure that provides comfort, privacy, as well as the development of outside activities. **Conclusion:** Due to the dynamic nature of the evaluation process, the search for user satisfaction should be ongoing and encompass process that beyond health professionals' assistance, but also involve treatment strategies and organization of the service.

Keywords: Patient satisfaction, Mental health services, Health evaluation.

REVIEW

Subrinho, L. Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



Introduction

Common to the business sphere, the notion of satisfaction as an indicator of quality of care has been expanding in the areas of health (Cleary & McNeil, 1988). This trend holds true within the realm of mental health as well. Assessment surveys aimed at gauging satisfaction are being employed in the pursuit of alternatives to the historically employed practices in mental hospitals and psychiatric facilities practices that often infringed upon the human rights of individuals grappling with mental disorders or those employing substances such as cocaine, alcohol, and other drugs (Kantorski & Andrade, 2017; Mezza & Torrenté, 2020).

Evidence indicates some relation between user satisfaction and quality in healthcare, since users have a unique perspective on services when they are influenced by all the instances (Más et al., 2016). Moreover, studies show that high satisfaction may be linked to greater treatment adherence and success, while the opposite may increase the user's chance of abandoning the service (Müller et al., 2020; Woodward et al., 2017).

Satisfaction is also seen as an exercise of citizenship and empowerment for user (Bandeira et al., 2009). This becomes particularly significant when such insights are embraced by institutions to steer new strategies or enhancements, ensuring that users attain the anticipated benefits in response to their demands, expectations, and healthcare requirements (Coimbra et al., 2011).

The emphasis on the development of a robust conceptual foundation and a consistent measurement instrument for consumer satisfaction has resulted in an abundance of surveys and studies concentrating on user experience (Bleich, 2009). Nevertheless, the variety of methodologies employed to assess user satisfaction in mental health services may

pose a challenge for professionals, managers, or researchers seeking to access aspects that elicit higher or lower degrees of satisfaction among users in an organized and centralized manner.

In this context, presenting the factors of greatest and least satisfaction for users in a post-legislation reality of strengthening human rights and user autonomy in mental health, the construction of a review can assist professionals, managers, and researchers interested in structuring and guiding the mental health services. This is particularly relevant for those realities seeking to implement or enhance a care logic that replaces services infringing on human rights and user autonomy in their treatment process.

Understanding the factors evidenced by users that affect their satisfaction is essential to develop care practices that meet the users' criteria of satisfaction of mental health services. Thus, this study aimed to evaluate which factors are evidenced by users in satisfaction with mental health services.

Therefore, a systematic review with this objective would provide a comprehensive synthesis of the existing literature. This would not only help to overcome the methodological diversity but also offer valuable insights into user satisfaction. Such a review could potentially identify common themes and patterns, highlight gaps in the current understanding, and guide future research and practice in mental health services.

Methods

This is a systematic review with narrative synthesis about the factors evidenced by users in satisfaction with mental health services. As published in the literature, the systematic review is considered high-quality evidence on a certain research issue (Donato & Donato, 2019).

REVIEW

Subrinho, L., Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



This review was conducted in accordance with the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions and with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Higgins et al., 2021; Moher et al., 2009). The research question followed the Population/Context Variables Outcomes (PVO) strategy which consisted of determining: what factors (variables) are evidenced by users in satisfaction (outcome) with mental health services (context)?

For the elaboration of the study, the steps used were: 1) formulation of the research question; 2) definition of inclusion and exclusion criteria; 3) production and registration of the research protocol in the Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) ID 282015; 4) development of the research strategy and its application; 5) selection of studies relevant to the research question; 6) evaluation of the quality of studies; 7) construction of the

synoptic table and 8) presentation of the review (Donato & Donato, 2019).

The process of searching and selecting the studies eligible for the elaboration of this thematic synthesis is represented by a flowchart (Figure 1) recommended by the PRISMA strategy, which details the way in which the studies were selected and retrieved for composition of the analysis corpus and it was consisting of the steps: identification, selection, eligibility, and inclusion, 15 results were identified (Moher et al., 2009).

The databases used to identify and select the studies were: PubMed, Scopus, Embase, SciELO, Web of Science, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and ScienceDirect. We used the descriptors contained in the Medical Subject Headings (MeSH), the Descriptors in Health Sciences (DeCS) and the Embase Subject Headings (Emtree), applying keywords and Boolean operators “AND” and “OR”, to improve the research strategy Table 1.

Table 1
Overview of search strategies used in databases

Database	Search strategy	Result
PubMed	((“Patient Satisfaction” [Title] OR “client satisfaction” [Title] OR “user satisfaction” [Title] AND (“Evaluation” [Title/Abstract] OR “Indicator” [Title/Abstract] AND (“Mental Health” [Title] OR “Drug User” [Title] OR “Mental disorder” [Title] OR “Mental illness” [Title] OR “Mental disease” [Title] OR “Psychiatric” [Title]))	25
Scopus	(TITLE ((“Patient* Satisfaction” OR “client* satisfaction” OR “user* satisfaction”)) AND TITLE-ABS-KEY ((“Evaluation*” OR “Indicator*”)) AND TITLE ((“Mental Health” OR “Drug User*” OR “mental disorder*” OR “Mental illness” OR “mental disease” OR “Psychiatric”)))	32
Embase	'patient satisfaction':ti AND ('evaluation':ti,ab,kw OR 'indicator*':ti,ab,kw) AND ('mental health':ti OR 'drug user*':ti OR 'mental disorder':ti OR 'mental disease':ti OR 'psychiatric':ti)	32
SciELO	(ti:(("satisfaction")) AND (ti:(AND (“psychiatric” OR “mental health” OR “mental disorder” OR “mental illness” OR “mental disease” OR “drug user”))) AND (“evaluation”)))	23
Web of Science	TI=((“Patient* Satisfaction” OR “client* satisfaction” OR “user* satisfaction”)) AND TS=((“Evaluation*” OR “Indicator*”) AND TI=((“Mental Health” OR “Drug User*” OR “mental disorder*” OR “Mental illness” OR “mental disease” OR “Psychiatric”)))	25

REVIEW

Subrinho, L. Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



The search occurred on July 5, 2021 and the results were exported to the *Rayyan* QCRI tool for removal of duplicate articles and selection of studies that met the inclusion criteria (Ouzzani et al., 2016). The selection of studies was performed by two reviewers' (LQS and ESS), independence from each other, with the application of the criteria established in the protocol. In cases of disagreement, a third party (FFV) was consulted to make a final decision.

The inclusion criteria: 1) original quantitative or qualitative studies; 2) available entirely in English, Portuguese or Spanish; 3) published from 2001 to 2021; 4) focused on the satisfaction assessment of users assisted in mental health services. The temporal delimitation is justified, at national level, by the publication of Law 10.216/2001, which redirects the mental health care model in Brazil (Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001, 2001).

This movement began in Italy, with Franco Basaglia, but had repercussions in the whole world, especially in Brazil. He gave influenced the plans for the Brazilian psychiatric reform, opening up new horizons and introducing a clear break in the way psychiatric institutions were thought about (Serapioni, 2018).

The exclusion criteria were: 1) studies that did not meet the objective of the review; 2) review articles, letters to the editor/editorials, brief communications, personal opinions, book chapters, textbooks, reports and conference summaries; 3) publications not available in full; 4) studies with high risk of bias.

The studies that respected the inclusion and exclusion criteria were full read, presented in a synoptic table and evaluated for the level of evidence, according to Melnyk and Fineout-Overholt (Melnik & Fineout-Overholt, 2019). The quality of the studies was evaluated according to the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), developed for reviews that include qualitative, quantitative or mixed studies (Pluye et al., 2009).

Within the scope of the studies incorporated into this review, we scrutinized the instruments delineated, with their respective outcomes, for the evaluation of user satisfaction with mental health services and the statements within studies adopting a qualitative approach. The findings were systematically categorized and clustered based on their similarity.

Throughout the process, all reviewers were engaged in a dynamic examination of the selected articles in their entirety, surveying the factors emphasized or utilized in the studies, and grouping them by similarity. This was followed by a comprehensive re-reading of the articles with a focus on the created groupings.

Results

Selection of studies

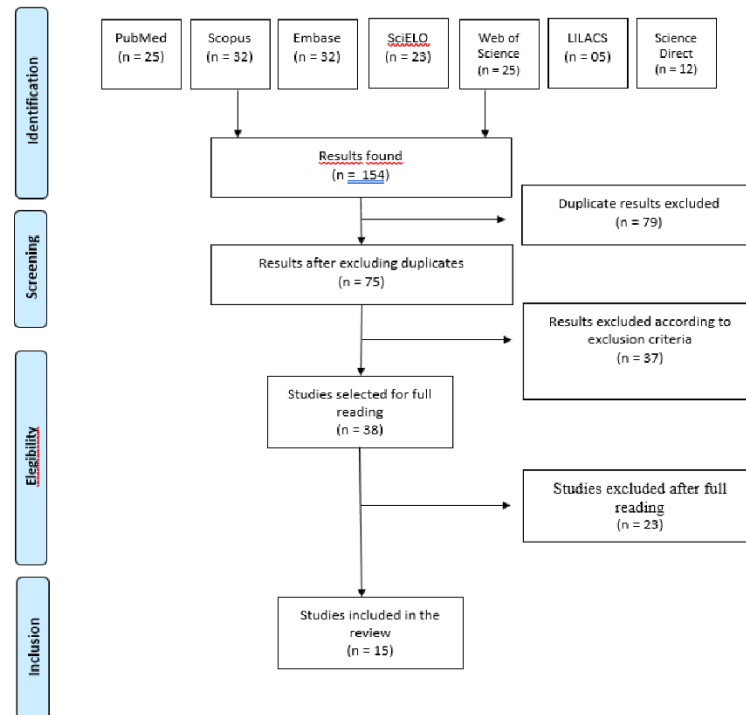
The process of searching and selecting the studies eligible for the elaboration of this thematic synthesis is represented by a flowchart (Figure 2) above.

REVIEW

Subrinho, L. Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



Figure 1
Flowchart of the study search process for review – PRISMA



Characteristics of the included studies

Of the 15 articles selected (Table 2), with their respective Identification Codes (IC), following the inclusion criteria, three (20%) of the studies are published in Brazilian journals and 12 (64%) in foreign journals. Regarding the country of

performance, three (20%) of the studies were conducted in Brazil and two (13.3%) in Finland. The countries corresponding to 01 (6.6%) survey each were: Germany, Spain, United States of America, Ethiopia, Greece, Italy, Iceland, Israel, Latvia and Sweden.

Table 2
Summary of the eligible studies' main characteristics

IC	(Author, year) Country	Method Instrument	Level of evidence	Quality assessment
A01	(Berzina et al., 2021)	Cross-sectional quantitative Psychiatric Internal Patient	6	100%

REVIEW

Subrinho, L, Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



Latvia	Experience Questionnaire (PIPEQ-OS)
--------	-------------------------------------

Table 2 *Cont.*

IC	(Author, year) Country	Method Instrument	Level of evidence	Quality assessment
A02	(Alexius et al., 2000) Sweden	Cross-sectional quantitative Questionnaire adapted from the survey by The Swedish Institute for Development of the Health Services (SPRI)	6	66%
A03	(Biering & Jensen, 2011) Iceland	Hermeneutic qualitative Semi-structured interview	6	100%
A04	(Siponen & Välimäki, 2003) Finland	Cross-sectional quantitative Self-rating Patient Satisfaction Questionnaire (SPRI).	6	100%
A05	(Lora et al., 2003) Italy	Cross-sectional quantitative Verona Services Satisfaction Scale (VSSS-54)	6	100%
A06	(Woldekidan et al., 2019) Ethiopia	Cross-sectional quantitative Self-administered questionnaire.	6	66%
A07	(Ratner et al., 2018) Israel	Cross-sectional quantitative The Satisfaction with Psychiatry Care Questionnaire-22 (SAT-22)	6	100%
A08	(Mavrogiorgou et al., 2013) Germany	Cross-sectional quantitative Verona Services Satisfaction Scale (VSSS-54)	6	100%
A09	(Kuusmanen et al., 2006) Finland	Cross-sectional quantitative Self-rating Patient Satisfaction Questionnaire (SPRI).	6	100%
A10	(Howard et al., 2004) United States of America	Cross-sectional quantitative 19-item Kentucky Consumer Satisfaction Instrument (KY–CSI). 21-item Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) Consumer Survey. 8-item Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ–8). Single-item Quality of Mental Health Care (QMHC).	6	100%

REVIEW

Subrinho, L., Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



Table 2 *Cont.*

IC	(Author, year) Country	Method Instrument	Level of evidence	Quality assessment
A11	(Silva et al., 2018) Brazil	Cross-sectional and correlational quantitative Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (User Satisfaction Assessment Scale with Mental Health Services) (SATIS-BR)	6	100%
A12	(Miranda et al., 2014) Brazil	Cross-sectional quantitative Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (User Satisfaction Assessment Scale with Mental Health Services) (SATIS-BR)	6	100%
A13	(Coimbra et al., 2011) Brazil	Qualitative (case study) Interview	6	100%
A14	(Robles et al., 2003) Spain	Mixed approach Questionnaire built in groups of users.	6	66%
A15	(Goula et al., 2021) Greece	Cross-sectional quantitative Likert scale.	6	100%

Regarding the year of publication, we have the following distribution of: three (20%) in 2003, two (13.3%) in 2018, two (13.3%) in 2021 and one (6.6%) in each of the years 2000, 2004, 2006, 2009, 2010, 2011, 2013, 2014 and 2019. In the scenarios where the studies were conducted, tertiary care was present in 12 (80%), while primary care was field in three (20%) selected studies.

The predominant methodological approach was quantitative with 12 (80%)

articles, while two (13.3%) correspond to the qualitative approach, one (6.6%) the mixed approach. When classifying the level of evidence, 15 (100%) of the studies were classified as level VI.

Specific results of eligible studies

We observed that in all selected studies (Table 3) users were satisfied with mental health services.

REVIEW

Subrinho, L, Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



Table 3

Summarization of selected studies that evaluated user satisfaction with mental health services.

IC	Overall satisfaction	Higher degree of satisfaction	Lower degree of satisfaction
A01	Satisfied (M 79. DP 15)	Sense of physical security. Feel welcomed. Easy access to professionals. Privacy Singularity.	Lack of active user participation in the care plan. Information passed by the team.
A02	Unspecified.	Physical structure, especially the waiting room with telephone and beverages. Participation of family members in the activities. Voluntary access to the service.	Access to information (treatment, prognosis and planning).
A03	Unspecified.	Feeling of security. Feel welcomed. Possibility to keep in touch with other users. Being treated as a person and not just a user. Clear disciplines and rules.	Loss of connection with the external world in hospitalization. Fewer activities outside the ward (Sports practice and physical activity were some suggestions).
A04	Satisfied (64% - great or excellent)	Perception of being listened. Active participation in the construction of the care plan.	Information passed by the team (medicines, health status, ombudsman). Not having access to the chart.
A05	Satisfied (79% of respondents)	Conduct and technical knowledge of the team. Confidentiality. Easy access to professionals.	Information passed by the team (medicines, procedures, health status, prognosis). Low active participation of the user and family in the construction of the care plan. Absence of reintegration practices into the labor market.
A06	Satisfied (77,6% of respondents)	Time available to discuss with professionals. Location of the outpatient clinic. Proper physical structure. Perception of active listening of professionals.	Difficulty to follow-up with the same professional. Absence of transport aid. Difficulty in getting referral to other specialties.
A07	Satisfied (83,2% of respondents)	Food offered.	Information passed by the team. Variety of activities offered in the service.
A08	Satisfied (M 4.1. DP 0.7)	Access to information.	Little involvement of family members in the care plan. Offer of insufficient group therapy sessions.

REVIEW

Subrinho, L. Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



Table 3 *Cont.*

IC	Overall satisfaction	Higher degree of satisfaction	Lower degree of satisfaction
A09	Unspecified.	Empathy in the user-professional relationship. Feel welcomed.	Access to information. Restricted access areas. Compulsory hospitalization. Physical structure of the wards. Number of therapeutic activities inside and outside the ward.
A10	Satisfied (over 70% of respondents)	Possibility to keep in touch with other users. Level of cleaning of the wards. Confidentiality Easy access to professionals.	No feeling of comfort when complaining about some conduct. Lack of inclusion of family members, caregivers and friends in the care plan. Absence of team action in asking the user for suggestions about the care plan. Lack of privacy in hospitalization.
A11	Satisfied (M = 4.46. DP 0.65)	Relationship and competence of professionals. Feel welcomed. Perception of respect and dignity.	Physical conditions and comfort of service. Team sizing. Workshop and integration activities developed.
A12	Satisfied (M =4.15. DP 12.98)	Relationship and competence of professionals. Feel understood and welcomed.	Physical conditions and comfort of service. Waiting time. Team sizing.
A13	Unspecified.	Team-community relationship. Presence of home visits. Care for the family. Integral vision of the professional in the physical examination. Access to information (medicines). Free offer of medicines.	Difficulty in getting referral to other specialties (few vacancies). Physical conditions of the service.
A14	Study does not specify.	Control of the prescribed medication. Cleaning of the physical environment. Team-user relationship (easy language, call in the waiting room by name).	Ineffective telephone access. Access to information (medicines and treatment). Waiting room with insufficient number of chairs.
A15	Study does not specify.	Confidentiality. Feel that your rights are respected. Care of the medical and nursing team.	No relevant points of lower satisfaction were observed.

The organization by similarity, divergence or complementarity of factors of greater or lesser degree of satisfaction allowed the construction of three categories: Interpersonal aspects, treatment

strategies and organization of mental health services.

REVIEW

Subrinho, L, Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



Interpersonal Aspects

Among the factors evidenced with a higher degree of satisfaction, we can observe: perception of competence of professionals (A02, A11, A12), feeling of acceptance and active listening (A02), use of language accessible by the team (A14), call by name (A14), confidentiality and professional secrecy (A05, A10), possibility of contacting other users (A10), easy access and area for speaking with the professional (A10) and being treated as a person and not only as a user (A03).

While the factors evidenced with lower degree of satisfaction were: insufficient information provided (A01, A02, A04, A07, A09, A14) about regarding medications, psychobiology of the disorder, therapeutic plan and expected results (A02); and no feeling of comfort to complain or suggest changes in the service (A10). It was not possible to differentiate satisfaction regarding drug treatments and mental health services from the selected articles.

Treatment strategies

The factors that were evidenced with a higher degree of satisfaction in the treatment domain are: the perception that treatment is exclusive to their needs, inclusion of family members and caregivers in the activities developed in the service, possibility of participating in the construction of the therapeutic plan, production of workshops and therapeutic activities (A11) and the existence of home visits by the service team (A13).

On the other hand, factors of lower degree of satisfaction were identified as: lack of active involvement of the user in the planning of the treatment process (A01, A05, A10), absence of therapeutic activities outside the ward during the hospitalization period (A03, A09), low inclusion of family members, friends and caregivers in the treatment process (A05, A08, A10), limited availability of recreational or leisure/sport

activities (A07), absence of group therapy sessions (A08) and compulsory hospitalization as the means of admission (A02, A09).

Organization of the mental health services

In a higher degree of satisfaction, we observe the following factors: presence of waiting room with telephone and beverages (A02), a sense of physical security (A01, A03), the existence of discipline and clear rules of behavior (A03), provision of quality meals (A07), convenient location or proximity to the user's residence (A06) and the level of cleanliness in the facilities (A10, A14).

Due to the following factors, a lower degree of satisfaction was evident: absence or limited information about the ombudsman (A01, A04), difficulty or inability of access to medical records (A04), lack of mental health service support for reintegration into the job market (A05), inadequate staffing and high turnover of professionals within the team (A06, A11), challenges in obtaining transportation assistance (A06), difficulty in receiving care from other specialties (A06, A13), restricted access areas in the facilities (A09), lack of privacy in the hospitalization area (A10) and the condition of the physical structure's maintenance (A11, A12, A13, A14).

Discussion

The evaluation process involves various stakeholders, not limited to but including, for example, managers, professionals, users, etc. Infrastructure, workflow, and outcomes are among the most commonly assessed dimensions (Donabedian, 2002; Oliveira & Azevedo, 2014). We observed that users, in their interactions with these dimensions, dynamically construct their evaluation criteria by comparing their expectations

REVIEW

Subrinho, L. Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



with the obtained results (Bandeira et al., 2009; Coimbra et al., 2011).

This is why we identified aspects related to interpersonal relationships, treatment strategies, and service organization among the factors highlighted in this review. As users can create their own evaluation criteria, linking positive value judgments to their care experiences, the literature emphasizes that qualitative or mixed-method studies hold significance in exploring the nuances of satisfaction (Bosi & Uchimura, 2007). As a result, we opted to incorporate them into this review.

The studies from this review indicated that users were satisfied with the care provided in mental health services. Faced with the questions concerning the high overall satisfaction, commonly observed in studies from this review and others, these matters could reflect a forced response to a research position rather than true social representation and perception about services (Esperidião & Viera-da-Silva, 2018). We chose to go further and observe the factors evidenced in the fields of higher and lower satisfaction reported by users.

The factors evidenced in interpersonal relationships by users for a greater satisfaction are linked to services with active listening, user autonomy and co-participation in the planning of the therapeutic plan, in addition to the inclusion of the family and caregivers in the process, either by developing actions within the service or at home. These actions meet the suggestion by the World Health Organization (WHO) for mental health practices (WHO, 2021).

We emphasize that the conception of autonomy in this study refers to respect for the uniqueness of each being and not just to allow the other to follow what he thinks is best for himself (Martins, 2004), and prioritize the importance to make this concept clear, since it is quite present in mental health, especially in harm reduction

strategies for crack, alcohol and other drug users.

Thus, developing autonomy is not performing care in a service without discipline and clear rules of behavior, since these factors were evidenced as a higher degree of satisfaction by users. However, it also requires avoiding the exclusive focus on intramural practices, while striving to foster individuality, community engagement, and encompassing the entirety of the user's experiences (Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001, 2001; Portaria 3.088 de Dezembro de 2011, 2011; World Health Organization, 2021).

The comprehensive and intersectoral approach is also evident in mental health practices associated with higher satisfaction. Practices like reintegration into the labor market, providing transportation assistance, and facilitating referrals to other specialties were noted as contributing to greater satisfaction. Conversely, their absence was identified as factors that may diminish the level of user satisfaction. The practice of comprehensive care is still a challenge in the psychosocial care network, since it involves strategies that go beyond the technical and pharmaceutical approaches (Silva et al., 2017).

However, even fulfilling the previous requirements, satisfaction can be impaired by factors of service organization, whereas an environment that offers comfort, safety and food favors the feeling of welcome. In this review, we observed that countries with medium-high income, or in development, such as Brazil, infrastructure is evidenced with a lower degree of satisfaction when compared with other factors such as interpersonal relationships and service organization.

The factors evidenced show that the process of seeking the satisfaction of the mental health user goes beyond the attributions of health professionals and

REVIEW

Subrinho, L., Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



encompasses managerial, economic and social issues, among others.

Limitations

Despite the fact that the search was confined to seven major databases (PubMed, Scopus, Embase, SciELO, Web Of Science, Lilacs, and Science Direct), we acknowledge certain limitations in this review, such as the potential omission of relevant information from studies conducted in languages other than English, Portuguese, and Spanish. The process of study selection and the synthesis of specific results involve the reviewers' subjective interpretation, which could introduce bias and restrict the validity of the findings. To mitigate this bias, we endeavored to adhere to the criteria established in the protocol and maintain the reviewers' independence from each other. It is essential to underscore that the presented evidence should be approached with careful interpretation and application. Therefore, it should not be universally generalized but rather considered within the context of each care setting.

Conclusion

The studies demonstrated that users were satisfied with the care provided in mental health services. The identified factors were categorized into three main areas: interpersonal relationships, treatment strategies, and the organization of mental health services.

Many of these factors involve implementing strategies to enable users to access information, participate in therapeutic planning, and experience hospitalization that emphasizes autonomy and respect for their rights. This encompasses a service with an appropriate physical structure and actions that extend beyond their state of health.

Given the dynamic nature of the evaluation process, the quest for user satisfaction should be ongoing and encompass process beyond health professionals, but also involve treatment strategies and organization of the service. This review can serve as a foundation for enhancing satisfaction within mental health services by aligning actions across interpersonal relationships, treatment strategies, and the organization of mental health services. Furthermore, it underscores the significance of establishing a satisfaction assessment system in mental health services, incorporating essential indicators to be achieved within the aforementioned areas.

References

- Alexius, B., Berg, K., & Aberg-Wistedt, A. (2000). Patient satisfaction with the information provided at a psychiatric emergency unit. *Patient Education and Counseling*, 40(1), 51–57. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00041-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00041-5)
- Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., Costa, C. S., & Ccsari, L. (2009). Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 107–114. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000200007>
- Berzina, N., Petrošina, E., & Taube, M. (2021). The assessment of factors associated with patient satisfaction in evaluation of mental health care center. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(2), 79–86. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1795715>
- Biering, P., & Jensen, V. H. (2011). The concept of patient satisfaction in adolescent psychiatric care: A qualitative

REVIEW

Subrinho, L. Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38-52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



- study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 3–10.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00261.x>
- Bleich, S. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271–278.
<https://doi.org/10.2471/BLT.07.050401>
- Bosi, M. L. M., & Uchimura, K. Y. (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 150–153.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100020>
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 25(1), 25–36.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2966123>
- Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Oliveira, M. M. de, Pereira, D. B., Nunes, C. K., & Eslabão, A. D. (2011). Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(5), 1150–1156.
<https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000500017>
- Donabedian, A. (2002). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.
https://books.google.com.br/books?id=fD Sriunx6UEC&dq=An+introduction+to+quality+assurance+in+health+care&lr=&hl=pt-BR&source=gbs_navlinks_s
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227.
<https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Esperidião, M. A., & Viera-da-Silva, L. M. (2018). A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. *Saúde Em Debate*, 42(spe2), 331–340.
<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s223>
- Goula, A., Margetis, E., Stamouli, M. A., Latsou, D., & Gkioka, V. (2021). Differences of mentally ill patients' satisfaction degree during their involuntary or voluntary stay in a psychiatric clinic. *Journal of Public Health Research*, 10(3), 429–437.
<https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2052>
- Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M., & Welch, V. (2021). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2 (updated February 2021)*. Cochrane.
www.training.cochrane.org/handbook
- Howard, P. B., El-Mallakh, P., Rayens, M. K., & Clark, J. J. (2004). Patient satisfaction and treatment outcomes as quality indicators for mental health services. *International Psychiatry*, 1(5), 5–6.
<https://doi.org/10.1192/s1749367600006810>
- Kantorski, L. P., & Andrade, A. P. M. de. (2017). Assistência psiquiátrica mundo afora: práticas de resistência e garantia de direitos | Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(24), 50–72.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69590>
- Kuosmanen, L., Hatonen, H., Jyrkinen, A. R., Katajisto, J., & Valimäki, M. (2006). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 655–663.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03957.x>
- Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. (2001). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lora, A., Rivolta, N., & Lanzara, D. (2003). Patient Satisfaction with Community-

REVIEW

Subrinho, L. Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38–52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



- Based Psychiatric Services. *International Journal of Mental Health*, 32(2), 32–48. <https://doi.org/10.1080/00207411.2003.11449583>
- Martins, A.. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 21–32. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100003>
- Más, A., Parra, P., Bermejo, R. M., Hidalgo, M. D., & Calle, J. E. (2016). Improving quality in healthcare: What makes a satisfied patient? *Revista de Calidad Asistencial*, 31(4), 196–203. <https://doi.org/10.1016/J.CAL.2015.11.006>
- Mavroggiorgou, P., Siebers, F., Juckel, G., & Kienast, T. (2013). Patient satisfaction with specialized mental health service for obsessive-compulsive disorder. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-41>
- Melnik BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In Zadvinskis, I. M., & Melnik, B. M. (2019). Making a Case for Replication Studies and Reproducibility to Strengthen Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(1), 2–3. <https://doi.org/10.1111/wvn.12349>
- Mezza, M., & Torrenté, M. de O. N. de. (2020). A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. *Saúde Em Debate*, 44(spe3), 235–249. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e320>
- Miranda, P. O. de, Souza, O. F. de, & Ferreira, T. de F. (2014). Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 332–340. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000042>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Müller, O., Baumann, C., Di Patrizio, P., Viennet, S., Vlamynck, G., Collet, L., Clerc-Urmès, I., Schwan, R., & Bourion-Bédès, S. (2020). Patient's early satisfaction with care: A predictor of health-related quality of life change among outpatients with substance dependence. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12955-019-1267-X/TABLES/4>
- Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 30(4), 227–234. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Pluye, P., Gagnon, M. P., Griffiths, F., & Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 529–546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009>
- Portaria 3.088 de dezembro de 2011, (2011). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ratner, Y., Zendjidjian, X. Y., Mendyk, N., Timinsky, I., & Ritsner, M. S. (2018). Patients' satisfaction with hospital health

REVIEW

Subrinho, L. Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38–52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



- care: Identifying indicators for people with severe mental disorder. *Psychiatry Research*, 270, 503–509. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.027>
- Robles, P. H., Lechuga Pérez, F. J., & Moya Ollé, J. (2003). La satisfacción del paciente de un centro de salud mental utilizando el método del informe del usuario: The user's report for evaluating the psychiatric patient's satisfaction. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXII(85), 137–152. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352003000100009>
- Serapioni, M. (2019). Franco Basaglia: biography of a revolutionary. *Historia, Ciencias, Saude--Manguinhos*, 26(4), 1169–1187. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>
- Silva, G. da, Iglesias, A., Dalbello-Araujo, M., & Badaró-Moreira, M. I. (2017). Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 404–417. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>
- Silva, S. N., Lima, M. G., & Ruas, C. M. (2018). Brazilian mental health services assessment: User satisfaction and associated factors. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(11), 3799–3810. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>
- Siponen, U., & Välimäki, M. (2003). Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 129–135. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00567.x>
- Woldekidan, N. A., Gebresillassie, B. M., Alem, R. H., Gezu, B. F., Abdela, O. A., & Asric, A. B. (2019). Patient Satisfaction with Psychiatric Outpatient Care at University of Gondar Specialized Hospital: A Cross-Sectional Survey. *Psychiatry Journal*, 2019, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2019/5076750>
- Woodward, S., Berry, K., & Bucci, S. (2017). A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services. *Journal of Psychiatric Research*, 92, 81–93. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.020>
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

How to cite this Article:

Subrinho, L. Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38–52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09104>

Received: 14/07/2023**Revised:** 05/08/2023**Accepted:** 21/08/2023**Published online:** 31/08/2023**ISSN:** 2183-5829**REVIEW**

Subrinho, L. Q., Silva, E.S., Venâncio, F.F., Xavier, F.G., Santos, M.V.F., & Siqueira, M.M. (2023). Evaluation of Users' Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 9(2), 38–52. Doi: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>



5.2 ARTIGO 2: ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO CUIDADO COM USUÁRIO DE ÁLCOOL: REVISÃO INTEGRATIVA

Este manuscrito foi submetido à Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia e seguiu as instruções para autores, disponíveis no link:<<https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/about/submissions>> acessado em novembro de 2023.

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO CUIDADO COM USUÁRIO DE
 ÁLCOOL: REVISÃO INTEGRATIVA
 MOTIVATIONAL INTERVIEWING IN CARE WITH ALCOHOL
 USERS: AN INTEGRATIVE REVIEW**

Lucas Queiroz Subrinho^a. Baby John Louis^a. Raphaela Abedille de Souza^b. Carla Neves Marson^a. Neliana Buzi Figlie^c. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos^a. Marluce Mechelli de Siqueira^a.

Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)^a

Faculdade Multivix^b

Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)^c

RESUMO

Objetivou identificar as evidências sobre o uso da Entrevista Motivacional com usuários de álcool no desenvolvimento do cuidado. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida em outubro de 2022, no portal periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Identificaram-se nove artigos, todos em língua inglesa, a maioria realizados nos Estados Unidos da América (EUA) e um realizado no Brasil. A Entrevista Motivacional foi aplicada desde a atenção primária até a terciária, inclusive por telefone. As sessões ocorriam semanalmente, durando 60-90 minutos na primeira e 20-60 minutos nas subsequentes. Alguns estudos utilizaram a *Motivational Enhancement Therapy* (MET), enquanto outros se concentraram nas competências básicas da EM. Foram observadas uma redução da quantidade de consumo de álcool e aumento do tempo de abstinência com efeitos observados por até 12 meses, além da diminuição do absenteísmo e das reinternações e melhora do quadro clínico e psiquiátrico. Com isso, constatou-se que a EM traz resultados

positivos que não se resumem ao padrão de consumo de álcool e que pode ser altamente efetiva quando combinada com outras abordagens, podendo ter efeito prolongado na população.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde mental; Alcoolismo.

ABSTRACT

The objective was to identify the evidence on the use of Motivational Interviewing with alcohol users in the development of care. This is an integrative literature review, conducted in October 2022, from periodicals portal of Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Nine articles were identified, all in English, with the majority conducted in the United States of America (USA) and one conducted in Brazil. Motivational Interviewing was offered from primary to tertiary care, including over the phone, in more than one session and on a weekly basis, lasting between 60-90 minutes in the first meeting and 20-60 minutes in the following sessions. Some studies used Motivational Enhancement Therapy (MET), while others focused on basic skills and the spirit of MI. A reduction in the amount of alcohol consumption and/or an increase in the number of days without alcohol consumption was observed, with the effect lasting up to 12 months. There was also a reduction in absenteeism, rehospitalizations, and an increase in indicators for the treatment of other associated diseases. It was found that MI brings positive results that are not limited to the pattern of alcohol consumption and can be highly effective when combined with other approaches, potentially having a prolonged effect on the population.

Keywords: Nursing; Mental Health; Alcoholism.

INTRODUÇÃO

Entrevista Motivacional (EM) é um estilo de comunicação colaborativo para evocar e fortalecer a própria motivação da pessoa e seu compromisso para mudar (MILLER; ROLLNICK, 2016). Nesse processo de conversa, o profissional de saúde busca substituir práticas de confrontação ou persuasão por um estilo de comunicação que evoque as próprias razões da outra pessoa para mudar e minimize a resistência e a discordância entre as partes envolvidas no processo de conversa colaborativa (LUNDAHL et al., 2013).

A maior parte das pessoas que precisa fazer uma mudança ou tomar uma decisão, costumam passar por um processo de ambivalência, quando veem razões a favor e contra a sua realização. Querer e não querer algo, querer duas coisas incompatíveis é característica, justamente, desse estado de ambivalência e faz surgir nas falas a conversa de mudança e a conversa de sustentação (MILLER; ROLLNICK, 2016).

No âmbito da saúde, temos diversas situações que englobam esse processo de mudança, dentre elas, podemos incluir o Transtorno por Uso de Substância (TUS). A maioria das pessoas que vivenciam essa realidade, muito provavelmente, já sabem as consequências negativas que seu comportamento pode trazer a si, aos familiares, às pessoas significativas e ao seu trabalho, seja pelo empirismo ou por um *feedback* precedente de algum profissional de saúde, familiares, empregadores, agente de justiça, segurança pública etc.

Essa hesitação é uma experiência humana natural, principalmente, quando envolve um processo de mudança (MILLER; ROLLNICK, 2016). E nem todos os usuários estarão preparados, desejosos e habilitados para mudar (FIGLIE; GIMARÃES, 2014). É preciso uma abordagem que guie a pessoa para a evocação e a resolução das

ambivalências ligadas ao comportamento que se deseja ou que é necessário mudar. Nesse ponto, a EM pode guiar essa conversa colaborativa pró-mudança.

Criada em 1983, a EM surgiu no âmbito do transtorno por uso de álcool e outras drogas, mas logo se expandiu para diversas áreas da saúde que envolviam mudança de comportamento (diabetes, odontologia, sedentarismo, transtornos alimentares, tabagismo etc.) sendo usada por diversas categorias profissionais, dentre elas: assistente social, dentista, enfermeiro, médico, nutricionista etc. (LUNDAHL et al., 2013).

Com o decorrer dos anos, mudanças paradigmáticas foram acontecendo nas edições publicadas do livro de referência sobre EM (MILLER; ROLLNICK, 2016). Na segunda edição, por exemplo, nos é apresentada a EM com duas fases: Construir a motivação (fase 1) e Consolidar o compromisso (fase 2) (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). Com a terceira, temos a EM com quatro Processos: Engajamento, Foco, Evocação e Planejamento (MILLER; ROLLNICK, 2016). Hoje, esses processos são denominados de tarefas (MILLER; ROLLNICK, 2023)

A primeira vez que EM foi vista em quatro momentos aconteceu em 2012, como a terceira edição em inglês. Desde então, a EM continuou sendo objeto de pesquisa nos mais diversos campos. Contudo, nesse intervalo, poucas são as revisões de literatura sobre o cuidado guiado pela EM com o foco no transtorno por uso de álcool no que tange aos resultados e como ela vem sendo desenvolvida nos serviços de saúde, desde que ela é orientada em quatro momentos (tarefas ou processos).

Com isso, apresentamos as seguintes questões: Como vem sendo desenvolvida e quais os resultados são encontrados na literatura sobre a Entrevista Motivacional no âmbito do consumo de álcool? Para responder essa questão, traçamos como objetivo: Identificar as evidências sobre o uso da Entrevista Motivacional com usuários de álcool no desenvolvimento do cuidado.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa sobre a entrevista motivacional no cuidado com usuários de álcool. A revisão integrativa tem como finalidade de reunir e de sintetizar os resultados de pesquisas sobre um tema ou questão com uma análise descritiva (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para alcançar o objetivo da revisão, a questão de pesquisa seguiu a estratégia *Patient, Intervention, Outcomes* (PIO) e consistiu em: Quais os métodos e os resultados da intervenção “entrevista motivacional” com alcoolistas?

Para a construção do estudo, seis passos foram utilizados: 1) estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa; 2) amostragem ou busca na literatura; 3) coleta de dados; 4) avaliação e interpretação dos resultados; 5) discussão dos resultados e 6) apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

As buscas foram realizadas no portal periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio do acesso remoto institucional pela Comunidade Acadêmica Federada (CAFe). Estão presentes no portal de periódico da Capes as bases de dados *Pubmed*, *Scopus*, *Embase*, *SciELO*, *Web of Science*, *LILACS*, *Science Direct*, entre outras. Utilizamos os Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH), em conjunto com operadores booleanos “AND” e “OR”, para aprimorar a estratégia de pesquisa.

Foram utilizados os descritores “entrevista motivacional”, “alcoolismo” e “tratamento” com seus termos alternativos e palavras-chaves correlatas em inglês e em espanhol. A busca nas bases de dados aconteceu em 11 de outubro de 2022 e os resultados foram exportados para a ferramenta *Rayyan QCRI* para remoção de artigos duplicados e seleção dos estudos que preenchiam os critérios de inclusão (OUZZANI et al., 2016).

Os critérios de inclusão foram: estudos originais, qualitativos ou quantitativos, disponíveis em português, inglês ou espanhol, que utilizaram estratégias de entrevista motivacional com pessoas em consumo de risco ou com transtorno por uso de álcool, publicados entre os anos de 2012 e 2022 e com intervenção também ofertada nesse período. A delimitação temporal se justifica pela terceira edição da literatura base sobre entrevista motivacional que traz mudanças significativas sobre a orientação da abordagem por meio de quatro processos (MILLER; ROLLNICK, 2012)

Os critérios de exclusão atribuídos, foram: 1) estudos que não atendem ao objetivo da revisão; 2) artigos de revisão, cartas ao editor/editoriais, opiniões pessoais, capítulos de livros, livros didáticos, relatórios e resumos de conferências, teses, dissertações e outras literaturas cinzentas; 3) publicações não disponíveis na íntegra, mesmo em rede institucional ou via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe); 4) estudos que abrangeram outras drogas sem detalhar a aplicação e resultados com alcoolistas 5) estudos com baixo detalhamento das informações apresentadas.

A seleção dos estudos foi realizada por dois autores revisores (BJL e RAS), cegos entre si, com a aplicação dos critérios estabelecidos no protocolo. Nos casos de discordância, uma terceira autora revisora (CNM) foi consultada para tomar uma decisão final. A busca e a triagem dos artigos foram orientadas pela estrutura *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), conforme fluxograma (Figura 01) (MOHER et al., 2009).

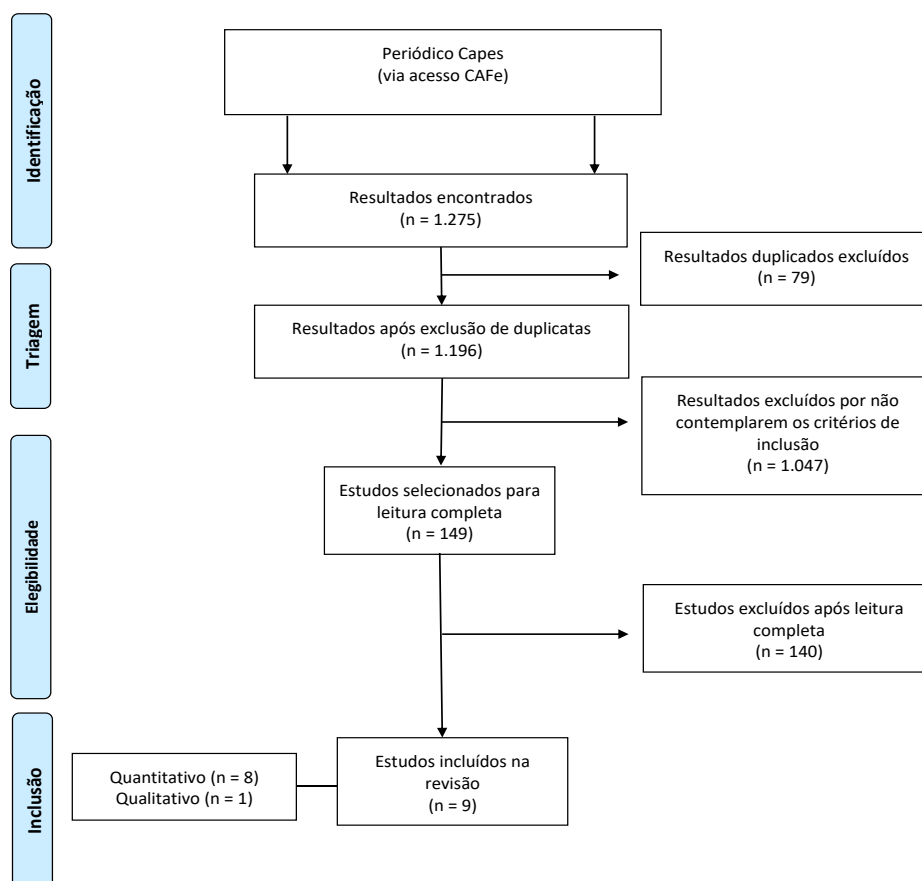
Os estudos que respeitaram os critérios de inclusão e exclusão foram lidos na íntegra, apresentados em quadro sinóptico e avaliados quanto ao nível de evidência de acordo com o proposto por Melnyk & Fineout-Overholt (ZADVINSKIS; MELNYK, 2019).

Foram utilizados os *checklist* de *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) ou *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) na leitura dos artigos. Aqueles que não atenderam a, pelo menos, 70% das informações exigidas no *checklist* foram excluídos dessa revisão.

RESULTADOS

Seleção dos estudos

Figura 1. Fluxograma do processo de busca dos estudos para a revisão



Fonte: autores

Características dos estudos elegíveis

Dos nove artigos selecionados (Quadro 1), todas as pesquisas estão publicadas em periódicos estrangeiros. Quanto ao país onde os estudos foram realizados, cinco (56%)

156 foram nos Estados Unidos da América (EUA), um (11%) na Suécia, um (11%) no Vietnã,
 157 um (11%) no Brasil e um (11%) multinacional entre Dinamarca, Alemanha e EUA.

158 **Quadro 1.** Caracterização dos estudos selecionados na amostra

CI	(Autor, ano) País	Método Instrumento	Nível de evidência
A01	(CLARK et al., 2019) EUA	Ambiente: UTI Treinamento: Sim Supervisão: Sim Integridade: MISC	Ensaio Clínico Randomizado II
A02	(GO et al., 2020) Vietnã	Ambiente: Ambulatório Treinamento: Sim Supervisão: Sim Integridade: YACS	Ensaio Clínico Randomizado II
A03	(CELIO et al., 2019) EUA	Ambiente: Emergência hospitalar Treinamento: Sim Supervisão: NA Integridade: NA	Ensaio Clínico Randomizado II
A04	(GAUME et al., 2013) Suíça	Ambiente: Exército Treinamento: Sim Supervisão: Sim Integridade: MISC	Ensaio Clínico Randomizado II

A05	(HURLOCKER; MOYERS; HOUCK, 2021) EUA	Ambiente: Universidade Treinamento: Sim Supervisão: Sim Integridade: MITI e MISC	Estudo pré- experimental III
A06	(EHMAN; GROSS, 2019) EUA	Ambiente: Ambulatório Treinamento: NA Supervisão: NA Integridade: NA	Estudo de caso V
A07	(SATRE et al., 2019) EUA	Ambiente: Clínica de Atenção Primária Treinamento: Sim Supervisão: Sim Integridade: MITI	Ensaio Clínico Randomizado II
A08	(ANDERSEN et al., 2020) Dinamarca, Alemanha e EUA	Ambiente: Ambulatório Treinamento: Sim Supervisão: Sim Integridade: MITI	Ensaio Clínico Randomizado II
A09	(CONSTANT et al., 2021) Brasil	Ambiente: Telefone Treinamento: Sim Supervisão: Sim Integridade: BECCI	Ensaio Clínico Randomizado II

Fonte: autores

No que se refere ao ano de publicação dos estudos, temos a distribuição de: quatro (45%) em 2019, dois (22%) em 2021, um (11%) em cada um dos anos de 2013,

2018, 2020. Os cenários onde os estudos foram desenvolvidos envolveram atenção primária, secundária e terciária, além de um estudo com intervenção exclusiva por serviço telefônico. E os instrumentos mais utilizados para avaliar a integridade da EM foram o MITI e MISC.

A abordagem metodológica dos artigos foram oito (91%) quantitativas e um (11%) qualitativa; Com distribuição entre sete (78%) ensaios clínicos randomizados, um (11%) pré-experimental e um (11%) estudo de caso. Ao classificar o nível de evidência, sete (78%) das pesquisas foram enquadradas em nível II, uma (11%) em nível III e uma (11%) em nível V.

Aplicabilidade e resultados da Entrevista Motivacional com alcoolistas

O Quadro 2 apresenta dados sobre como a EM foi utilizada, bem como os resultados observados.

Quadro 2. Sumarização dos estudos selecionados sobre o uso da entrevista motivacional no uso de álcool

CI	APLICAÇÃO	RESULTADOS OBSERVADOS
A01	A decisão compartilhada foi associada à Entrevista Motivacional (EM) em sessões únicas ou múltiplas. Nas sessões únicas, o consumo de álcool, o AUDIT e os sintomas de dependência foram revisados, os prós e contras do consumo discutidos, e um <i>feedback</i> apresentado. Se o usuário verbalizasse um plano e desejasse tratamento, ajuda foi oferecida. Quando	Os usuários melhoraram as medidas quanto ao consumo de álcool, sintomas de ansiedade, estresse e depressão, problemas legais e dias de trabalho remunerado. Bem como, tiveram menos consultas médicas e menos reinternação. Aos submetidos a mais de uma sessão, foi observado

	várias sessões foram oferecidas, a primeira seguiu o roteiro da intervenção única, com as demais após a alta, por quatro meses.	maior número de dias sem consumo de bebidas alcoólicas, com alteração de 33% para 67%.
A02	A combinação de MET com TCC envolveu a entrevista motivacional para aumentar a motivação e a TCC para desenvolver habilidades de recusa do álcool e autoeficácia. As sessões semanais duraram 1 hora, além da oferta opcional e complementar de grupos terapêuticos.	No <i>follow-up</i> de 12 meses, a intervenção resultou em um aumento de dias sem consumo de álcool de 40% para 67%. O consumo pesado de álcool reduziu e a supressão viral do HIV aumentou.
A03	Explorou os prós e contras do consumo de álcool e o <i>feedback</i> personalizado sobre o uso de álcool. Foi evocada a importância de mudar o consumo de álcool ou comportamento sexual e o plano de mudança. EM teve duração de 1 hora.	Observou uma redução do sexo de risco e do consumo de álcool, quando comparado ao aconselhamento breve.
A04	A Entrevista incluiu um menu de estratégias adaptadas ao estado de prontidão do usuário, abordando estilo de vida e uso de álcool, balança decisória, mudança hipotética, importância, habilidade e confiança para mudar, e comprometimento com a mudança. A sessão única durou de 20 a 30 minutos.	A frequência e intensidade de falas expressando habilidade, desejo e necessidade de mudar previram significativamente a mudança ou manutenção do consumo de álcool, especialmente entre homens jovens.

A05	A EM foi baseada nas habilidades básicas PARR para estabelecer a conversa, com atenção cuidadosa à linguagem do usuário e utilização de estratégias norteadas pelo espírito da EM (Parceria, Aceitação, Compaixão e Evocação). Foram ofertadas duas sessões, sem especificar a duração ou periodicidade.	Foi observado redução no consumo excessivo de álcool em eventos sociais, padrão de consumo de risco e média de consumo em <i>follow-up</i> de 1 mês.
A06	Oferta de 10 sessões de Terapia de Aceitação e Compromisso com Entrevista Motivacional. Da sessão 1-3 buscou fornecer psicoeducação sobre o consumo de álcool e os riscos do padrão de consumo atual da usuária, buscando prover discrepância. Sessão 4 fez uma retomada de passado recente de <i>overdose</i> , preocupações e valores e quais compromissos a usuária estava disposta a assumir. Sessão 5-10 se atentou em evocar estratégias para reduzir o consumo e aumentar o envolvimento com seus valores pessoais.	Houve uma mudança na percepção do tratamento, antes visto como desnecessário. Levando a uma maior consciência dos hábitos de beber. Isso resultou em redução do consumo de álcool, beber pesado e pontuações de ansiedade e depressão.
A07	O profissional guiou os usuários a reduzirem o consumo de álcool e outras substâncias, informando sobre os riscos para portadores de HIV. Foram realizadas	Todos os grupos reduziram o consumo de álcool. Aqueles com menor motivação tiveram maior

	três sessões de EM em seis semanas, a primeira presencial de 45 minutos e as subsequentes por telefone de 20 minutos.	redução ao serem expostos à Entrevista Motivacional.
A08	Quatro sessões de MET, sendo a primeira com 90 minutos e as demais com 60 minutos de duração. As sessões foram semanais e, na última sessão, foi envolvida uma pessoa significativa. Quando possível, foi desenvolvido um plano de mudança pessoal.	A taxa de sucesso no grupo MET foi de 48,9%, enquanto o MET + abordagem adicional alcançou 52,3%. Adicionar uma abordagem de reforço comunitário para idosos não foi estatisticamente significativa para aumentar o sucesso.
A09	Baseou-se na Entrevista Motivacional Breve com 7 ligações no intervalo de 1, 3 e 7 dias, bem como 1, 2, 3 e 6 meses, após a primeira ligação ao serviço do CVV.	A Entrevista Motivacional Breve por telefone pode avançar o estágio motivacional e reduzir o consumo de álcool.
MET: <i>Motivational Enhancement Therapy</i> . TCC: Terapia Cognitivo-Comportamental. AUDIT: <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> . PARR: Pergunta Aberta, Afirmação/Reforço positivo, Reflexão, Resumo. CVV: Centro de Valorização da Vida.		

Fonte: autores

Observa-se que a aplicação da EM, nos estudos selecionados, ocorreu com predomínio de mais de uma sessão (A01, A02, A05, A06, A07, A08, A09), com duração entre 60-90 minutos no primeiro encontro e com periodicidade semanal (A01, A02, A08). Enquanto as sessões seguintes foram mais breves, entre 20-60 minutos, chegando a uma periodicidade entre semanal e mensal. Um estudo buscou aplicar a EM exclusivamente

por telefone (A09), outro de forma presencial + telefone (A07), porém o predomínio da oferta de EM foi exclusivamente presencial aos participantes (A01, A02, A03, A04, A05, A06).

Alguns estudos utilizaram um modo mais livre da EM, focando no PARR e respeito ao Espírito da EM (A05), enquanto outros fizeram uso do MET (A02, A08) com adaptações ao grupo participante do estudo. Observa-se predomínio de estudos que utilizaram somente a EM, ou intervenções baseadas na EM, contudo, estiveram presentes pesquisas que buscaram associar a EM com intervenções como a TCC (A01, A02).

Houve a preocupação de ofertar um treinamento aos profissionais de saúde, bem como o supervisionamento de um treinador, normalmente credenciado ao *Motivational Interviewing Network of Trainers* (MINT), e com auxílio de algum instrumento que avaliasse a integridade da intervenção.

Os estudos observaram que os participantes apresentaram uma redução na quantidade de consumo de álcool ou aumento dos dias sem o consumo de bebidas alcoólicas, quando submetidos a uma intervenção associada ou baseada na EM, com o efeito permanecendo nas avaliações de seguimento por até 12 meses (A02).

Também são relatadas uma redução no número de consultas médicas e reinternações entre os participantes (A01). Bem como, uma frequência e/ou intensidade maior de conversa preparatória para a mudança foram associadas à previsão de uma mudança no padrão de consumo acontecer, inclusive nos participantes com menor grau de motivação (A07).

DISCUSSÃO

A organização por similaridade, divergência ou complementaridade dos métodos e resultados da EM com alcoolistas possibilitou a construção de duas categorias: “os processos envolvidos na mudança” e “o que os resultados nos dizem”.

Os processos envolvidos na mudança

A maior parte dos estudos selecionados não delimitam explicitamente as quatro tarefas do processo de mudança. Porém apresentam ações desenvolvidas e/ou previstas para serem realizadas com os participantes dos estudos que podem ser sugeridas a depender do estágio no processo de mudança em que o usuário se encontre.

Sobre o Engajamento, essa etapa da tarefa, a prioridade é estabelecer uma relação de confiança e respeito mútuos, pois uma tarefa de engajamento bem-sucedido favorece o retorno, sendo um pré-requisito para tudo que segue (MILLER; ROLLNICK, 2016). As estratégias como conversar sobre o estilo de vida e uso de álcool e a descrição de um dia típico, podem ser alguns exemplos de temas de conversa para essa etapa no processo, conforme utilizado em A04.

Nesse momento, também pode ser pertinente, conforme descrito no estudo A05, prover a informação ao usuário de como a sessão (e as subsequentes, se houver), serão desenvolvidas, abordando a duração esperada e que o objetivo primário é compreender a experiência de vida do usuário através dos seus interesses, necessidades, expectativas, padrão de consumo de bebidas alcoólicas, dentre outros, mediante uma conversa em que a coleta de dados acontece de forma natural.

A seguir, temos a tarefa de Foco para encontrar o sentido claro de direção que o usuário vislumbra e identificar e explorar a ambivalência desse horizonte (MILLER; ROLLNICK, 2016). Pois, quando a ambivalência é entendida e ultrapassada, a decisão de mudar se torna mais próxima (FIGLIE; SALES, 2018).

Observamos que o uso de balança decisória, e suas variações, para explorar a ambivalência, são os mais comuns relatados nos estudos selecionados, para essa etapa. Outras opções são o menu de opções ou o mapear a agenda. Contudo, quando a direção da mudança já está clara para ambos, não há a necessidade de se prolongar muito tempo

no focar, visto que pode até ser um risco em fomentar a ambivalência para aqueles que já têm claro onde querem chegar (MILLER; ROLLNICK, 2016).

A próxima etapa é a Evocação, quando ao se estimular as motivações do usuário quanto ao foco definido, busca-se aumentar a potência da conversa de mudança. Para chegar aqui, os prós começam a pesar mais que os contra e a conversa preparatória (Desejo, Habilidade, Razões, Necessidade - DARN), bem como a conversa mobilizadora de mudança (Compromisso, Ativação e Dar passos - CATS), são fomentadas e acompanhadas. Dentro dos estudos selecionados, algumas das ações possíveis são: o explorar a importância, a habilidade e a confiança para mudar; alinhamento de valores pessoais e consumo de álcool; os contra do consumo e os prós em mudar o padrão o consumo de álcool; régua de prontidão, disposição e confiança para mudança (A01, A03, A04, A05, A06).

A última etapa é o Planejamento. Nela o profissional tem que confirmar alguns requisitos para evitar que um plano seja desenvolvido antes que o usuário esteja devidamente preparado, pois isso poderia fazer todo o progresso de engajar, focar e evocar fosse desfeito. Nos estudos, observa-se um certo cuidado com essa perspectiva, pois, na maior parte das vezes, foi feito um convite ao usuário do que ele pensaria em fazer ou se desejaria mudar/interromper seu consumo de álcool.

Com base na resposta, era ofertado um menu de opções, encaminhamento ou ainda atividades de *brainstorm* para o desenvolvimento de um plano de mudança (A01, A03, A04, A06, A08). O que todas essas ações possuem em comum é que buscam que o planejamento também seja evocado do usuário e não somente prescrito pelo profissional (MILLER; ROLLNICK, 2016).

O que os resultados nos dizem

256 Observa-se que todos os estudos selecionados apresentaram algum aspecto
257 positivos do uso da entrevista motivacional como estilo de conversa colaborativa,
258 trazendo redução do consumo de álcool, melhora de indicadores de outras doenças e/ou
259 ainda aumento da percepção de que o consumo álcool necessitaria ser revisto alinhado
260 aos valores e desejos do usuário.

261 Entretanto, em outras literaturas, vemos algumas inconsistências quanto aos
262 resultados alcançados na implementação da EM. Ocasionalmente, são relatados grandes
263 efeitos em pequenos ensaios conduzidos por grupos de investigação altamente motivados,
264 contudo os resultados tendem a diminuir quando os ensaios são repetidos ou ampliados
265 (LUTY; IWANOWICZ, 2018).

266 Quando abordados o campo do consumo de álcool e tabaco, aumento da
267 confiança para mudar e abordagem do tratamento, os resultados são mais robustos, ao
268 passo que as pessoas que receberam EM reduziram mais o consumo de substâncias do
269 que as pessoas que não receberam qualquer tratamento (SMEDSLUND et al., 2011);
270 (LUNDAHL et al., 2013).

271 Parte da variabilidade nos resultados do tratamento com EM, pode ser explicada
272 por diferenças na fidelidade e qualidade ofertada aos usuários. Ensaios clínicos
273 randomizados com EM demonstram que as intervenções descritas muitas vezes contêm
274 elementos que podem ferir a integridade da EM como, por exemplo, instruções e planos de
275 tratamento obrigatórios ou ação complementar que se torna a intervenção principal
276 (balança decisória, *feedback personalizado*) ao invés de um momento dentro da EM
277 (MILLER; ROLLNICK, 2014).

278 Ao analisarmos os estudos aqui selecionados, notamos que a maioria deles
279 emprega algum tipo de instrumento para avaliar a integridade da EM, como o MITI,
280 MISC, BECCI e YACS. Existem várias ferramentas disponíveis para avaliar a

competência em EM, cada uma com suas vantagens e desvantagens. No entanto, é importante que os profissionais e pesquisadores considerem as limitações de cada instrumento (GILL; OSTER; LAWN, 2020).

Outros cuidados metodológicos observados nos estudos selecionados são a oferta de cursos e de acompanhamento por profissionais credenciados ao MINT na execução da EM, presente em 78,8% dos estudos selecionados. Bem como, em alguns estudos, houve momentos semanais de supervisão de casos e reforço *feedback* das sessões desenvolvidas.

Esses cuidados são necessários, pois a EM envolve bastante um conjunto complexo de habilidades que são usadas de forma flexível, respondendo às mudanças a cada momento o que o usuário diz na tentativa de construir uma conversa colaborativa (MILLER; ROLLNICK, 2009).

LIMITAÇÕES

Apesar de a busca ter sido realizada pelo Periódicos Capes, base ampla de conteúdo científico, reconhecemos limitações nesta revisão, como a potencial omissão de informações relevantes de estudos em outros idiomas para além de inglês, português e espanhol. O processo de seleção dos estudos e a síntese dos resultados desenvolvidos envolveram a interpretação subjetiva dos revisores, podendo introduzir vieses. Procuramos mitigá-los aderindo aos critérios estabelecidos em protocolo de seleção pré-estabelecido. As evidências apresentadas devem ser interpretadas e aplicadas com cuidado, considerando o contexto de cada ambiente de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EM demonstrou resultados positivos na mudança do padrão de consumo de álcool nos estudos selecionados. Mesmo nos casos em que a EM pode não ter sido tão eficaz, quando utilizada isoladamente como meio primário de mudança de

comportamento, tem potencial de ser efetiva quando combinada com outras abordagens ou usada para promover a adesão ao tratamento. Novos estudos em grandes populações, prezando a qualidade da oferta da EM, são indicados para esclarecer os reais impactos do uso de uma conversa colaborativa com pessoas que abusam de álcool.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, K. et al. Evaluation of adding the community reinforcement approach to motivational enhancement therapy for adults aged 60 years and older with DSM-5 alcohol use disorder: a randomized controlled trial. **Addiction (Abingdon, England)**, v. 115, n. 1, p. 69–81, 1 jan. 2020.

BAMATTER, W. et al. Informal Discussions in Substance Abuse Treatment Sessions with Spanish-speaking Clients. **Journal of substance abuse treatment**, v. 39, n. 4, p. 353, dez. 2010.

CELIO, M. A. et al. Mechanisms of Behavior Change in a Brief Dual-target Motivational Intervention: Reduction in Alcohol Use Mediates Intervention Effects on Risky Sex. **Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors**, v. 33, n. 4, p. 349, 2019.

CLARK, B. J. et al. Pilot Randomized Trial of a Recovery Navigator Program for Survivors of Critical Illness With Problematic Alcohol Use. **Critical care explorations**, v. 1, n. 10, p. e0051, out. 2019.

CONSTANT, H. M. R. M. et al. A clinical trial on a brief motivational intervention in reducing alcohol consumption under a telehealth supportive counseling. **Psychiatry research**, v. 303, 1 set. 2021.

EHMAN, A. C.; GROSS, A. M. Acceptance and Commitment Therapy and Motivational Interviewing in the Treatment of Alcohol Use Disorder in a College Woman: A Case Study. **Clinical Case Studies**, v. 18, n. 1, p. 36–53, 1 fev. 2019.

- 331 FIGLIE, N. B.; GIMARÃES, L. P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre
 332 mudança. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, v. 34, n. 87, p. 472–489, 2014.
- 333 FIGLIE, N. B.; SALES, C. Entrevista Motivacional. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.
 334 C.; LARANJEIRA, R. (Org.). . **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e**
 335 **Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2018. .
- 336 GAUME, J. et al. Does change talk during brief motivational interventions with young
 337 men predict change in alcohol use? **Journal of substance abuse treatment**, v. 44, n. 2,
 338 p. 177–185, fev. 2013.
- 339 GILL, I.; OSTER, C.; LAWN, S. Assessing competence in health professionals' use of
 340 motivational interviewing: A systematic review of training and supervision tools.
 341 **Patient Education and Counseling**, v. 103, n. 3, p. 473–483, 1 mar. 2020.
- 342 GO, V. F. et al. Effect of 2 Integrated Interventions on Alcohol Abstinence and Viral
 343 Suppression Among Vietnamese Adults With Hazardous Alcohol Use and HIV: A
 344 Randomized Clinical Trial. **JAMA network open**, v. 3, n. 9, 18 set. 2020.
- 345 HURLOCKER, M. C.; MOYERS, T. B.; HOUCK, J. Can a pure motivational
 346 interviewing intervention be manualized and still efficacious? A test of feasibility and
 347 initial efficacy. **Psychotherapy (Chicago, Ill.)**, v. 58, n. 2, p. 196, 2021.
- 348 LUNDAHL, B. et al. Motivational interviewing adherence tools: A scoping review
 349 investigating content validity. **Patient education and counseling**, v. 102, n. 12, p.
 350 2145–2155, 1 dez. 2019.
- 351 _____. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and
 352 meta-analysis of randomized controlled trials. **Patient Education and Counseling**, v.
 353 93, n. 2, p. 157–168, nov. 2013.
- 354 LUTY, J.; IWANOWICZ, M. Motivational interviewing: living up to its promise?
 355 **BJPsych Advances**, v. 24, n. 1, p. 46–53, jan. 2018.

- 356 MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not.
 357 **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 37, n. 2, p. 129–140, 6 mar. 2009.
- 358 _____. The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions:
 359 impact of treatment fidelity. **Contemporary clinical trials**, v. 37, n. 2, p. 234–241, mar.
 360 2014.
- 361 MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional: Preparando as Pessoas para**
 362 **a Mudança**. 3ª edição ed. [S.l.]: Climepsi Editores, 2016.
- 363 _____. **Motivational interviewing : helping people change and grow**. [S.l.]: The
 364 Guilford Press, 2012.
- 365 MOHER, D. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-
 366 Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 21 jul.
 367 2009.
- 368 OUZZANI, M. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews.
 369 **Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, p. 210, 5 dez. 2016.
- 370 RESNICOW, K. et al. Motivational interviewing for genetic counseling: A unified
 371 framework for persuasive and equipoise conversations. **Journal of Genetic**
 372 **Counseling**, v. 31, n. 5, p. 1020–1031, 1 out. 2022.
- 373 ROLLNICK, Stephen.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no**
 374 **cuidado da saúde : ajudando os pacientes a mudar o comportamento**. [S.l.]:
 375 Artmed, 2009.
- 376 SATRE, D. D. et al. Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use among Primary
 377 Care Patients with HIV: the Health and Motivation Randomized Clinical Trial. **Journal**
 378 **of general internal medicine**, v. 34, n. 10, p. 2054–2061, 1 out. 2019.
- 379 SMEDSLUND, G. et al. Motivational interviewing for substance abuse. **Cochrane**
 380 **Database of Systematic Reviews**, v. 2011, n. 11, 11 maio 2011.

- 381 SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é
382 e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, mar. 2010.
- 383 ZADVINSKIS, I. M.; MELNYK, B. M. Making a Case for Replication Studies and
384 Reproducibility to Strengthen Evidence-Based Practice. **Worldviews on Evidence-**
385 **Based Nursing**, v. 16, n. 1, p. 2–3, 13 fev. 2019.

5.3 ARTIGO 3: IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM MOTIVACIONAL COM ALCOOLISTAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este manuscrito foi submetido à Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM) e seguiu as instruções para autores, disponíveis no link:< <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/about/submissions>> acessado em janeiro de 2023.

IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM MOTIVACIONAL COM ALCOOLISTAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lucas Queiroz Subrinho¹.

0000-0003-3823-7153

Nicolly Teixeira de Oliveira².

0009-0006-3452-244X

Rayssa Ribeiro da Silva².

0009-0004-2992-5813

Heloisa Claro Garcia³.

0000-0003-1504-7074

Marcos Vinícius Ferreira dos Santos¹.

0000-0001-9788-660X

Marluce Mechelli de Siqueira¹.

0000-0002-6706-5015

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)

²Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam)

³Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência de implementação da Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM) com alcoolistas em um serviço ambulatorial especializado de um Hospital Universitário. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, referente a implementação da CEM registrada em diário de campo, que aborda o processo de integração da Entrevista Motivacional (EM) ao Processo de Enfermagem (PE) para desenvolver uma abordagem centrada no usuário e promotora de mudança de comportamento. **Resultados:** A implementação requisiu perseverança para desenvolver um saber-fazer saúde de forma colaborativa, direcionada e guiada. A CEM ampliou as opções de estratégias e intervenções à disposição do enfermeiro para promover mudanças e culminou numa maior procura da equipe e dos usuários pelo cuidado prestado pelo enfermeiro. **Conclusão:** a CEM demonstrou que pode ser uma abordagem eficaz com alcoolistas, ao fortalecer relação terapêutica enfermeiro-usuário e promover uma abordagem de cuidado mais centrada no usuário, empática e colaborativa.

Descritores: Enfermagem; Saúde mental; Alcoolismo; Entrevista Motivacional.

ABSTRACT

Objective: to describe the implementation experience of Motivational Nursing Consultation (MNC) with alcoholics in a specialized outpatient service of a University Hospital. **Method:** a qualitative, descriptive study as an experience report, regarding the implementation of MNC recorded in a field diary, which addresses the process of integrating Motivational Interviewing (MI) into the Nursing Process to develop a person-centered path and behavior change promoting approach. **Results:** the implementation required perseverance to development a way of knowing-how to do health in a collaborative, directed, and guided way. MNC expanded the options of strategies and interventions available to the nurse to promote change and culminated in a greater demand from the team and users for the care provided by the nurse. **Conclusion:** MNC has shown to be an effective approach with alcoholics, by strengthening the therapeutic nurse-user relationship and promoting a more person-centered path, empathetic, and collaborative care approach.

Descriptors: Nursing; Mental Health; Alcoholism; Motivational Interviewing.

RESUMEN

Objetivo: describir la experiencia de implementación de la Consulta de Enfermería Motivacional (CEM) con alcohólicos en un servicio ambulatorio especializado de un Hospital Universitario. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, tipo relato de experiencia, referente a la implementación de la CEM registrada en diario de campo, que integra la Entrevista Motivacional (EM) al Proceso de Enfermería (PE) para desarrollar un enfoque centrado en el usuario y promotor de cambio de comportamiento. **Resultados:** La implementación requirió perseverancia para implantar un saber-hacer salud de forma colaborativa, dirigida y guiada. La CEM amplió las opciones de

estrategias e intervenciones a disposición del enfermero para promover cambio y culminó en una mayor demanda del equipo y de los usuarios por el cuidado prestado por el enfermero. **Conclusión:** La CEM puede ser un enfoque eficaz con alcohólicos, fortaleciendo la relación terapéutica enfermero-usuario y promoviendo un enfoque de cuidado centrado en el usuario, empático y colaborativo.

Descriptor: Enfermería; Salud Mental; Alcoholismo; Entrevista Motivacional.

INTRODUÇÃO

O cuidado é demonstrado na manutenção do potencial saudável das pessoas, sendo dependente de uma concepção ética que considera a vida como um bem valioso por si só e, para se consolidar, é necessário um relacionamento compartilhado entre profissional e usuário⁽¹⁾. Na enfermagem, o cuidado se evidencia por esforços transpessoais para prevenção, tratamento e reabilitação da saúde em uma cooperação terapêutica para compreender as necessidades dos indivíduos e encontrar soluções para esses problemas⁽¹⁻³⁾.

Dentre os diversos campos de atuação do Enfermeiro, no desenvolvimento do cuidado, temos o consumo de álcool e outras drogas. O alcoolismo é identificado como um sério problema de saúde pública, demandando uma abordagem interprofissional⁽⁴⁾. Essa estratégia é fundamental para tratar a complexidade do alcoolismo, pois engloba aspectos físicos, psicológicos, econômicos e sociais⁽⁵⁾.

Um dos meios de desenvolver o cuidado é por meio da Consulta de Enfermagem (CE). Nela, o Enfermeiro desenvolve uma série de ações sistematizadas e inter-relacionadas voltadas para o indivíduo, a família, o grupo e a comunidade⁽⁶⁾. Utilizando modelos teóricos para fundamentar as ações de cuidado⁽⁷⁾.

No âmbito do uso prejudicial e da dependência de álcool, o profissional de enfermagem se depara com um desafio significativo para efetivar esse cuidado, por meio da CE: a ambivalência. Um estado comum em pessoas, que necessitam lidar com tomada de decisão ou mudança de comportamento, se depara com uma dualidade do desejo simultâneo por coisas incompatíveis, o que se manifesta nas conversas ora como discurso de mudança e ora como discurso de sustentação⁽⁸⁾.

A maioria das pessoas que se encontram imersas nessa realidade, muito provavelmente, já detém o conhecimento acerca das consequências adversas que suas ações podem acarretar para si próprios, seus familiares, pessoas significativas em suas vidas e no seu ambiente de trabalho. Esse conhecimento pode ser adquirido tanto por meio do empirismo, quanto por um *feedback* prévio fornecido por um profissional da área da saúde, empregador, familiar ou qualquer outra pessoa de relevância ao círculo social daquela pessoa.

Nesse contexto, o enfermeiro deve ir além de atividades como informar ou educar em saúde, mas utilizar um estilo de diálogo para construir uma conversa colaborativa para promover a tomada de decisão e o processo de mudança do usuário. Práticas de enfermagem não destinadas a lidar com as especificidades do alcoolismo, podem levar a ações de confrontação⁽⁸⁾ e comprometer a relação enfermeiro-usuário e o cuidado desenvolvido por esse profissional⁽⁹⁾.

A Entrevista Motivacional (EM) é uma maneira que vem sendo desenvolvida para lidar com essa dualidade e outras especificidades inerentes ao processo de mudança. Ela é definida como um estilo de

comunicação colaborativa para evocar e fortalecer a própria motivação da pessoa e seu compromisso para mudar⁽¹⁰⁾.

Com isso, vemos a potencialidade e possibilidade de consolidar a CE com alcoolistas ao integrar seus processos com a EM. Desse modo, o objetivo deste artigo foi descrever a experiência de implementação da Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM) com alcoolistas em um serviço ambulatorial especializado de um Hospital Universitário.

Um relato de experiência sobre a aplicação da entrevista motivacional na consulta de enfermagem com alcoolistas pode contribuir para a disseminação dessa prática entre os profissionais de saúde. Além disso, pode ser útil como um instrumento de reflexão e aprimoramento das habilidades comunicativas dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, que são essenciais para estabelecer uma relação terapêutica eficaz com os usuários.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, referente a construção de conversa colaborativa para mudança, por meio da CEM com Alcoolistas.

Como referencial teórico-metodológico utilizou-se a teoria de enfermagem das Necessidades Humanas Básicas (NHB), a taxonomia NANDA *International*, Inc (NANDA-I), a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Entrevista Motivacional, com suas quatro tarefas, espírito e competências básicas⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Adicionalmente, o estudo se apoia no Protocolo Assistencial de CE ao Alcoolista, DENF-002/2019, estabelecido na instituição. Nele, foi realizada uma revisita com objetivo de integrar a Entrevista Motivacional por todo o processo, sendo denominada de Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM).

Local de estudo

O relato de experiência foi vivenciado no Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam), da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Vitória-ES, Brasil, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Este programa, único dispositivo ambulatorial hospitalar público de porta-aberta de cuidado ao alcoolista no estado do Espírito Santo, foi estabelecido em 1985.

Cenário de aperfeiçoamento da CE desde então⁽¹³⁾, atualmente conta com uma equipe multidisciplinar incluindo enfermeiros e médicos, além de estudantes de graduação e residentes, com atendimentos nas segundas, quartas e quintas-feiras, turno vespertino⁽¹⁴⁾. No período anterior à pandemia de covid-19, a equipe chegou a contar com assistente social e com psicólogo. Em 2023 foram realizados 1.622 atendimentos no PAA-HUCAM-UFES, desses 1.232 foram consultas médicas e 390 consultas com o enfermeiro.

Participantes da pesquisa

O foco principal deste estudo são as práticas do enfermeiro e do docente que estruturaram a CEM com alcoolistas no PAA-HUCAM-UFES. O enfermeiro responsável pela realização da CEM recebeu dois treinamentos de 60 e 40 horas cada, conduzidos por especialistas em Entrevista Motivacional das áreas de enfermagem e psicologia, associadas ao *Motivational Interviewing Network of Trainers* (MINT).

Coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um diário de campo para registrar as experiências do enfermeiro nas CEM, nos momentos de aperfeiçoamento profissional e nas reuniões de orientações acadêmicas e de pesquisa. Além das informações das CEM registradas, em prontuário *online*, pelo no Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU), adotado pelos Hospitais Universitários Federais da rede Ebserh.

Aspectos éticos

Esse estudo segue os preceitos éticos, estando vinculado ao projeto guarda-chuva intitulado "Atenção a Usuários de Álcool, Tabaco e outras Drogas num Hospital Universitário: tecendo a rede do cuidar", sob o parecer nº 5.558.775/2022 e CAAE: 06800219.8.0000.5071 do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) do Hucam.

Financiamento

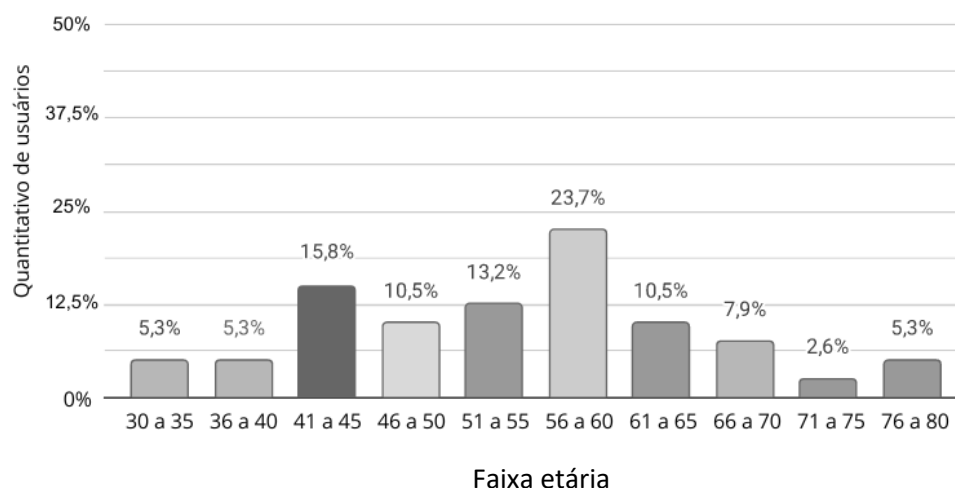
Esse artigo é produto do projeto de boas práticas no campo de políticas sobre drogas, por meio do Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas – Rede Abraço, vinculado à Subsecretaria de Estado de Políticas sobre Drogas (Sesd) e à Secretaria de Estado do Governo (SEG) do Espírito Santo.

RESULTADOS

Perfil os usuários assistidos

Ao analisar o perfil demográfico dos usuários, entre fevereiro e setembro de 2023, observou-se uma predominância do sexo masculino, que representa 76,3% (29 usuários), enquanto 23,7% (9 usuárias) eram do sexo feminino. Em termos de faixa etária (ver Gráfico 1), a maioria dos usuários, correspondendo a 23,7% (9 usuários), estava na faixa de 56 a 60 anos. As idades dos participantes variaram de 34 a 80 anos, indicando a diversidade de idades dos usuários atendidos pelo Programa.

Gráfico 1 – Faixa etária dos usuários assistidos na Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM) no PAA-HUCAM-UFES, Vitória, ES, Brasil, fevereiro-setembro 2023.



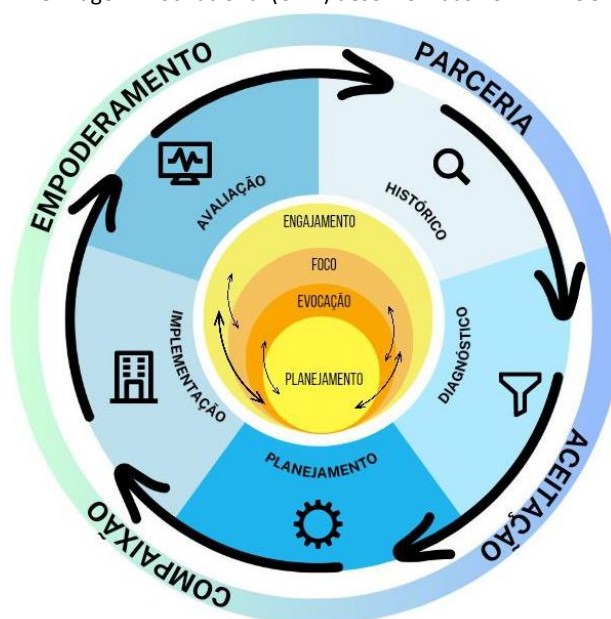
Fonte: Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU), 2023.

No que diz respeito às residências dos usuários assistidos, 86,8% (33) eram da região metropolitana, 5,3% (2) da região sul, 5,3% (2) da região central e 2,6% (1) da região norte. As regiões foram selecionadas de acordo com o mapa das regiões de saúde do estado do Espírito Santo, vigente no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2011⁽¹⁵⁾.

CE no cuidado com alcoolistas: integração da entrevista motivacional

Em 2022, iniciou-se a integração da EM nas CE, e o produto denominamos de CEM. A implementação prática começou em fevereiro de 2023. A estrutura da CEM inclui as cinco etapas do Processo de Enfermagem (PE), ajustadas para abordar as quatro tarefas do processo de mudança e tomada de decisão e envolvidas pelo espírito da EM, como ilustrado na Figura 01.

Figura 1 - Etapas das Consultas de Enfermagem Motivacional (CEM) desenvolvidas no PAA-HUCAM-UFES, Vitória, ES, Brasil, 2023.



Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

Esta integração marca uma evolução significativa no protocolo, enriquecendo o processo de consulta com uma abordagem mais centrada no usuário e orientada para a mudança de comportamento.

Agendamento das Consultas de Enfermagem Motivacional

As CEM foram agendadas nas segundas e quintas-feiras, no período vespertino, visando oferecer consistência e disponibilidade para os usuários. Cada sessão de CEM teve uma duração aproximada de 40 a 60 minutos, permitindo um tempo suficiente para uma abordagem aprofundada e personalizada para cada usuário.

Quanto ao acesso às CEM, os usuários tinham duas principais vias de entrada: por meio de livre demanda (quando os próprios usuários buscavam o serviço de maneira autônoma) ou através de encaminhamentos realizados por outros profissionais da equipe de saúde. Esta flexibilidade no acesso destaca a abertura e a receptividade do programa, permitindo que os usuários se engajem no processo de cuidado de maneira que melhor atenda às suas circunstâncias e necessidades individuais.

Aplicação da Entrevista Motivacional na CEM

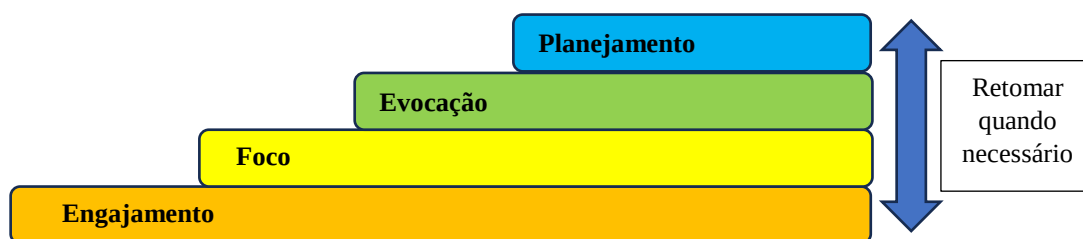
A Entrevista Motivacional busca fomentar um diálogo colaborativo voltado para a mudança em quatro tarefas: Engajamento, Foco, Evocação e Planejamento⁽¹⁰⁾. Cada uma destas tarefas tem um papel específico no processo de diálogo colaborativo voltado para a mudança⁽⁸⁾:

1. Engajamento: este é o estágio inicial, onde se estabelece uma conexão produtiva e uma relação de trabalho entre o profissional de saúde e o usuário. É essencial para o sucesso das etapas seguintes;
2. Foco: aqui, define-se o tópico específico que o usuário deseja explorar e discutir;
3. Evocação: esta etapa visa estimular as motivações intrínsecas do usuário para a mudança, envolvendo a exploração de ideias, sentimentos, razões e métodos para a mudança;
4. Planejamento: neste momento, a discussão se volta para o "como" e o "quando" da mudança, incentivando o usuário a expressar suas próprias soluções e opiniões.

Em nossa experiência, o diálogo baseado na EM se iniciou após as apresentações iniciais, utilizando as competências básicas da comunicação, definidas no acrônimo PARR (Perguntas Abertas; Afirmar/Reforço positivo; Reflexão e Resumo)⁽¹⁶⁾. E, quando necessário, a estratégia Perguntar-Oferecer-Pedir (POP) para Informar e Aconselhar, com permissão. Nessa dinâmica, era perguntado ao usuário o que ele sabia sobre o assunto, seguido de oferecimento de uma informação, aconselhamento ou ajuda e finalizado com um pedido de *feedback* do que foi externado pelo profissional^(10,17).

A partir do PARR e do POP, o enfermeiro ficava atento a conversa apresentada pelo usuário que, na EM, é dividida em conversa preparadora de mudança (Desejo, Habilidade, Razões, Necessidade - DARN) e conversa mobilizadora de mudança (Compromisso, Ativação e Tomada de passos - CATs)⁽¹⁰⁾. A partir do estabelecimento da conversa, o profissional identificava em que processo de mudança o usuário se encontrava e buscava direcioná-lo, adequadamente, para a próxima tarefa, conforme figura 2.

Figura 2 – Tarefas envolvidas na Entrevista Motivacional (EM)



Fonte: Adaptado de MILLER; ROLLNICK, 2016⁽¹⁰⁾.

Processo e Estratégias na CEM

A CEM manteve as cinco etapas do PE inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, com seu núcleo pautado nas quatro tarefas do processo de mudança e tomada de decisão e envolvida pelo espírito da EM, conforme quadro 1.

Quadro 1 - As etapas da Consulta de Enfermagem Motivacional

Etapas	Ação guiada pela Entrevista Motivacional
Avaliação de Enfermagem	Obter informações sobre a pessoa, família, seu contexto e suas respostas dentro do processo de saúde-doença, por meio de um espaço de diálogo utilizando, prioritariamente, Perguntas abertas, Afirmativas/Reforço Positivo, Reflexões e Resumos (PARR). Atentar a contemplar as informações previstas no roteiro de consulta. Sempre atento para não colocar em risco o engajamento e para favorecer a delimitação do foco.
Diagnóstico de Enfermagem	Interpretar as informações coletadas no diálogo e no exame físico, identificando os problemas e necessidades do usuário para formulação dos diagnósticos de enfermagem, com base na taxonomia NANDA-I, que abrangessem o foco e a ambivalência que será abordada no processo de mudança.
Planejamento de Enfermagem	Definir os resultados que se espera alcançar e as intervenções de enfermagem que serão realizadas, utilizando a taxonomia NANDA-NOC-NIC, para responder à ambivalência, fortalecer falas de mudanças e estruturar a execução de um plano de mudanças, respeitando os princípios da Parceria, Aceitação, Compaixão e Empoderamento (PACE) para que o usuário fale mais do “se”, “como” e “porquê” mudar.
Implementação de Enfermagem	Executar as intervenções de enfermagem definidas na etapa de planejamento, sempre na busca de acessar a prontidão para a mudança quando envolver uma ação a ser desenvolvida pelo usuário. Nos casos de aconselhamento e informações, sempre pedir permissão antes e seguir com a estratégia de Perguntar-Oferecer informação-Pedir <i>feedback</i> (POP).
Avaliação de Enfermagem	Avaliar, de forma deliberativa, sistemática e continua, por meio da NOC e outros parâmetros como DARN-CATs e régua de prontidão, as mudanças de comportamento do usuário frente às intervenções de enfermagem, ajustes necessários e retorno do usuário sobre o cuidado recebido, para gerar ajustes necessários ao planejamento.

Fonte: Subrinho, 2024⁽¹⁸⁾.

Na CEM, o primeiro contato, tradicionalmente destinado à coleta de dados, foi cuidadosamente planejado para não comprometer o engajamento do usuário. A dinâmica de PARR foi primordial neste estágio, ajudando a construir um entendimento das expectativas e motivos do usuário para procurar o serviço. Perguntas abertas foram essenciais para evocar declarações motivacionais, permitindo ao enfermeiro obter informações valiosas para a formulação de diagnósticos de enfermagem.

Durante a conversa colaborativa, as informações trocadas permitiram ao enfermeiro identificar achados cruciais para construir diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções, alinhados com o foco definido na CEM. Quando o foco não estava claro, o enfermeiro incentivava o usuário a selecionar um tema específico ou apresentava uma lista de tópicos para facilitar a escolha.

Antes de avançar para as etapas de Planejamento e Intervenção, foi estabelecida uma conversa para evocar a mudança, visando trabalhar a ambivalência e incentivar declarações de mudança, conforme quadro 2. Este diálogo preparou o terreno para a etapa de planejamento, realizada em conjunto com o usuário.

Quadro 2 – Conversas mobilizadoras e preparadoras de mudança na CEM

Sigla	Significado	Pergunta	Conversa
D	Desejo	Como gostaria que as coisas mudassem? Fale-me o que não gosta das coisas como estão agora na sua vida?	Eu quero... Desejo me sentir...
A	Habilidade	O que pensa que seria capaz de mudar? Como está confiante de que poderia mudar, se decidisse?	Eu posso... Eu sou capaz de... Eu poderia...
R	Razões	Qual o lado negativo da forma como as coisas estão agora? Quais seriam as três melhores razões para _____?	Quero continuar a viver, para ver meus netos. Poderia dormir melhor à noite.
N	Necessidade	O que pensa que tem de mudar? De que forma é importante para você que _____?	Eu preciso de... Não posso continuar assim. Eu tenho que...
C	Compromisso	O que você vai fazer? O que você garante de fazer?	Eu vou... Eu garanto... Eu pretendo...
A	Ativação/Disposição	O que está pronto para fazer? O que está disposto a fazer?	Estou pronto para... Estou com vontade de...
Ts	Tomada de passos	O que você já fez? O que você já conquistou?	Fui a uma reunião de grupo de ajuda. Comecei a cuidar do meu jardim Saí com meus filhos para a praça nesse final de semana.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Miller; Rollnick, 2023⁽¹⁰⁾; Miller; Rollnick, 2016⁽⁸⁾.

Nas etapas de Planejamento e Avaliação, a técnica POP foi intensivamente utilizada, especialmente, para oferecer informações e definir as intervenções apropriadas para o plano de cuidados. O enfermeiro sempre solicitou permissão antes de oferecer aconselhamento. Cada sessão era concluída com um resumo

motivacional dos pontos discutidos e, na consulta seguinte, iniciava-se com uma recapitulação do encontro anterior.

Para facilitar a conversa colaborativa em cada tarefa, o enfermeiro empregou várias estratégias, como o baralho de valores pessoais, mapeamento de agenda, identificação de características de sucesso, análise de prós e desafios na mudança de comportamento, revisão de sucessos passados, visualização de perspectivas futuras, curtogramas, entre outras. A Figura 3 apresenta um exemplo de uma dessas atividades.

Figura 3 – Mapeamento de agenda utilizado na Consulta de Enfermagem Motivacional com alcoolistas no PAA-HUCAM-UFES, Vitória, ES, Brasil, 2023



Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

Adaptação e personalização no processo de CEM

O enfermeiro, no decorrer da CEM, demonstrou uma atenção constante na seleção de atividades que mais se adequavam ao estágio específico do processo de mudança em que cada usuário se encontrava. Esta abordagem flexível e centrada no usuário era essencial para garantir que as atividades propostas fossem relevantes e eficazes.

Além disso, sempre que uma nova atividade era proposta, o enfermeiro oferecia ao menos duas opções, permitindo que o usuário fizesse uma escolha livre. Essa prática reforçava o empoderamento do usuário e o engajamento no próprio processo de mudança, elementos-chaves para o sucesso da CEM.

As atividades variavam quanto a maneira de realização, oferecendo flexibilidade adicional. Determinadas eram iniciadas e finalizadas no consultório, outras começavam no consultório e eram concluídas na casa do usuário, e algumas eram iniciadas na casa do usuário e finalizadas no consultório. Essa adaptabilidade no local das atividades permitia que o cuidado fosse personalizado não apenas ao estágio de mudança do usuário, mas também ao seu contexto de vida e preferências pessoais.

DISCUSSÃO

A contribuição da EM dentro do PE

A experiência CEM com alcoolistas revelou aspectos significativos de uma abordagem centrada no usuário. A verbalização do sentimento de ser escutado emergiu como um elemento crucial. Este aspecto não só fortaleceu a relação terapêutica, mas também reforçou a percepção do usuário de ser valorizado e compreendido. Isso, por sua vez, facilitou a abertura para discussões mais profundas e significativas sobre a mudança, incluindo a ambivalência.

Dentro de um processo de mudança ou tomada de decisão, a maioria das pessoas atravessam um processo de ambivalência. Nele, conversas preparadora e mobilizadora para mudança, estão entremeadas de discurso de sustentação^(10,16). Uma relação empática pode favorecer o fortalecimento de DARN-CATs e atenuar a sustentação, dois fatores essenciais para promover uma ação pró-mudança⁽¹⁹⁾.

A força do vínculo que é construído entre o profissional e o usuário é um dos principais fatores no processo de mudança bem-sucedido^(20,21). Para isso, a CEM visa fazer desse momento um processo em que se estabelece uma relação de ajuda, com confiança e respeito mútuos⁽⁸⁾.

Nesse ponto, para o estabelecimento do vínculo, talvez, a maior ameaça seja a comunicação de forma desigual com a implicação de que o profissional é o responsável pela mudança e possui exclusividade, ou prioridade, em determinar o tema a ser abordado e o que o usuário deve fazer⁽¹⁰⁾. Certamente, os usuários esperam que o enfermeiro tenha conhecimento para compartilhar com eles, contudo, é essencial que o profissional reconheça e valorize a experiência e o conhecimento do usuário sobre sua própria vida.

A dinâmica tradicional entre pergunta fechada e resposta simples pode não ser tão produtivo quando o foco é a mudança de comportamento e pode promover essa sensação de desigualdade e desequilíbrio entre usuário-enfermeiro⁽⁸⁾. Por isso, deve-se dar prioridade a perguntas evocativas e debruçar sobre o que o usuário vem nos falar.

Pois, embora o cenário do PAA-HUCAM-UFES sugira um foco em reduzir ou abster do consumo de bebidas alcoólicas, é fundamental que o enfermeiro perceba se o principal interessado, nesse foco sugerido pelo cenário, é o usuário à sua frente, ou se ele está ali, somente, por interesse de familiares, profissionais ou outras pessoas significativas. É necessário promover o encontro de expectativa entre o enfermeiro e o usuário⁽⁸⁾.

Seja para usuários ambivalentes ou não ambivalentes, esse encontro pode promover uma relação mais próxima de um fluir de uma dança do que a sensação de cabo de guerra, em especial, quando o enfermeiro utiliza os aspectos do Espírito da EM, compreendido pela Parceria, Aceitação, Compaixão e Empoderamento (PACE), como base de toda a conversa e ações que acontecem em consultório⁽¹⁰⁾.

O processo de mudança, como observado, não é linear e requer uma atenção contínua à resposta do usuário para mantê-lo direcionado e guiado^(22,23). O enfermeiro se reserva a criar um momento para evocar e fortalecer os próprios desejos, ideias e porquês da mudança do usuário e, ao final, fazer um convite para contribuir com o planejamento e implementá-lo⁽¹⁰⁾.

Por fim, integração da EM no cuidado de enfermagem com alcoolistas, como demonstrado neste estudo, oferece uma nova perspectiva para o PE, de enfatizar uma abordagem mais humanizada, empática e centrada no usuário. Com isso, a proposta da CEM, não só melhora o vínculo terapêutico, mas também potencializa o processo de mudança, respeitando a complexidade e a individualidade de cada usuário. Este estudo sugere que a CEM pode ser uma ferramenta valiosa na melhoria da prática de enfermagem, especialmente, em contextos desafiadores como o cuidado com alcoolistas.

CONCLUSÃO

O relato demonstrou que no processo de implementação da CEM com alcoolistas, percebe-se uma abordagem que se distingue de práticas mais tradicionais na enfermagem, frequentemente caracterizadas por um modelo especializado e, em certa medida, autoritário. A experiência inicial com a CEM trouxe incertezas, especialmente, em uma área onde existem práticas em que o profissional tende a impor sua sabedoria de maneira unilateral.

Todavia, experienciamos com a CEM que todo o conhecimento necessário para a mudança é desenvolvido no encontro entre usuário e profissional. A maneira como o enfermeiro desenvolve essa relação é crucial para criar engajamento, foco, evocação e planejamento, elementos fundamentais no PE.

Percebemos uma ampliação das opções de estratégias e intervenções, bem como uma consonância com as intervenções já previstas na taxonomia NANDA-NOC-NIC, um maior acionamento do enfermeiro pela equipe do Programa, para estar como membro ativo do processo de cuidado, além do aumento da procura dos usuários por consultas motivacionais.

Observamos que o papel do enfermeiro foi de ajudar o usuário a resolver sua ambivalência, facilitando a experimentação e implementação de um plano de mudança. Esta abordagem da CEM, centrada no usuário, empática e colaborativa, não só pode ser eficaz na resolução da ambivalência do usuário, mas também, fortalece o papel do enfermeiro como um facilitador essencial no caminho da recuperação e da mudança.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira RC de, Silva LF, Jesus MR de, Santos TJ, Evaristo TN, Ribeiro WF, et al. O cuidado clínico e o processo de enfermagem em saúde mental: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020 Jan 6;(38):e2018–e2018. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2018.2020>
2. Silva JS e, Ribeiro HKP, Fernandes MA, Rocha D de M. O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Enfermagem em Foco*. 2020 Jun 26;11(1):170–5. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2743>
3. Dal’Bosco EB, Floriano LSM, Rangel AGSS, Ribas MC, Cavalheiro APG, Silva CL da, et al. Coping em saúde mental durante o isolamento social: análise à luz de Hildegard Peplau. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1207>
4. Macena AB da, Subrinho LQ, Sequeira CA da C, Portugal FB, Siqueira MM de. Subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa alcoolista. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021 Nov 26;34:eAPE00035. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00035>

5. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet*. 2019 Aug 31;394(10200):781–92. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31775-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31775-1)
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Brasília, Brasil: Conselho Federal de Enfermagem - Cofen; 2024.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 678, de 30 de agosto de 2021. Brasília, Brasil: Conselho Federal de Enfermagem - Cofen; 2021.
8. Miller W, Rollnick S. Entrevista Motivacional: Preparando as Pessoas para a Mudança. 3ª. Climepsi Editores; 2016. 514 p.
9. Subrinho LQ, Sena EL da S, Santos VTC, Carvalho PAL de. Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. 2018;27(3):834–44. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020181800079>
10. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing : helping people change and grow. 4ª. Guilford Press; 2023. 338 p.
11. NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2021-2023. Vol. 6, BMC Public Health. 2021. 568.
12. Pinheiro CW, Araújo MÂM, Rolim KMC, Oliveira CM de, Alencar AB de. Teoria das Relações Interpessoais: Reflexões acerca da Função Terapêutica do Enfermeiro em Saúde Mental. *Enfermagem em Foco*. 2019 Nov 7;10(3):64–9. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291>
13. Andrade L da S de, Seabra LDO, De Oliveira LB, Albane S, Subrinho LQ, Portugal FB, et al. Programa de Atenção ao Alcoolista: 30 anos de ensino-assistência, pesquisa e extensão. *Revista Guará*. 2018 Feb 23;5(8). DOI: <https://doi.org/10.30712/guara.v5i8.15820>
14. Cardoso LS, Vieira CB, Siqueira MM de. Avaliação da satisfação e percepção de mudanças em um programa de alcoolismo: Perfil dos participantes | Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2018;10(26):87–100. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68668/41352>
15. Governo do Estado do Espírito Santo. PDR - Plano Diretor de Regionalização: Espírito Santo 2011. Vitória; 2011. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanuDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf
16. Lundahl B, Droubay BA, Burke B, Butters RP, Nelford K, Hardy C, et al. Motivational interviewing adherence tools: A scoping review investigating content validity. *Patient Educ Couns*. 2019 Dec 1;102(12):2145–55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.07.003>
17. Resnicow K, Delacroix E, Chen G, Austin S, Stoffel E, Hanson EN, et al. Motivational interviewing for genetic counseling: A unified framework for persuasive and equipoise conversations. *J Genet Couns*. 2022 Oct 1;31(5):1020–31. DOI: <https://doi.org/10.1002/jgc4.1609>
18. Subrinho LQ. Consulta de Enfermagem Motivacional com Alcoolistas: o cuidado no processo de mudança [Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)]. [Vitória]: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo; 2024
19. Figlie NB, Sales C. Entrevista Motivacional. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, editors. Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed; 2018.
20. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1979;16(3):252–60. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0085885>
21. Baier AL, Kline AC, Feeny NC. Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clin Psychol Rev*. 2020 Dec 1;82:101921. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
22. Steindl C, Jonas E, Sittenthaler S, Traut-Mattausch E, Greenberg J. Understanding Psychological Reactance: New Developments and Findings. *Z Psychol*. 2015;223(4):205. DOI: <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000222>

23. Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ. Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. Dtsch Arztebl Int. 2021 Nov 13;118(7):109. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0014

5.4 ARTIGO 4: CONSULTA DE ENFERMAGEM MOTIVACIONAL COM ALCOOLISTAS NA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO: ESTUDO LONGITUDINAL

Este manuscrito será submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) e seguiu as instruções para autores, disponíveis no link: <<http://rlae.eerp.usp.br/section/6/para-autores>> acessado em fevereiro de 2023.

CONSULTA DE ENFERMAGEM MOTIVACIONAL COM ALCOOLISTAS NA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO: ESTUDO LONGITUDINAL

Resumo

Objetivo: analisar a efetividade da Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM) na mudança de comportamento de alcoolistas em um Programa especializado de atenção ambulatorial de um hospital universitário. **Método:** estudo longitudinal realizado com 21 usuários que participaram de cinco CEM no período de 90 dias. As mudanças de comportamento foram avaliadas em três momentos, antes da primeira, no dia da terceira e após a quinta CEM, por meio de questionário composto de variáveis de padrão de consumo de bebidas alcoólicas, sintomas de ansiedade, depressão e estresse, nível de dependência, mudança percebida e prontidão para mudança. **Resultados:** evidenciou redução estatisticamente significativa no padrão de consumo em todos os períodos avaliados; redução de pontuação do nível de dependência e nos sintomas de estresse e depressão e aumento da mudança percebida entre T0 e T2. **Conclusão:** a CEM foi efetiva na mudança de comportamento de alcoolistas após cinco CEM em um intervalo de 90 dias.

Descritores: Enfermagem; Saúde mental; Alcoolismo; Entrevista Motivacional; Assistência Centrada na Pessoa.

Introdução

A hesitação é uma experiência humana natural, principalmente, quando envolve um processo de mudança⁽¹⁾. No âmbito da saúde, temos diversas situações que englobam esse processo de mudança e a hesitação, dentre elas, podemos citar o alcoolismo.

O alcoolismo é identificado como um sério problema de saúde pública, de causa multifatorial, demandando uma abordagem interprofissional⁽²⁾. Haja vista que envolve aspectos físicos, psicológicos, econômicos e sociais⁽³⁾. E, nesse contexto, o profissional de saúde busca

promover a mudança e o crescimento do outro, o que envolve uma ação de ambos os lados da relação.

O enfermeiro, assim como outros profissionais de saúde, ao se deparar com uma pessoa ambivalente, ou até mesmo com aqueles que expressam pouca ou nenhuma razão para iniciar uma mudança, pode vivenciar um sentimento de frustração e buscar alternativas de persuasão ou comunicação unidirecional, levando a resultados opostos da mudança de comportamento⁽¹⁾.

Ambas as situações, um usuário ambivalente ou aquele voltado a manutenção do *status quo* do consumo de álcool, podem comprometer a percepção que o enfermeiro tem sobre essa pessoa e, por conseguinte, gerar um (des)cuidado ao considerá-los culpados pelo insucesso do tratamento, por não serem responsivos às expectativas da equipe⁽⁴⁾.

Isso pode acontecer pelos profissionais de saúde terem uma predisposição natural em querer fazer a mudança acontecer e, com o enfermeiro, isso não poderia ser diferente. Porém, dizer o que fazer e persuadir o usuário, muitas vezes, são insuficientes quando o assunto é mudança de comportamento, pois envolve a motivação⁽⁵⁾. Insistir nessa abordagem pode levar à confrontação⁽¹⁾.

Como alternativa à confrontação, a Entrevista Motivacional (EM) é um estilo de comunicação colaborativo para evocar e fortalecer a própria motivação da pessoa e seu compromisso para mudar e crescer⁽¹⁾. As habilidades que a envolve, como a escuta reflexiva, não são traços de personalidade ou talentos inatos, mas práticas possíveis de serem aprendidas e aperfeiçoadas ao longo do tempo e podem tornar alguns profissionais mais ou menos eficazes em evocar mudanças do que outros⁽⁵⁾.

Como um estilo de conversa baseado em evidências científicas, a EM possui aplicabilidade e eficácia em diversas áreas da saúde como, por exemplo, diabetes, saúde bucal, sedentarismo, autocuidado, transtornos alimentares, tabagismo e consumo de álcool⁽⁶⁻⁹⁾.

O que torna a EM uma maneira de o enfermeiro promover uma conversa guiada dentro do Processo de Enfermagem para desenvolver cuidado e evitar o (des)cuidado. A distribuição do Processo em cinco etapas, mas agora internalizando as quatro tarefas do processo de mudança e envolvida pelo espírito da EM, denominamos de Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM) e foi aplicada em um serviço ambulatorial especializado de atenção ao alcoolista.

Essa nova maneira de se pensar e de se desenvolver o Processo de Enfermagem integrado, ao invés de alternado com a EM, ainda não havia sido mensurado sua efetividade na prática clínica com alcoolistas. Com isso, este estudo teve como objetivo: Analisar a efetividade da Consulta de Enfermagem Motivacional na mudança de comportamento de alcoolistas em um Programa especializado de atenção ambulatorial de um hospital universitário.

Dessa forma, considerando a importância das habilidades comunicativas, o acolhimento e resolução da ambivalência no processo de mudanças integradas ao cuidado, se torna essencial para uma prática de enfermagem direcionada e efetiva no alcoolismo.

Método

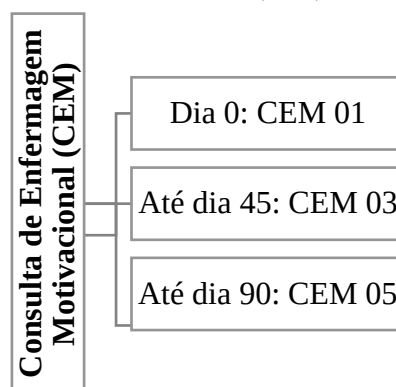
Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de delineamento quantitativo, analítico, clínico, pré-experimental e longitudinal, com três momentos de mensuração das variáveis. A intervenção em estudo é a Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM) e sua efetividade na mudança de comportamento de alcoolistas frente ao consumo de bebidas alcoólicas.

O estudo foi realizado no Programa de Atenção ao Acoolista (PAA) do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam), da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Vitória-ES, Brasil, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). O serviço existe há mais de 30 anos, ofertando cuidado ao público e desenvolvendo o Processo de Enfermagem⁽¹⁰⁾.

Os usuários que referiam episódio de consumo de álcool nos últimos 30 dias, sem histórico de acompanhamento com o enfermeiro do serviço, foram encaminhados, pela equipe médica, para as CEM.

Figura 1. Programação de oferta da CEM. Vitória, ES, Brasil, 2023



Fonte: Elaboração própria (2023)

A CEM foi realizada por enfermeiro que recebeu dois treinamentos de 60 e 40 horas cada, por especialistas credenciadas ao *Motivational Interviewing Network of Trainers* (MINT), na área de enfermagem e de psicologia, para aplicação da intervenção. A integridade da EM foi avaliada por um enfermeiro e psicólogo com experiência prática de EM, mediante o *Motivational Interviewing Treatment Integrity 4.2.1* (MITI)⁽¹¹⁾.

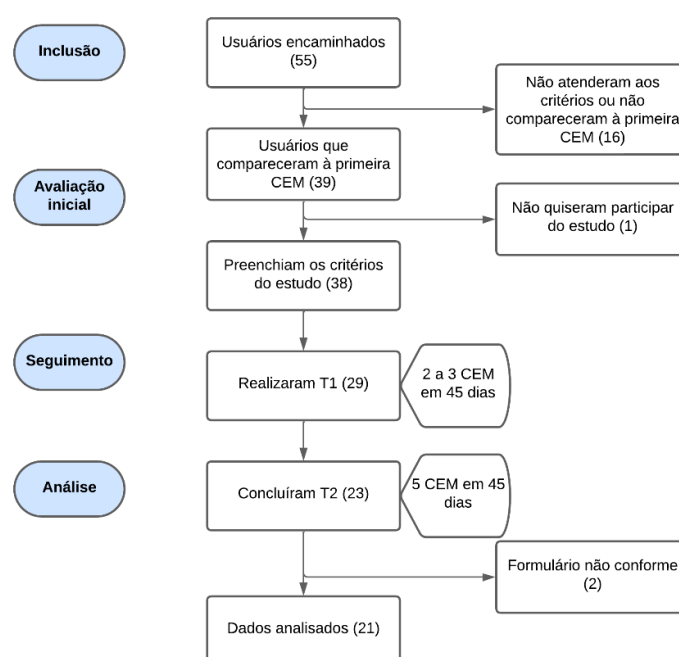
Definição da amostra

Os participantes selecionados pelos critérios de inclusão foram: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos; ter autorreferido episódio de consumo de álcool dentro dos últimos 30 dias; estar em acompanhamento médico no PAA; ter disponibilidade para participar de cinco CEM, no intervalo de 90 dias.

Os critérios de exclusão adotados foram: apresentar dificuldade para compreender e se expressar verbalmente em consequência do consumo de álcool ou de sequelas neurológicas cognitivas autorrelatadas ou registradas em prontuário *online*; doença psiquiátrica grave como esquizofrenia ou transtorno psicótico; recusa em responder os questionários de acompanhamento; impossibilidade de comparecer em cinco CEM, no intervalo de 90 dias.

Um total de 55 usuários foram encaminhados para a CEM, desses 39 preenchem os critérios de inclusão no dia da primeira consulta. 21 chegaram a concluir cinco CEM no intervalo de 90 dias (Figura 2).

Figura 2 – Diagrama adaptado segundo o *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT)



Nota: CEM – Consulta de Enfermagem Motivacional (CEM)

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a dezembro de 2023, com a aplicação de um questionário contendo um inquérito biossocioeconômico e demográfico, variáveis como gênero, idade, residência, situação conjugal, composição familiar, renda individual e familiar, escolaridade individual e familiar, meios de transporte e relacionamento religioso.

Também fizeram parte do questionário três instrumentos traduzidos e validados para o Brasil para avaliar sintomas de ansiedade, depressão e estresse, nível de dependência de álcool

e mudança percebida ao decorrer do acompanhamento. Os momentos de aplicação foram: antes da primeira, no dia da terceira e ao final da quinta CEM.

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), também conhecida como *Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form* (DASS-21), foi a utilizada para avaliar sintomas de ansiedade, depressão e estresse, em 21 perguntas^(12,13). O nível de dependência de álcool foi avaliado pela *Short Alcohol Dependence Data* (SADD), composto por 15 questões e escore de 1-9 pontos (leve), 10-19 (moderada) e 20-45 (grave)⁽¹⁴⁾. Enquanto a mudança percebida foi avaliada pela Escala de Mudança Percebida (EMP), com 19 questões⁽¹⁵⁾.

Por fim, duas adaptações de instrumentos padronizados no cenário internacional foram utilizadas para monitorar o padrão de consumo de álcool e autoavaliação da prontidão para a mudança do usuário. O padrão de consumo seguiu a adaptação do *Quick Drinking Assessment Interview* (FORM-90-AQ), enquanto a prontidão para mudança se baseou na régua de prontidão para a mudança, ambos utilizados no contexto da Entrevista Motivacional^(11,16-18).

A aplicação do questionário foi realizada por pesquisadores treinados do Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas: interconexões (Cepadi). Em nenhum momento o enfermeiro da intervenção realizou aplicação de questionários. Os momentos em que o usuário foi convidado a participar da pesquisa e preencher os instrumentos foi de 30-60 minutos antes do início dos atendimentos. Esse processo ocorreu em uma sala designada especificamente para a aplicação do questionário, garantindo privacidade e continuidade.

Análise dos dados

Para fins de apresentação dos dados lançou-se mão da estatística descritiva e inferencial. Para descrição das variáveis categorias foi adotado a frequência relativa e absoluta, enquanto para as contínuas a média e o desvio padrão.

Para fins de comprovação da efetividade das CEM, um teste t pareado foi utilizado para comparar a média do padrão de consumo e os constructos avaliados (i.e., EADS-21, SADD,

EMP e 'Prontidão para mudança') entre os diferentes momentos (T0, T1 e T2). Os resultados foram então apresentados por meio da diferença das médias (tamanho do efeito) e seu respectivo intervalo de confiança 95% (IC95%).

Todas as rotinas foram executadas no pacote estatístico Stata (Stat Corp®) versão 12.

Aspectos éticos

Esse estudo é um subprojeto do projeto guarda-chuva intitulado *Atenção a Usuários de Álcool, Tabaco e outras Drogas num Hospital Universitário: tecendo a rede do cuidar*, aprovado sob parecer nº 5.558.775 e CAAE: 06800219.8.0000.5071, atendendo o disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos.

Com o objetivo de garantir a capacidade de responder o questionário e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sem trazer riscos ao participante, foi utilizado como pré-questionário o *Clinical Withdrawal Assessment Revised* (CIWA-Ar), que avalia a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)⁽¹⁹⁾. Nos casos de SAA Grave, a aplicação ao questionário de pesquisa ou assinatura do TCLE não foram realizados, sendo prioridade a estabilização do quadro clínico. Em um outro momento, preenchendo os critérios, o usuário foi novamente convidado para assinatura do TCLE ou responder o questionário de pesquisa.

Financiamento

Este estudo é produto do projeto de boas práticas no campo de políticas sobre drogas, por meio do Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas – Rede Abraço, vinculado à Subsecretaria de Estado de Políticas sobre Drogas (SESD) e à Secretaria de Estado do Governo (SEG) do Espírito Santo.

Resultados

Um total de 21 indivíduos foram avaliados com média de idade aproximada de 52 anos (10,9%), oscilando de 33 a 79 anos. Prevaleram os do sexo masculino (85,7%), sem companheiros (as) (52,4%), com escolaridade de ensino médio (42,9%), com filhos (76,2%) e renda de menos de um salário-mínimo (38,1%). Quanto aos hábitos de vida, as características

de saúde e a prática de alguma atividade física foi referida por 52,4% dos participantes e a doença com maior prevalência de forma autorreferida foi algum transtorno psiquiátrico (45,0%). Para 23,8% aquela era a primeira vez que comparecia ao PAA (Tabela 1)

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e de saúde da amostra avaliada. Vitória, ES, Brasil, 2023

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
	n	%
Sexo		
Masculino	18	85,7
Feminino	3	14,3
Situação Marital		
Sem companheiro (a)	11	52,4
Com companheiro	10	47,6
Escolaridade		
Fundamental I	5	23,8
Fundamental II	7	33,3
Ensino médio	9	42,9
Filhos		
Não	5	23,8
Sim	16	76,2
Renda Familiar		
Menos de 1 salário-mínimo	8	38,1
Um ou mais salários-mínimos	13	61,9
Cidade		
Vitória	7	33,3
Vila velha	2	9,5
Cariacica	6	28,6
Serra	1	4,8
Viana	1	4,8
Outros	4	19,0
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE		
	n	%
Atividade física		
Não	10	47,6
Sim	11	52,4
Prevalências Autorreferidas de Doenças		
Cardíaca	6	30,0
Hepática	4	20,0
Pancreática	6	30,0
Digestivas	7	33,3
Endócrina	4	20,0
Psiquiátrica	9	45,0
Tempo de participação no PAA		
Primeira visita	5	23,8
Menos de um mês	4	19,0

Mais de um mês e menos de 6	2	9,5
Mais de 6 meses a 1 ano	4	19,0
Entre 1 e 2 anos	2	9,5
2 ou mais anos	4	19,0

A média de idade do primeiro consumo de bebidas alcoólicas foi de aproximadamente 17 anos ($\pm 5,9$), oscilando de 10 a 35 anos. O produto alcoólico de consumo mais referido pelos participantes foi o destilado (70,0%), seguido da cerveja (57,1%). Observa-se a prevalência de outras drogas na vida e nos últimos 30 dias (Tabela 2).

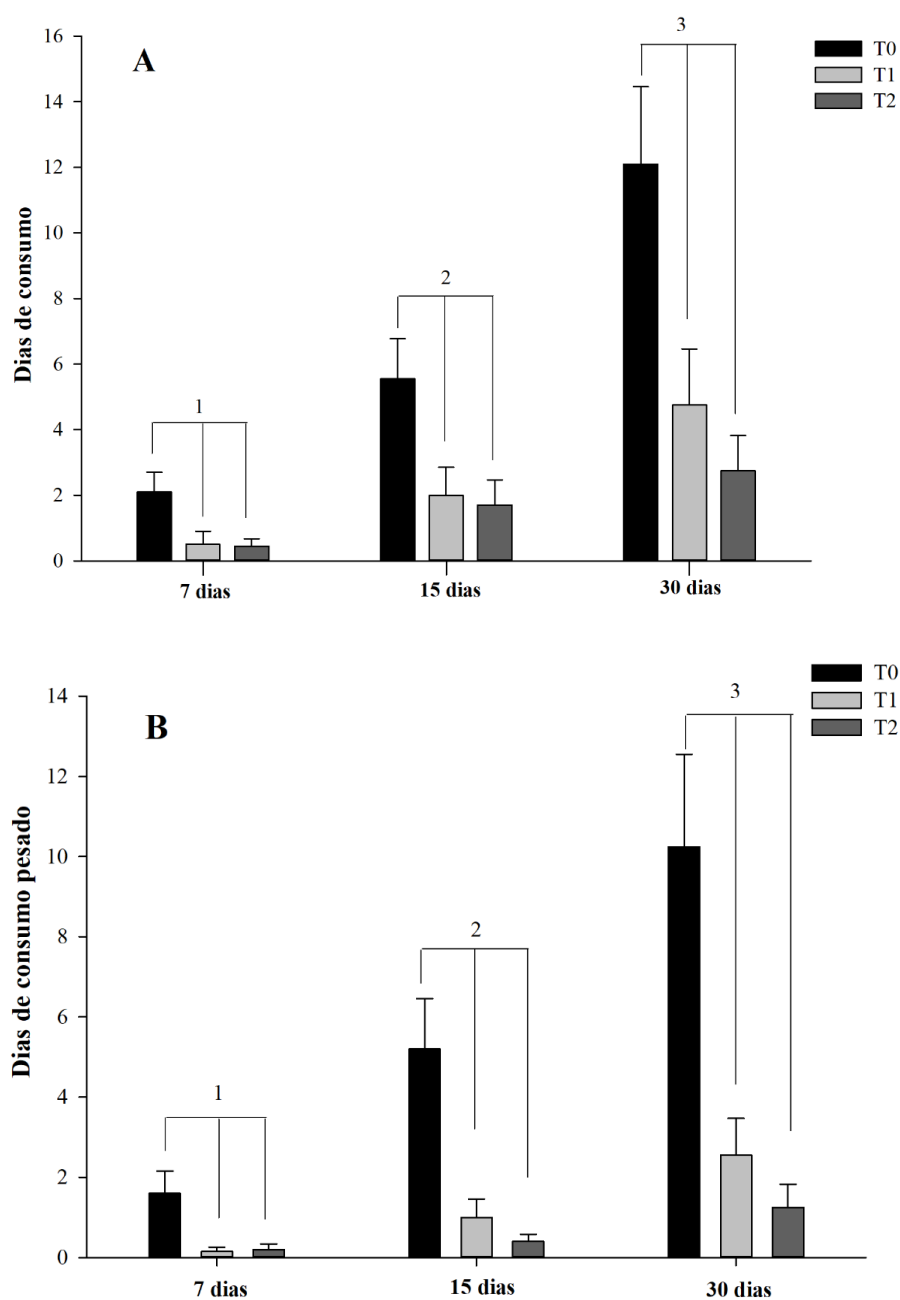
Tabela 2. Caracterização inicial (T0) do perfil de uso de drogas na vida e nos últimos 30 dias.

Vitória, ES, Brasil, 2023

	Perfil de consumo na vida		Perfil de consumo 30 dias	
	n	%	n	%
Cigarro				
Não	4	19,0	11	55,0
Sim	17	81,0	9	45,0
Maconha				
Não	15	71,4	20	100,0
Sim	6	28,6	0	0
Cocaína				
Não	14	66,7	18	90,0
Sim	7	33,3	2	9,5
Crack				
Não	19	90,5	20	100,0
Sim	2	9,5	0	0
Solvente				
Não	16	76,2	20	100,0
Sim	5	23,8	0	0

Ao avaliar as diferenças das médias (i.e., tamanho do efeito) para o padrão de consumo, foi possível evidenciar redução estatisticamente significativa em todos os períodos avaliados. Todavia, os maiores efeitos de redução foram evidenciados entre T0 e T2, em 7 dias (-1,6 [IC95% -0,5 a -2,6]), 15 dias (-3,8 [IC95% -1,6 a -6,1]) e 30 dias (-9,6 [IC95% -5,0 a -14,3]) (Figura 3 A). O mesmo comportamento foi demonstrado para o consumo pesado (seis ou mais doses em uma ocasião), com efeito em 7 dias (-1,3 [IC95% -0,2 a -2,4]), 15 dias (-4,8 [IC95% -2,1 a -7,4]) e 30 dias (-9,0 [IC95% -4,2 a -13,7]) (Figura 3 B).

Figura 3. Comparação do padrão de consumo nos diferentes momentos. Vitória, ES, Brasil, 2023



Nota: 1. $p < 0,01$; 2. $p < 0,005$; 3. $p < 0,001$.

Quando comparadas as médias da EADS-21 nos três momentos, foi notada a redução entre T0 e T2, sendo significativa para o estresse (-2,6 [IC95% -5,2 a -0,2]) e depressão (-2,9 [IC95% -5,6 a -0,3]). Para os dois outros constructos avaliados, a SADD apresentou também

uma redução (-2,9 [IC95% -5,9 a - 0,01]) enquanto a EMP um aumento (2,8 [IC95% 0,3 a 5,3]) (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação da média dos constructos (EADS-21, SADD, EMP e capacidade para mudança). Vitória, ES, Brasil, 2023

	T0	T1	Diferença da média T1-T0 (IC95%)	T2	Diferença da média T2-T0 (IC95%)
	Média	Média		Média	
EADS-21					
Estresse	7,7	4,6	-3,1 (-7,6 a 1,3)	5,0	-2,6 (-5,2 a -0,2) ^a
Ansiedade	6,6	4,2	-2,4 (-6,1 a 1,34)	3,9	-2,7 (-5,9 a 0,6)
Depressão	7,6	4,8	-2,8 (-6,3 a 0,8)	4,5	-2,9 (-5,6 a -0,3) ^a
SADD	13,6	*	*	10,7	-2,9 (-5,9 a - 0,01) ^a
EMP	48,9	*	*	51,7	2,8 (0,3 a 5,3) ^a
Prontidão para mudança					
Importância	9,6	9,3	-0,3 (-0,9 a 0,5)	9,3	-0,3 (-0,8 a 0,2)
Capaz	8,5	9,0	0,5 (-0,1 a 1,1)	9,0	0,5 (-0,3 a 1,3)
Preparado	8,3	8,6	0,3 (-0,7 a 1,2)	8,9	0,6 (-0,4 a 1,6)

Nota: *escala não aplicada no momento; IC = Intervalo de Confiança. ^a p<0,05

Discussão

Os resultados deste estudo apontam um efeito positivo na redução dos dias de consumo e do consumo pesado de álcool naqueles usuários que concluíram as cinco CEM. Os achados são compatíveis com estudos que apresentam maior evidência de efeitos positivos de intervenções relacionadas à EM no campo do uso de substâncias⁽⁶⁾.

A literatura propõe que a combinação de intervenções já existentes com o estilo de conversa colaborativo, desenvolvido pela EM, pode aumentar os resultados⁽²⁰⁾. O que foi observado neste estudo com a aplicação da CEM.

As mudanças no padrão de consumo foram mais imediatas e acentuadas, quando comparadas à redução de sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Um dos motivos pode ser a diversidade causal relacionadas ao consumo de álcool, sintomas ansiosos, estresse e depressivos⁽²¹⁻²³⁾.

As consequências na mudança observadas nas variáveis acima, podem ser observadas na redução na pontuação do SADD e no aumento da mudança percebida, mediante escala de EMP. O que indica melhora nos aspectos de *Self* e Relacionamentos, Saúde Física e Condições de Vida dos participantes do estudo⁽¹⁵⁾.

Depressão, estresse e nível de dependência tiveram redução estatisticamente significativa da pontuação, muito embora a redução na média das escalas não refletiu na mudança de escore das escalas utilizadas. O escore da EADS-21 manteve-se em normal para a depressão, ansiedade e estresse e o escore na SADD permaneceu em moderado, após a intervenção, a pontuação se aproximou do limite inferior desse nível de classificação⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Os fatores de satisfação com o serviço, apesar de não mensurados, também podem ter sido impactados com a oferta da intervenção, visto que a CEM buscou promover aspectos que são considerados importantes para um maior ou menor grau de satisfação com o serviço por essa população como, por exemplo, autonomia, sentimento de acolhida e escuta reflexiva e participação ativa na construção do plano terapêutico⁽²⁴⁾.

Os aspectos de prontidão para mudança não alcançaram resultados de significância estatística. Esses achados podem ser explicados pela maneira como essas questões de prontidão para mudança foram postas aos participantes, pois elas não foram limitadas ao consumo de álcool em si, mas a vida no âmbito geral. A escolha por apresentar essas questões dessa maneira

foi para evitar um foco prematuro de mudança, que poderia prejudicar o engajamento na CEM⁽¹⁾.

Limitações e perspectivas do estudo

O estudo possui algumas limitações, como a ausência de grupo controle e não cegamento para a intervenção dos participantes e profissionais. No entanto, houve cegamento dos participantes quanto aos momentos exatos de aplicação dos questionários em T1 e T2, do estatístico quanto às variáveis na análise estatística, aleatoriedade na seleção das CEM para aplicação do MITI por um avaliador externo e não realização de questionário pelo enfermeiro que aplicou a CEM.

Dentre as principais dificuldades, encontra-se a capacitação e aprimoramento acerca da intervenção, o custeio do estudo e a distribuição de carga horária do profissional que realizou a intervenção para atender demandas de outras especialidades clínicas. As dificuldades impactam no volume de atendimento viável a ser realizado pelo enfermeiro. Estudos com grupo controle e maior número de participantes são recomendados.

Contribuições para a prática

A CEM promove ao enfermeiro uma maneira de se pensar o cuidado com pessoas dependentes ou em uso nocivo de álcool de forma a reduzir a conversa de sustentação e aumentar a responsividade dos usuários às intervenções de enfermagem ao promover uma conversa colaborativa para evocar a motivação intrínseca para mudança de comportamento.

Apresenta-se como uma abordagem de baixo custo e que pode ser replicada por enfermeiros capacitados. O processo de integração vivenciado, também pode ser replicado por outras profissões de saúde que prestam cuidado em saúde ao alcoolista.

Conclusão

A CEM foi efetiva na mudança de comportamento de alcoolistas em um Programa especializado de atenção ambulatorial de um hospital universitário frente ao consumo de álcool.

Em especial, no padrão de consumo, sintomas de depressão e estresse, com redução na pontuação no nível de dependência e aumento da mudança percebida, após cinco CEM em um intervalo de 90 dias.

É indicado novos estudos com maior número de participantes e Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) sobre o efeito da CEM na redução do padrão de consumo de bebidas alcoólicas. Também é indicado avaliar os efeitos da CEM em uma população de participantes com pontuação EADS-21 leve, moderada, severa ou extremamente severa para a redução de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em alcoolistas e *follow-up* de maior exposição à CEM para se avaliar a redução de escore do nível de dependência.

Recomenda a incorporação das estratégias previstas na CEM em outros ambientes de atuação do profissional enfermeiro, bem como a avaliação de propostas de integração da EM com o processo de trabalho de outras profissões.

Referências

1. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing : helping people change and grow [Internet]. 4ª. Guilford Press; 2023 [citado 15 de outubro de 2023]. 338 p.
2. Macena AB da, Subrinho LQ, Sequeira CA da C, Portugal FB, Siqueira MM de. Subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa alcoolista. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 26 de novembro de 2021 [citado 14 de outubro de 2023];34:eAPE00035. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00035>
3. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. The Lancet [Internet]. 31 de agosto de 2019 [citado 14 de outubro de 2023];394(10200):781–92. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619317751>
4. Subrinho LQ, Sena EL da S, Santos VTC, Carvalho PAL de. Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Saúde e Sociedade [Internet]. 1º de setembro de 2018 [citado 21 de janeiro de 2022];27(3):834–44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180079>
5. Miller WR, Moyers TB. Effective psychotherapists : clinical skills that improve client outcomes. Guilford Press; 2021. 213 p.
6. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Educ Couns [Internet]. novembro de 2013 [citado 12 de setembro de 2023];93(2):157–68. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>
7. Flores PVP, Rocha PA, Figueiredo L da S, Guimarães TML, Velasco NS, Cavalcanti ACD. Efeito da entrevista motivacional no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca:

- ensaio clínico randomizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2020;54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013703634>
8. Lima NTX, Lopes MR, Souza MJS, Reis IA, Reinaldo AM dos S, Rabelo JL, et al. Motivação para Mudança no Consumo de Bebidas Alcoólicas: Intervenção Breve Como Estratégia Motivacional. *Cogitare Enfermagem*. 18 de novembro de 2022;(27):1–17. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.84261>
 9. Lima DW da C. Efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos na Atenção Primária à Saúde [Internet]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo; 2023 [citado 9 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-09082023-164723/publico/Tese_final.pdf
 10. Andrade L da S de, Seabra LDO, De Oliveira LB, Albane S, Subrinho LQ, Portugal FB, et al. Programa de Atenção ao Alcoolista: 30 anos de ensino-assistência, pesquisa e extensão. *Revista Guarará*. 23 de fevereiro de 2018;5(8). Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/guara/article/view/15820>
 11. Miller W, Rollnick S. Entrevista Motivacional: Preparando as Pessoas para a Mudança. 3ª. Climepsi Editores; 2016. 514 p.
 12. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*. fevereiro de 2014;155(1):104–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
 13. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. março de 1995;33(3):335–43. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
 14. Rosa-Oliveira LQ, Presti P de F, Antunes IR, Carbonari GC, Imada AC, Maeda MY, et al. Reliability and dimensionality of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire in a clinical sample of hospitalized patients: using the SADD in a general hospital setting. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2 de julho de 2010;33(1):68–71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010005000020>
 15. Bandeira M de B, Andrade MCR, Costa CS, Silva MA da. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011;24(2):236–44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200004>
 16. Miller WR. FORM 90: A Structured Assessment Interview for Drinking and Related Behaviors - Test Manual. 1996. 123 p. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/match05.pdf>
 17. Hesse M. The Readiness Ruler as a measure of readiness to change poly-drug use in drug abusers. *Harm Reduct J*. 25 de dezembro de 2006;3(1):3. Disponível em: <https://doi.org/10.1186%2F1477-7517-3-3>
 18. Gaume J, Bertholet N, Faouzi M, Gmel G, Daeppen JB. Does change talk during brief motivational interventions with young men predict change in alcohol use? *J Subst Abuse Treat* [Internet]. fevereiro de 2013 [citado 12 de setembro de 2023];44(2):177–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.04.005>
 19. Laranjeira R, Nicastrí S, Jerônimo C, Marques AC. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. junho de 2000;22(2):62–71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000200006>

20. Luty J, Iwanowicz M. Motivational interviewing: living up to its promise? *BJPsych Adv* [Internet]. janeiro de 2018 [citado 12 de setembro de 2023];24(1):46–53. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bja.2017.7>
21. Cordeiro DC, Diehl A, Mari J de J. Comorbidades psiquiátricas. Em: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeiras R, organizadores. *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. 2^a. Porto Alegre: Artmed; 2018.
22. Anker J. Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Anxiety: Bridging the Psychiatric, Psychological, and Neurobiological Perspectives. *Alcohol Res* [Internet]. 2019;40(1). Disponível em: <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.03>
23. Mchugh RK, Weiss RD. Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol Res* [Internet]. 2019 [citado 22 de janeiro de 2022];40(1):e1–8. Disponível em: <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
24. Subrinho LQ, Silva E, Venâncio F, Xavier F, Santos M, Siqueira M. Evaluation of Users` Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. *Int J Psychol Neurosci* [Internet]. 31 de agosto de 2023;9(2):38–52. Disponível em: <https://doi.org/10.56769/ijpn09204>

6 CONCLUSÕES

A CEM com alcoolistas se mostrou efetiva na mudança de comportamento no aspecto da redução de padrão de consumo de álcool, sintomas de depressão e estresse e mudança percebida frente ao tratamento, em um intervalo de 90 dias, confirmando a hipótese inicial do estudo. Apresenta-se como uma abordagem de baixo custo e que pode ser replicada por enfermeiros capacitados. O processo de integração vivenciado, também pode ser replicado por outras profissões de saúde que prestam cuidado em saúde ao alcoolista.

Os resultados são convergentes à revisão de literatura integrativa sobre a possibilidade da EM aumentar a efetividade quando combinada com outras abordagens. Também se observa a importância do uso de instrumento de monitoramento da integridade, sendo o MITI optado por ser utilizado no presente estudo para conferir maior fidedignidade ao processo de implementação da EM, cumprindo o rigor parametrizado no referencial.

Como limitações do estudo, apontamos a ausência de grupo controle e cegamento dos participantes e profissionais para a intervenção que estava sendo executada. As escolhas tiveram que ser tomadas para adequação do dimensionamento da equipe, financiamento da pesquisa e tempo de execução. Por outro lado, buscou um cegamento quanto ao momento de aplicação do questionário de pesquisa e aos responsáveis pela análise estatística. Bem como, uso do MITI por um avaliador externo em gravações de CEM, selecionadas aleatoriamente.

A CEM, abordagem centrada no usuário com base na empatia e colaboração, fortalece o papel do enfermeiro como um ator importante no caminho da recuperação e mudança do alcoolista. Sua aplicabilidade não se restringe ao campo do alcoolismo, também pode ser replicada em outros âmbitos da saúde que almejam uma tomada de decisão e resolução de ambivalências.

Dado os importantes impactos econômicos, saúde e sociais decorrentes do consumo de álcool, o protocolo de CEM pode ser uma ferramenta indispensável e de baixo custo que pode ser replicada em diversos serviços que prestam atenção ao alcoolista.

Recomenda-se estudos futuros de Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) e/ou com maior número de participantes que possibilite a construção de grupos de controle e

de intervenção. Ao mesmo tempo em que se fortaleça o PAA-HUCAM-UFES como campo de ensino-pesquisa-extensão dentro do curso de graduação em enfermagem da Ufes para que a CEM possa ser compartilhada no processo de formação acadêmico e replicada em outras instituições de saúde onde esse graduando vier a atuar como enfermeiro.

A execução desse estudo se apresentou como uma experiência desafiadora, prazerosa e exitosa no campo da pesquisa, ensino e aperfeiçoamento profissional. Com o desenvolver dele, não somente os usuários participantes do PAA-HUCAM-UFES passaram por um processo de mudança, mas os profissionais envolvidos na execução desse estudo. Com isso, a experiência de CEM pode ser desvelada, de fato, como um cuidado em processo de mudança de todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 763–774, dez. 2017.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 4, p. 603–611, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/ypyc3Xydb9ZkxrSZpgDby7p/?lang=pt>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

BANDEIRA, Marina de Bittencourt et al. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 236–244, 2011.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 2, p. 195–208, ago. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200015>. Acesso em: 21 jan. 2022.

BRASIL. Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 de abril de 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/mds/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/decretos/decreto-no-9-761-de-11-de-abril-de-2019-1>>.

BRASIL. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de agosto de 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm>.

BRASIL. **Morbidade Hospitalar no SUS de novembro de 2022 a novembro de 2023**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 757 de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de junho de 2023. Disponível em: <

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-757-de-21-de-junho-de-2023-491629280>>.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3588 de 21 de dezembro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>.

BUTCHER, Howard K et al. **NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 7. ed. [S.l.]: GEN Guanabara Koogan, 2022. Acesso em: 16 fev. 2024.

CARDOSO, Lorena Silveira; VIEIRA, Camila Barcelos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Avaliação da satisfação e percepção de mudanças em um programa de alcoolismo: Perfil dos participantes | Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 10, n. 26, p. 87–100, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68668>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

CARNEIRO, Henrique; CORDEIRO, Francisco. Drogas e Sociedade. In: OLIVEIRA, Walter Ferreira de; CARNEIRO, Henrique (Org.). **Álcool e outras Drogas: da coerção à coesão**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. p. 63. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>>.

CARVALHO, Andre F et al. Alcohol use disorders. **The Lancet**, v. 394, n. 10200, p. 781–792, 31 ago. 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619317751>>. Acesso em: 14 out. 2023.

CAMPANHARO L; OLIVEIRA E.F.A; GARCIA M.L (no prelo). A saúde mental na Programação Pactuada e Integrada de saúde do Espírito Santo. **Revista de Políticas Públicas (UFMA)**.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009., 2009. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009/>>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 736, de 17 de janeiro de 2024., 2024. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: [s.n.], 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 21 jan. 2022.

CORDEIRO, Daniel Cruz; DIEHL, Alessandra; MARI, Jair de Jesus. Comorbidades psiquiátricas. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRAS, Ronaldo (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. . . Acesso em: 22 jan. 2022.

CORDEIRO, Laura Regia Oliveira; OLIVEIRA, Murilo Santos; SOUZA, Rozemere Cardoso de. Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 119–123, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100016&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.

FREITAS, Mariana Gonçalves de; SILVA, Everton Nunes de. Direct and indirect costs attributed to alcohol consumption in Brazil, 2010 to 2018. **PLOS ONE**, v. 17, n. 10, 1 out. 2022. Disponível em: <[/pmc/articles/PMC9595536/](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241111)>. Acesso em: 26 jan. 2024.

DESVIAT, Manuel. **Coabitar a Diferença: Da Reforma Psiquiátrica À Saúde Mental Coletiva**. [S.l.]: Zagodoni Editora, 2018. Disponível em: <<https://abrascolivros.com.br/saude-mental/coabitar-a-diferenca-da-reforma-psiquiatrica-a-saude-mental-coletiva/>>. Acesso em: 16 fev. 2024.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. Álcool. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FERNANDES, Raquel Helena Hernandez; VENTURA, Carla Aparecida Arena. O auto-estigma dos usuários de álcool e drogas ilícitas e os serviços de saúde. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 14, n. 3, p. 177–184, 30 set. 2018.

FERREIRA-BORGES, Carina et al. **Alcohol Consumption and Sustainable Development**. Copenhagen: [s.n.], 2020. Disponível em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf>.

FIGLIE, Neliana Buzi; SALES, Cristiane. Entrevista Motivacional. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2018. .

FLORES, Paula Vanessa Peclat et al. Efeito da entrevista motivacional no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012.

GAUME, Jacques et al. Does change talk during brief motivational interventions with young men predict change in alcohol use? **Journal of substance abuse treatment**, v. 44, n. 2, p. 177–185, fev. 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22658289/>>. Acesso em: 12 set. 2023.

HALL, Wayne. What are the policy lessons of National Alcohol Prohibition in the United States, 1920-1933? **Addiction**, v. 105, n. 7, p. 1164–1173, 10 mar. 2010.

Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.02926.x>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

HESSE, Morten. The Readiness Ruler as a measure of readiness to change poly-drug use in drug abusers. **Harm Reduction Journal**, v. 3, n. 1, p. 3, 25 dez. 2006.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297–305, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.

JOSEPH, Jaison; BASU, Debasish. Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful Alcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **Alcohol and Alcoholism**, v. 52, n. 1, p. 56–64, jan. 2017.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A Construção do Saber: Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LAVRADOR, Maria Cristina Campelo; RIBEIRO, Wallace de Lima. As forças do CAPS: uma experiência cartográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 91–98, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200002>. Acesso em: 21 jan. 2022.

LEAL, Fabiola Xavier et al. Gastos com Comunidades Terapêuticas no Estado do Espírito Santo. In: GOMES, Tathiana Meyre da Silva et al. (org.). **Política de Drogas, Saúde Mental e Comunidades Terapêuticas**. 1. ed. Niteroi: Universidade Federal Fluminense (UFF), 2023. p. 257–279. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/371806830_POLITICA_DE_DROGAS_SAÚDE_MENTAL_E_COMUNIDADES_TERAPEUTICAS. Acesso em: 20 maio 2024.

LIMA, Deivson Wendell da Costa. **Efetividade da intervenção breve para redução do consumo de risco de álcool em idosos na Atenção Primária à Saúde**. 2023. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-09082023-164723/publico/Tese_final.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2024.

LOVIBOND, P.F.; LOVIBOND, S.H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behaviour Research and Therapy**, v. 33, n. 3, p. 335–343, mar. 1995.

LUNDAHL, Brad et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Patient education and counseling**, v. 93, n. 2, p. 157–168, nov. 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24001658/>>. Acesso em: 12 set. 2023.

MACENA, Adriana Batista da et al. Subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa alcoolista. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE00035, 26 nov. 2021.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/wrnBtjBqftnX7cwm5SsXpVg/>>. Acesso em: 14 out. 2023.

MANTHEY, Jakob et al. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. **The Lancet**, v. 393, n. 10190, p. 2493–2502, jun. 2019.

_____. What are the Economic Costs to Society Attributable to Alcohol Use? A Systematic Review and Modelling Study Key Points. **PharmacoEconomics**, v. 39, p. 809–822, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s40273-021-01031-8>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SIQUEIRA, Marluce Miguel de. **Síndrome de dependência alcoólica: da teoria à prática**. 1. ed. Vitória: EDUFES, 2013.

MARQUES, Daniela Karina Antão; MOREIRA, Gerlane Angela Da Costa; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Análise da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 2, n. 4, p. 481, 25 set. 2008.

MARTINS, Laércio Melo. ÀS IMAGENS, AS SOMBRAS DO PORVIR: 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista Diorito**, v. 2, n. 1, 2018. Acesso em: 21 jan. 2022.

MÉNDEZ, Eduardo Brod. **Uma versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. 1999. 128 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Programa de Pós-graduação Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999. Disponível em: <http://www.epidemioufpel.org.br/site/content/teses_e_dissertacoes/detalhes.php?tese=265>. Acesso em: 22 jan. 2022.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. [S.l.]: Hucitec, 2014. Disponível em: <<https://www.amazon.com.br/Sa%C3%BAdede-Cartografia-do-Trabalho-Vivo/dp/8527105802>>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MICHELI, Denise de et al. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos padronizados. In: FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira (Org.). . **Módulo 3: Detecção do uso e diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas**. 1. ed. São Paulo: Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. p. 19–41.

MILLER, William R. **FORM 90: A Structured Assessment Interview for Drinking and Related Behaviors - Test Manual**. [S.l.: s.n.], 1996. Acesso em: 9 fev. 2024.

MILLER, William R.; MOYERS, Theresa B. **Effective psychotherapists: clinical skills that improve client outcomes**. [S.l.]: Guilford Press, 2021. Acesso em: 9 fev. 2024.

MILLER, William; ROLLNICK, Steven. **Entrevista Motivacional: Preparando as Pessoas para a Mudança**. 3ª ed. [S.l.]: Climepsi Editores, 2016. Acesso em: 12 set. 2023.

_____. **Motivational interviewing: helping people change and grow**. 4ª ed. [S.l.]: Guilford Press, 2023. Disponível em: <<https://www.guilford.com/books/Motivational-Interviewing/Miller-Rollnick/9781462552795>>. Acesso em: 15 out. 2023.

MOORHEAD, Sue et al. **NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem | Amazon.com.br**. 6. ed. [S.l.]: GEN Guanabara Koogan, 2020. . Acesso em: 16 fev. 2024.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2021-2023**. [S.l: s.n.], 2021. v. 6.

NASCIMENTO, Larissa Alves do; LEÃO, Adriana. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 1, p. 103–121, mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000100103&tlng=pt>.

NASCIMENTO, Lorrany Rodrigues do. **Reforma psiquiátrica brasileira**. 2018. 126 f. Dissertação de mestrado – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, 2018. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFG_95e9654601d58b2f743fb77a72d0be26>. Acesso em: 21 jan. 2022.

NETO, Manoel de Lima Acioli et al. A droga como dispositivo de controle social: uma análise das representações sociais do álcool, maconha e crack na imprensa brasileira. **Psicologia em Estudo**, v. 27, 21 fev. 2022.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4489–4498, dez. 2019.

OLIVEIRA, Aislan José et al. A Construção Histórica do Estigma sobre o Conceito de Dependência de Álcool / The Historical Construction of Stigma on the Concept of Alcohol Dependence. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 13, n. 44, p. 253–275, 27 fev. 2019.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053–1062, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022.

PAIS-RIBEIRO, José L; HONRADO, Ana; LEAL, Isabel. Contribuição Para O Estudo Da Adaptação Portuguesa Das Escalas De Ansiedade, Depressão E Stress (Eads) De 21 Itens De Lovibond E Lovibond. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 5, n. 2, 2004.

PERRENOUD, Luciane Ogata; RIBEIRO, Marcelo. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. 2. ed. [S.l.]: Artmed, 2018. p. 9–14.

PILLON, Sandra Cristina; LUIS, Margarita Antonia Villar. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 676–682, ago. 2004.

RIBEIRO, Bárbara Santos et al. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas. **Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética de equipe na saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. v. 1. p. 145–158. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/trabalhar-e-aprender-em-conjunto-por-uma-tecnica-e-etica-de-equipe-na-saude/>>. Acesso em: 21 jan. 2022.

ROLLNICK, Stephen.; lilliam R.; BUTLER, Christopher C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando os pacientes a mudar o comportamento**. [S.l.]: Artmed, 2009. Acesso em: 12 set. 2023.

RONZANI, Telmo Mota; FURTADO, Erikson Felipe. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 326–332, 2010.

ROSA-OLIVEIRA, Leonardo Quicoli et al. Reliability and dimensionality of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire in a clinical sample of hospitalized patients: using the SADD in a general hospital setting. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 68–71, 2 jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000100014&lng=en&tlng=en>.

SHIELD, Kevin et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 1, p. e51–e61, jan. 2020.

SHIKASHO, Larissa. Reforma Sanitária Brasileira: promessa não cumprida? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1587–1590, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400018&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.

SILVA, Amaury Costa Inácio da et al. **PROGRAMA ESTADUAL DE AÇÕES INTEGRADAS SOBRE DROGAS REDE ABRAÇO**. Vitória: [s.n.], 2020. Disponível em: <[https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/Documentos 2020/PROGRAMA ESTADUAL DE AÇÕES INTEGRADAS SOBRE DROGAS.pdf](https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/Documentos%2020/PROGRAMA%20ESTADUAL%20DE%20AÇÕES%20INTEGRADAS%20SOBRE%20DROGAS.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SILVA, Ana Paula Procópio da; CÉSAR, Monica De Jesus. Resistências e proibicionismos na saúde mental: o uso de drogas como o bicho de sete cabeças da atualidade. **Revista Em Pauta**, n. 54, 29 nov. 2023.

SIQUEIRA, Marluce Miguel de; FRANÇA, Marilene Gonçalves; WANDEKOKEN, Kallen Dettmann. Visitando o PAA-HUCAM-UFES. In: SIQUEIRA, Marluce Miguel de (Org.). **Síndrome de dependência alcoólica: da teoria à prática do cuidar**. 1. ed. Vitória: EDUFES, 2013. p. 63–67.

SOARES, Janaina; VARGAS, Divane de. Group Brief Intervention: effectiveness in motivation to change alcohol intake. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, 2020.

SODRÉ, Francis; ROCON, Pablo Cardozo. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”? **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, 2023.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva; MENANDRO, Maria Cristina Smith; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1335–1360, 1 dez. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401335&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SUBRINHO, Lucas Queiroz et al. Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 834–844, 1 set. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000300834&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.

_____. Evaluation of Users` Satisfaction with Mental Health Services: A Systematic Review. **International Journal of Psychology and Neuroscience**, v. 9, n. 2, p. 38–52, 31 ago. 2023. Disponível em:

<<https://neuropsychjournal.wordpress.com/articles/satisfaction-with-mental-health-services/>>.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-graduação em História social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-05102016-165617/>>.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1041–1050, mar. 2019.

VERONEZ, Giani Brito et al. **PROTOCOLO DE ATENÇÃO DO CENTRO DE ACOLHIMENTO E ATENÇÃO INTEGRAL SOBRE DROGAS**. . Vitória: [s.n.], 2020. Disponível em:

<<https://ocid.es.gov.br/Media/ObservatorioCapixaba/documentos/PROTOCOLO%20CAAD-1.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

VIGNOLA, Rose Claudia Batistelli; TUCCI, Adriana Marcassa. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, n. 1, p. 104–109, fev. 2014. Acesso em: 15 out. 2022.

WANG, Shao-Cheng et al. Alcohol Addiction, Gut Microbiota, and Alcoholism Treatment: A Review. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 21, n. 17, p. 6413, 3 set. 2020. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1422-0067/21/17/6413>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018. v. 65. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

_____. **Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches**. Geneva: [s.n.], 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM ALCOOLISTAS: FATORES ASSOCIADOS E POSSÍVEL INTERVENÇÃO.

Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você é uma pessoa que se encontra em tratamento no Programa de Atenção ao



Alcoolista (PAA) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Sua participação poderá ajudar a compreender como o cuidado a pessoa com transtorno por uso de álcool pode ser feito no Hucam.

O QUE PRETENDE O ESTUDO?

Esse estudo é uma fase de um estudo maior chamado “**Atenção a Usuários de Álcool, Tabaco e Outras Drogas em um Hospital Universitário: Tecendo a Rede do Cuidar**”. Nessa fase do estudo, buscamos analisar a existência de sintomas ansiosos e depressivos associados aos transtornos decorrentes do consumo de álcool e a relação desses transtornos com a qualidade de vida e a aplicação da entrevista motivacional.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Para os **usuários que aceitarem participar** desse estudo serão aplicados quatro instrumentos: Escala de Ansiedade e Depressão, Escala de Gravidade de Dependência de Álcool, Escala do padrão de consumo de álcool e a Escala de Mudança Percebida.



As escalas são questões científicas que vão gerar pontos para responder algumas perguntas e ajudar o PAA. Alguns dos usuários também serão convidados, em um outro momento, para participarem de quatro a cinco sessões de Entrevista Motivacional.

A Entrevista Motivacional é uma estratégia pensada para promoção da mudança de comportamento, então, não se preocupe, pois ela não prevê nenhum procedimento fisicamente invasivo. E, apesar do nome, a Entrevista Motivacional não possui um roteiro definido, o assunto surgirá ao decorrer do atendimento.

Se você for selecionado para a entrevista motivacional, ela acontecerá no Hucam no mesmo lugar onde funciona o PAA em datas pré acordadas com as pessoas selecionadas e com um profissional preparado para te atender.

Tanto o que você preencher nos formulários, quanto ao que for dito nas entrevistas serão informações anônimas e confidenciais, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário usar os seus dados, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro (codinome).

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo e melhoria do serviço.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU PODEM GERAR RISCOS?

O estudo **NÃO** trará riscos para sua integridade física. Porém poderá gerar desconforto decorrentes do ato de responder a um questionário ou participar da entrevista por conter informações pessoais e trazer à memória experiências que

possam causar desconforto por tratar de questões do campo emocional e psicológico. Para reduzir os desconfortos lembramos que sua privacidade será garantida dessa forma você não será julgado por suas respostas e não terá qualquer prejuízo em sua relação com o pesquisador, com o PAA ou com o Hucam.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo. Assim como a sua desistência a qualquer momento NÃO irá te trazer qualquer prejuízo na continuidade do tratamento no Hucam, penalidade ou qualquer tipo de dano a sua pessoa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa durante todo o decorrer do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa. Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer dúvidas em qualquer etapa desse estudo.



Se você tiver qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa têm direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa, você pode procurar um dos pesquisadores responsáveis: Enfº. MsC. Lucas Queiroz Subrinho, Prof. Dr. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos ou Profª. Drª. Marluce Mechelli de Siqueira – (27) 3335-7492 – cepad.ccs.ufes@gmail.com. Endereço: Av. Marechal Campos, 1468 – Campus Universitário de Maruípe, Vitória-ES, Brasil. CEP: 29040- 090.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/HUCAM/UFES) está disponível no telefone (27) 3335-7092, e-mail cep@hucam.edu.br ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1355, Santos Dumont, CEP 29.043-900, Vitória - ES, Brasil.

LOCAL, DATA

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Sintomas ansiosos e depressivos em alcoolistas: fatores associados e possível intervenção”, eu, Enfº. MsC. Lucas Queiroz Subrinho, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS Nº 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador



DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Polegar direito do participante

Pesquisador

APÊNDICE B – Inquérito biossocioeconômico e demográfico

Questionário número:

Prontuário:

Data de Nascimento:

Tipologia Lesch:

Cidade onde mora:

1. Você é:
 - a. Homem
 - b. Mulher
 - c. Outro.
2. Qual a sua idade? _____
3. Estado civil
 - a. Solteiro
 - b. Casado
 - c. Namorando
 - d. União estável
 - e. Viúvo
 - f. Divorciado
 - g. Outro: _____
4. Quais meios de transporte você utiliza para chegar até aqui?
 - a. Ônibus
 - b. Carro ou moto próprios
 - c. Carona
 - d. Bicicleta
 - e. Uber ou Taxi
 - f. Outro
5. Até que série **você** estudou?
 - a. Nunca estudou
 - b. Estudou a 1ª, 2ª, 3ª ou 4ª série
 - c. Estudou a 5ª, 6ª, 7ª, 8ª ou 9ª série
 - d. Estudou o 1º, 2º ou 3º ano do ensino médio
 - e. Fez faculdade, mas não terminou o curso
 - f. Fez faculdade completa (terminou o curso)
6. Até que série **seu pai** estudou?
 - a. Nunca estudou
 - b. Estudou a 1ª, 2ª, 3ª ou 4ª série
 - c. Estudou a 5ª, 6ª, 7ª, 8ª ou 9ª série
 - d. Estudou o 1º, 2º ou 3º ano do ensino médio
 - e. Fez faculdade, mas não terminou o curso
 - f. Fez faculdade completa (terminou o curso)
 - g. Não sei
7. Até que série **sua mãe** estudou?

- a. Nunca estudou
 - b. Estudou a 1ª, 2ª, 3ª ou 4ª série
 - c. Estudou a 5ª, 6ª, 7ª, 8ª ou 9ª série
 - d. Estudou o 1º, 2º ou 3º ano do ensino médio
 - e. Fez faculdade, mas não terminou o curso
 - f. Fez faculdade completa (terminou o curso)
 - g. Não sei
8. Quantos filhos você tem?
- a. Nenhum
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
 - e. 4
 - f. 5 ou mais
9. Atualmente você trabalha?
- a. Sim, trabalho formal (carteira assinada)
 - b. Sim, trabalho informal (não paga INSS)
 - c. Não
 - d. Aposentado
 - e. Recebe auxílio (CRAS, BPC, Bolsa família, Auxílio Brasil, entre outros)
10. Como é seu relacionamento no trabalho?
- a. Ótimo
 - b. Bom
 - c. Regular
 - d. Ruim
 - e. Não trabalha
11. Você mora com quantas pessoas?
- a. Sozinho
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
 - e. 4
 - f. 5 ou mais
12. Qual a renda familiar total (juntando todas as pessoas que moram com você)?
Salário-mínimo do período: R\$ 1.320,00.
- a. Menos de 1 salário-mínimo
 - b. De 1 até MENOS de 2 salários-mínimos
 - c. De 2 até MENOS de 3 salários-mínimos
 - d. De 3 até MENOS de 4 salários-mínimos
 - e. De 4 até MENOS de 5 salários-mínimos
 - f. IGUAL ou mais do que 5 salários-mínimos
13. Você tem contato com sua família?
- a. Sim
 - b. Não
14. Como é seu relacionamento com seus familiares?
- a. Ótimo
 - b. Bom

- c. Regular
 - d. Ruim
 - e. Não tenho contato
15. Você tem pessoas em quem confia?
- a. Sim
 - b. Não
16. Você pratica alguma religião?
- a. Sim.
 - b. Não
17. Quais dessas atividades físicas você costuma fazer?
- a. Caminhada
 - b. Corrida
 - c. Bicicleta
 - d. Academia/crossfit
 - e. Natação
 - f. Futebol
 - g. Luta (Boxe, Judô, Muay-thai, entre outras)
 - h. Outra atividade
18. Quanto tempo que você vem ao PAA?
- a. Minha primeira vez é hoje
 - b. Tem menos de 1 mês
 - c. Tem mais de 1 mês e menos de 6 meses
 - d. Tem mais de 6 meses e menos de 12 meses
 - e. Tem mais de 1 ano e menos de 2 anos
 - f. Tem mais de 2 anos
19. Como você conheceu o PAA?
- a. Encaminhado da Internação no Hucam (Hospital das Clínicas)
 - b. Encaminhado da Internação de outro hospital ou UPA
 - c. Encaminhado da Unidade Básica de Saúde (Postinho)
 - d. Amigo, conhecido ou familiares
 - e. Ordem judicial
 - f. Caps
 - g. Cras
 - h. Outra forma. Qual? _____
20. Marque as doenças (com diagnóstico médico confirmado) que você sabe que tem abaixo **(pode marcar mais de uma opção)**:
- a. Coração (Pressão alta, arritmia ou outras)
 - b. Pulmão (tuberculose, asma, pneumonia ou outras)
 - c. Fígado (cirrose hepática, hepatite, câncer ou outras)
 - d. Pâncreas (pancreatite ou outras)
 - e. Estômago (gastrite, úlcera ou outras)
 - f. Garganta (câncer, varizes ou outras)
 - g. Metabolismo (Diabetes ou outras)
 - h. Psiquiátrica (depressão, ansiedade, transtorno do pânico ou outras)
 - i. Outra
 - j. Não sei

21. Qual a bebida alcoólica você costuma ou costumava tomar com mais frequência?
- Cerveja
 - Pinga, cachaça ou aguardente
 - Uísque
 - Vodca
 - Conhaque
 - Licor
 - Vinho
 - Outra. Qual? _____
22. Quem lhe ofereceu bebida alcoólica pela primeira vez?
- Pai ou mãe
 - Outros familiares (tio, primos, avós etc.)
 - Amigos/conhecidos
 - Comprei sozinho
 - Outros: _____
 - Não lembro
23. Quantos anos você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?
- _____
24. Onde você estava quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?
- Em casa
 - No bar/boate/festa
 - Casa de amigos/conhecidos
 - Na escola ou faculdade
 - Não lembro
 - Outro. Qual? _____
25. Onde você costuma ou costumava tomar bebida alcoólica com mais frequência?
- Em casa
 - No bar/boate/festa
 - Casa de amigos/conhecidos
 - Outros: _____
26. Com quem você costuma ou costumava tomar bebidas alcoólicas com mais frequência?
- Pai ou mãe
 - Outros familiares (tio, primos, avós etc.)
 - Amigos/conhecidos
 - Sozinho
 - Companheiro(a)
 - Outros: _____
 - Não lembro
27. Depois de beber você já **(marque todas as opções que já aconteceram com você)**:
- Brigou com alguém
 - Sofreu acidente (queda, atropelamento, corte etc.)
 - Dirigiu/pilotou
 - Faltou à escola

- e. Faltou ao trabalho
 - f. Nenhuma das opções
28. Você já foi internado por ter tomado bebida alcoólica?
- a. Sim
 - b. Não
29. Marque todas as substâncias que você já usou **alguma vez na vida**, além do álcool
- a. Cigarro
 - b. Maconha
 - c. Cocaína (pó)
 - d. Crack (pedra)
 - e. Solventes (cola, esmalte, thinner etc.)
 - f. Outras. Quais? _____
30. Marque todas as drogas que você usou **no último mês**, além do álcool
- a. Cigarro
 - b. Maconha
 - c. Cocaína (pó)
 - d. Crack (pedra)
 - e. Solventes (cola, esmalte, thinner etc.)
 - f. Outras. Quais? _____

Sua participação será muito importante para pesquisa e para o PAA.

Muito obrigado!

APÊNDICE C – Questionário sobre padrão de consumo de álcool adaptado do
FORM-90-AQ

1. Qual o último dia que você se lembra de ter bebido?

Resposta: _____ (DD/MM/AAAA)

2. Quais tipos de bebida alcoólica você tem bebido? (pode marcar mais de uma opção)

- a. Cerveja
- b. Destilado (cachaça, uísque, vodca, jurubeba, etc)
- c. Vinho
- d. Licor
- e. Outras

3. Quantos dias que você se lembra de ter bebido algo com álcool nos últimos 07 dias? Resposta: _____

4. Quantos dias, você se lembra de ter bebido algo com álcool nos últimos 15 dias? Resposta: _____

5. Quantos dias, você se lembra de ter bebido algo com álcool nos últimos 30 dias? Resposta: _____

6. Quantas vezes você se lembra que tomou seis ou mais doses de qualquer bebida alcoólica, em uma ocasião, nos últimos 07 dias?

7. Quantas vezes você se lembra que tomou seis ou mais doses de qualquer bebida alcoólica, em uma ocasião, nos últimos 15 dias?

8. Quantas vezes você se lembra que tomou seis ou mais doses de qualquer bebida alcoólica, em uma ocasião, nos últimos 30 dias?

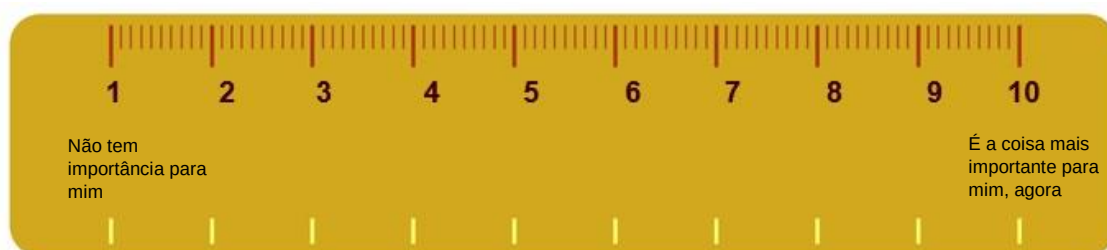
Observação 1: Se o participante tiver dificuldade em responder, pode ser usar uma data/acontecimento de referência (aniversário, exames, consultas, festas - carnaval, ano-novo, natal, internação, etc.).

Observação 2: Levantar a quantidade de tipos de bebidas alcoólicas que o usuário fez e calcular a dose-padrão. Utilizar impresso de dose-padrão e maquete como suporte no cálculo.

APÊNDICE D – Régua de prontidão para mudança

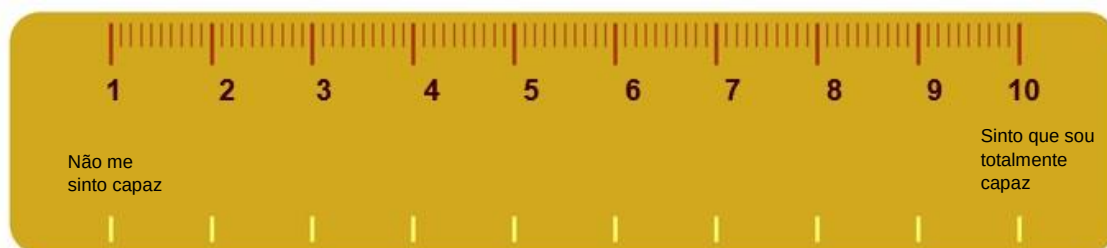
1. De 0 a 10, o quanto é IMPORTANTE para você atingir seu objetivo?

Avalia a **necessidade** (importância) percebida para a mudança

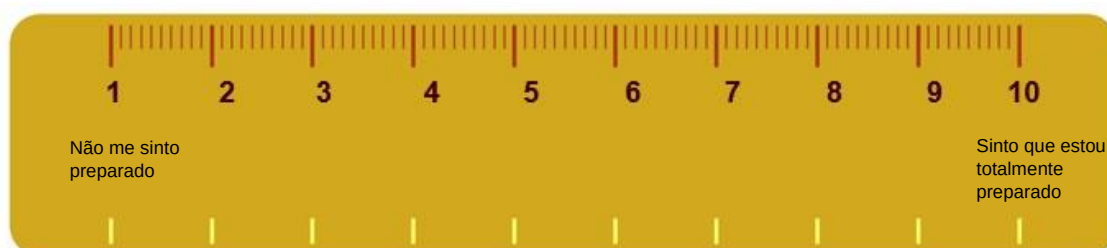


2. De 0 a 10, o quanto você se sente CAPAZ de atingir seu objetivo?

Habilidade autopercebida pela pessoa para alcançar seus objetivos. Em caso de dúvida, trocar a palavra CAPAZ por CONFIANTE.



3. De 0 a 10, o quanto você se sente PREPARADO para atingir seu objetivo?



ANEXOS

ANEXO A – Certificado de curso de Entrevista Motivacional de 60 horas



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Campinas, 21 de fevereiro de 2024

Eu, Heloísa Garcia Claro Fernandes, declaro a quem possa interessar, que Lucas Queiroz Subrinho, CPF 035.059.055-93, realizou durante os anos de 2022 e 2023 o curso "Entrevista Motivacional como Técnica para a Mudança de Comportamento em Saúde" sob minha supervisão, como ouvinte, com carga horária de 40 horas teóricas e 20 horas práticas, e teve desempenho excelente.

Heloísa Garcia Claro

Profª Drª Heloisa Garcia Claro
Faculdade de Enfermagem
Universidade Estadual de Campinas

Heloisa Garcia
Claro
Fernandes:33
730961896

Assinado de forma
digital por Heloisa
Garcia Claro
Fernandes:33730961896
Dados: 2024.02.21
18:06:25 -03'00'

ANEXO B – Certificado de curso de Entrevista Motivacional de 45 horas



ANEXO C - *Clinical Withdrawal Assessment Revised* (CIWA-Ar)

ESCALA CIWA-Ar			
NOME:		DATA:	
PULSO ou FC:		PA:	HORA:
1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?			
(0) Não	(1) Náusea leve e sem vômito	(4) Náusea recorrente com ânsia de vômito	(7) Náusea constante, ânsia de vômito e vômito
2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:			
(0) Não	(1) Não visível, mas sente	(4) Moderado, com os braços estendidos	(7) Grave, mesmo com os braços estendidos
3. Sudorese:			
(0) Não	(4) Facial	(7) Profusa	
4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave
6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Alucinações moderadas	(5) Alucinações moderadas	(6) Alucinações moderadas	(7) Contínua
7. Você se sente nervoso (a)? (observação)			
(0) Não	(1) Muito leve	(4) Leve	(7) Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?
8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave
9. Agitação: (observação)			
(0) Não	(1) Um pouco mais que a atividade normal	(4) Moderadamente	(7) Constante
10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)			
(0) Orientado	(1) Incerto sobre a data, não responde seguramente		(2) Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias
(3) Desorientado com a data, com mais de 2 dias		(4) Desorientado com o lugar e pessoa	
ESCORE: _____ Critérios diagnósticos: 0-9 SAA leve; 10-18 SAA moderada; >18 SAA grave			

ANEXO D - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

EADS-21 - Nome _____		Data ____/____/____			
Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. <i>A classificação é a seguinte:</i> 0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239

ANEXO E - Short Alcohol Dependence Data (SADD)
- Short Alcohol Dependence Data (SADD)

Assinale para cada uma questões:

0 = Nunca 1 = poucas vezes 2 = muitas vezes 3 = sempre

	Antes	Atualmente
Antes Atualmente		
1 Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?		
2 Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?		
3 Você planeja o seu dia em função da bebida?		
4 Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?		
5 Na falta de sua bebida preferida, você bebe qualquer outra?		
6 Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?		
7 Você acha que o quanto você bebe chega a prejudicá-lo(a)?		
8 No momento em que você começa a beber, é difícil parar?		
9 Você tenta se controlar (tenta deixar de beber e não consegue)?		
10 Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor?		
11 Você acorda com tremores nas mãos na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?		
12 Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas e vômitos?		
13 Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?		
14 Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua?		
15 Você se esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?		

NA DATA DE INGRESSO NO PROGRAMA (DI) _____
ESCORE NA DATA DA ENTREVISTA (DE) _____

01 – 09 PONTOS = LEVE
 10 – 19 PONTOS = MODERADA
 20 - 45 PONTOS = GRAVE

ANEXO F - Escala de Mudança Percebida (EMP)

ESCALA DE MUDANÇA PERCEBIDA (EMP)			
(VERSÃO DO PACIENTE)			
1. Você acha que o tratamento que você está recebendo aqui o ajudou a se sentir melhor?			
☐ Se Sim: Como? _____			
☐ Se Não: Por quê? _____			
2. Agora, eu vou lhe perguntar, para cada aspecto da sua vida, se você acha que você teve mudanças desde que começou a se tratar aqui no _____ (nome do local) e se estas mudanças foram para pior ou para melhor.			
Nota ao entrevistador:			
Para cada item abaixo, dizer : “Desde que você começou a se tratar aqui, está(ão)....”.	Pior do que antes	Sem mudança	Melhor do que antes
1. Seus problemas pessoais	☐	☐	☐
2. Seu humor	☐	☐	☐
3. A estabilidade das suas emoções	☐	☐	☐
4. Sua confiança em você mesmo	☐	☐	☐
5. Seu interesse pela vida	☐	☐	☐
6. Sua capacidade de suportar situações difíceis	☐	☐	☐
7. Seu apetite	☐	☐	☐
8. Sua energia (disposição para fazer as coisas)	☐	☐	☐
9. Seu sono	☐	☐	☐
10. Sua saúde física (Dores, tremores, etc.)	☐	☐	☐
11. Sua sexualidade (satisfação sexual)	☐	☐	☐
12. Sua convivência com sua família	☐	☐	☐
13. Sua convivência com seus amigos ou amigas	☐	☐	☐
14. Sua convivência com as outras pessoas	☐	☐	☐
15. Seu interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	☐	☐	☐
16. Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)	☐	☐	☐
17. Suas tarefas de casa (ex : cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc).	☐	☐	☐
18. Sua capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	☐	☐	☐
Impressão geral : Finalizando, eu gostaria de saber se			
19. Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está	☐	☐	☐

ANEXO G – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: TECENDO A REDE DO CUIDAR

Pesquisador: Marluce Miguel de Siqueira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 06800219.8.0000.5071

Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.558.775

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso exploratório-descritivo, de caráter quantitativo transversal e longitudinal e qualitativo, com usuários do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) e da 2º andar da Clínica Médica do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), situado no município de Vitória-ES. O desenho do estudo também irá variar de acordo com os subprojetos desenvolvidos para o alcance dos objetivos propostos. Alguns desenhos previstos são: quantitativo transversal, quase-experimental longitudinal e qualitativo com análise de conteúdo de bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desvelar a produção do cuidado no contexto da prevenção, do tratamento, da qualidade de vida e das comorbidades do dependente de álcool, tabaco e outras drogas de um Hospital Universitário de Vitória-ES.

Objetivo Secundário:

1. Descrever a produção de cuidado pelos profissionais de saúde, as políticas públicas e as ações intersetoriais no contexto da prevenção, do tratamento e da qualidade de vida aos dependentes de álcool, tabaco e outras drogas; 2. Identificar e descrever a Rede de Atenção Psicossocial do Espírito

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES

Município: VITORIA

CEP: 29.043-900

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.558.775

Santo: seus impeditivos e potencializadores para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental; 3. Descrever as vivências de familiares de dependentes de álcool, tabaco e outras drogas; 4. Verificar a existência de sintomas ansiosos e depressivos associados aos transtornos decorrentes do consumo de álcool, tabaco e outras drogas e a relação desses transtornos com a qualidade de vida; 5. Compreender as percepções

dos profissionais sobre a colaboração interprofissional na atenção às pessoas alcoolistas do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) e da clínica médica do segundo andar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam). 6. Avaliar o uso da entrevista motivacional em pacientes alcoolistas para a redução do padrão de consumo de álcool e consequente percepção de mudança em atendimento ambulatorial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa poderá gerar desconforto decorrentes do ato de responder a um questionário e uma entrevista semi-dirigida contendo informações pessoais e trazer à memória experiências que possam causar constrangimento. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrevista ou da entrega do questionário, além da garantia da privacidade, já que o próprio participante responderá os questionários, em sigilo, e as entrevistas serão realizadas em local reservado, bem como a garantia de que seus dados não serão identificados para fins de publicação.

Benefícios:

1 - Estudos epidemiológicos apresentam papel fundamental na caracterização dos transtornos mentais e comorbidades, relacionados ou não às substâncias psicoativas, na identificação de grupos particularmente afetados e no norteamiento das políticas públicas de saúde. 2 - Desvelamento da realidade de cuidado ao consumidor de álcool e tabaco no Hucam para produção de estratégias de intervenção. 3 - Maior compressão do fenômeno do consumo de drogas e da qualidade de vida ao associar abordagens de estudos quantitativos e qualitativos. 4 - O estudo influenciará no processo de trabalho na reflexão-ação-reflexão, e na construção coletiva de possibilidades de enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população de Vitória-ES.

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

CEP: 29.043-900

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.558.775

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de proposta de emenda ao projeto, que visa incluir ou adequar os seguintes tópicos:

1. Acréscimo do objetivo específico: avaliar o uso da entrevista motivacional em pacientes alcoolistas para a redução do padrão de consumo de álcool e consequente percepção de mudança em atendimento ambulatorial. Esse objetivo trará resultados para responder o quarto objetivo específico do projeto guarda-chuva, no que tange a existência de sintomas ansiosos e depressivos.
2. Incluir, no tópico 3.3, o critério de exclusão "Mini Exame do estado Mental (MEEM) 20 pontos".
3. Incluir, no tópico 3.3, os estudos de abordagem quantitativa envolverão um grupo de intervenção e um grupo de controle, quando viável e necessário.
4. Adicionar no tópico 3.4 prevendo a aplicação da intervenção, quando necessário, bem como especificação das etapas de acordo com os participantes e objetivo da pesquisa;
5. Incluir nos questionários e anexo o instrumento "Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)" em opção ao instrumento "escala de Ansiedade e Depressão (Anxiety and Depression Scale - ADS)"
6. Incluir nos questionários e anexo o instrumento "Short Alcohol Dependence Data (SADD)", "Escala de Mudança Percebida (EMP)" e "formulário de padrão de consumo baseado no FORM-90."
7. Alterar a escrita do tópico 3.4 de "Todos os formulários listados acima serão aplicados aos pacientes participantes." para "Todos os formulários listados acima serão aplicados aos pacientes participantes de acordo com o objetivo do subprojeto aprovado no CEP."
8. Incluir a escrita em 3.4 para "Enquanto aos estudos de abordagem quantitativa poderá ser ofertado ao participante para fazer parte de um grupo que será monitorado os resultados de ações desenvolvidas no tratamento no PAA, conforme objetivo de subprojeto aprovado no CEP."
9. Alterar a escrita do primeiro parágrafo do tópico "Como será realizado o estudo?" apêndice C para: "Os pacientes que aceitarem participar desse estudo poderão ser aplicados alguns questionários sobre: triagem do padrão do consumo de álcool, tabaco e outras drogas; rastreio de dependência de nicotina e álcool; ansiedade e depressão; qualidade de vida e mudança percebida com o tratamento"
10. Acrescentar ao apêndice C "Alguns dos pacientes também serão convidados para fazer parte de um grupo que será monitorado os resultados de ações desenvolvidas no tratamento no PAA e/ou de alguns encontros de Grupos Focais (encontros onde pessoas falam de experiências sobre

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

CEP: 29.043-900

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.558.775

determinado assunto)."

11. Adicionar tópico 2.4 sobre "Entrevista Motivacional" para melhor compreensão sobre intervenção proposta no objetivo 06 (06 descrito no tópico 01 dessa carta de emenda)
12. Incluir o apêndice F (TCLE) referente ao objetivo 06 (descrito no tópico 01 dessa carta de emenda);
13. Adequar o resumo com as alterações apresentadas nos tópicos anteriores;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados as novas versões dos TCLEs do projeto principal e subprojeto, assim como as novas versões das brochuras do projeto principal e subprojeto. Todos estão de acordo e sem óbices éticos.

Recomendações:

Aprovação da emenda sem novas pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação da emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1986210_E2.pdf	19/07/2022 15:00:59		Aceito
Outros	Resumo_subprojeto.docx	19/07/2022 14:50:03	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto_de_intervencao.docx	19/07/2022 14:40:53	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto_guarda_chuva.docx	19/07/2022 14:40:03	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Outros	Carta_emenda_ao_parecerista.docx	19/07/2022 14:35:59	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES **Município:** VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 5.558.775

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_emenda.docx	19/07/2022 14:27:45	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cep.docx	30/03/2022 19:07:05	NAYARA CALLEGARI DE ANDRADE	Aceito
Outros	CARTA_EMENDA.docx	24/03/2022 10:27:52	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novo_projeto.docx	27/03/2019 09:12:33	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novos_tcle.docx	27/03/2019 09:12:09	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_3179337.pdf	27/03/2019 08:08:21	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaopesquisahucam.pdf	25/01/2019 14:25:24	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	25/01/2019 14:20:22	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	25/01/2019 14:07:13	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 02 de Agosto de 2022

Assinado por:
Fernando Luiz Torres Gomes
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES

Município: VITÓRIA

CEP: 29.043-900

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

ANEXO H – Ata do resultado do edital de boas práticas n 02/2022



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DO GOVERNO
SUBSECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

ATA DO RESULTADO FINAL DA SELEÇÃO DE PROJETOS

REFERÊNCIA: PROCESSO Nº 2022 – KV9PX EDITAL DE SELEÇÃO DE PROJETOS SEG/SESJ Nº 01/2022 - SELEÇÃO DE PROJETOS DE BOAS PRÁTICAS EM PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS E EM CUIDADO E TRATAMENTO A PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE DROGAS.

A Comissão de Seleção do Edital em epígrafe, estabelecida conforme Portaria Nº 021-S, de 21 de junho de 2022, procedeu à análise e ao julgamento das propostas apresentadas pelos proponentes inscritos na Seleção de Projetos em evidência. Após análise minuciosa dos projetos inscritos e seguindo os critérios de seleção, previstos no item 9.1 do Edital de Seleção de Projetos, o Resultado Preliminar foi publicado no site da Secretaria de Estado do Governo (SEG) em 19 de agosto de 2022. Transcorrido o prazo para interposição de recursos sem o recebimento de nenhum recurso, a Comissão manifesta-se pela manutenção do resultado publicado. Segue o RESULTADO FINAL do Edital de Seleção de Projetos nº 01/2022, dividido por Eixo Temático.

EIXO TEMÁTICO I - PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS

Proponente	Título do projeto	Pontuação final	Situação
Pollyana Tereza Ramos Pazolini	Plantando novos horizontes	85,33	Aprovado, 1º lugar
Associação Grupo Orgulho, liberdade e dignidade – GOLD	Aconchego – Grupo Terapêutico para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	76,67	Aprovado, 2º lugar
AMA – Associação Ambientalista de Marilândia	Projeto Diga sim à Vida!	75,33	Aprovado, 3º lugar
Multicoop Saúde	A educação permanente como estratégia de apoio à Política Nacional de Redução de Danos – aposta no conhecimento	74,67	Aprovado, 4º lugar



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DO GOVERNO
SUBSECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

	como um caminho de desconstrução de estigmas e construção de redes		
Associação de moradores, cultural, esportiva e social do bairro Elias Bragatto	Saber Viver	65,33	Aprovado, 5º lugar
Casa Lilás Myrian Junger Mafra	Casa Lilás no Território do Bem	64	Aprovado, 6º lugar
Rede Amor e Compaixão	Projeto Reforço Escolar	61,33	Aprovado, 7º lugar
Instituto Grande Loja Maçônica do Estado do Espírito Santo	Programa Consciência Cidadã	60,66	Aprovado, 8º lugar
Associação Coletivo Aba Tyba	Intervenção no território	42	Desclassificado
Associação Terapêutica de Acolhimento Psicossocial Fênix	Centro de qualificação profissional Fênix	33,33	Desclassificado

EIXO TEMÁTICO II - PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NO ESTADO PRESENTE

Proponente	Título do projeto	Pontuação final	Situação
Maurenia Lopes Ferreira de Almeida	Escrita criativa: educação popular na prevenção do uso de álcool e outras drogas com adolescentes	70	Aprovado, 1º lugar
Instituto Raízes	Juventude do Samba	64	Aprovado, 2º lugar
Idalina de Souza Costa	Caminhos possíveis	63,33	Aprovado, 3º lugar
Comunidade Terapêutica Betânia	Sou a favor da Vida, supero desafios	60,67	Aprovado, 4º lugar



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DO GOVERNO
SUBSECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Associação de Prevenção e Assistência aos Dependentes de Drogas - APADD	Papo aberto sobre drogas	60	Aprovado, 5º lugar
Jonatas Santos de Almeida	Empreendedorismo de quebrada	48	Desclassificado

EIXO TEMÁTICO III – CUIDADO E TRATAMENTO A PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE DROGAS

Proponente	Título do projeto	Pontuação final	Situação
Lucas Queiroz Subrinho	Entrevista motivacional para usuários de um programa de atenção ao alcoolista: o processo de implantação e mudanças	92	Aprovado, 1º lugar
Daniel Delvano Silva Cunha	Integralidades: Estratégias de reabilitação psicossocial	86	Aprovado, 2º lugar
Marcia Cristina Borges de Souza	Melodia do cuidado: produção de instrumentos musicais como ferramenta terapêutica	82,67	Aprovado, 3º lugar
Flávia de Macedo Cavallini	Entre nós	79,33	Aprovado, 4º lugar
Vanjeane Silva de Freitas Camargo	Corpo e mente restaurados	76,67	Aprovado, 5º lugar
Sabrina Aquino Souza	Um olhar para a saúde mental infantojuvenil - fortalecimento do CAPSi Serra	71,33	Aprovado, 6º lugar
Rosimar de Oliveira Silva	Me deixem falar: reflexões para pensar o cuidado feminino: perspectivas de cuidado com mulheres que enfrentam o uso problemático de álcool e outras drogas	70	Aprovado, 7º lugar



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DO GOVERNO
SUBSECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Juliana Oliosi Calheiros	Ganhando pontos: acupuntura para alcoolistas e tabagistas na atenção básica em saúde	68,67	Aprovado, 8º lugar
--------------------------	--	-------	--------------------

INSCRIÇÕES INDEFERIDAS

Proponente	Título do projeto
Instituto Horta de Vida	Drogas: papo de cinema
Instituto Horta de Vida	Capacitação profissional em oficina de marcenaria
Associação Grupo Orgulho, liberdade e dignidade – GOLD	Exercitando a cidadania: atividade física para pessoas LGBTI+ em privação de liberdade e situação de rua

O presente Resultado da Seleção deverá ser publicado no site oficial da SEG para amplo conhecimento dos interessados, após a publicação do Aviso de Resultado no Diário Oficial de Imprensa do Espírito Santo (DIO-ES). Nada mais havendo a tratar, a Comissão encerrou os trabalhos.

Vitória/ES, 25/08/2022

Nathalia Borba Raposo Pereira
Presidenta da Comissão de Seleção

Juliane Macedo Manzini
Membro da Comissão de Seleção

Norlen Apelfeler
Membro da Comissão de Seleção

HOMOLOGO a decisão da Comissão de Seleção, conforme consta dessa Ata e o Resultado da Seleção de Projetos.

Em 26/08/2022

ÁLVARO ROGÉRIO DUBOC FAJARDO
Secretário de Estado do Governo

ASSINATURAS (3)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

NATHALIA BORBA RAPOSO PEREIRA
PRESIDENTE (COMISSÃO DE SELEÇÃO DA SEDS REFERENTE
EDITAL DE SELEÇÃO DE PROJETOS BOAS PRATICAS)
SEG - SEG - GOVES
assinado em 25/08/2022 16:25:34 -03:00

NORLEN APELFELER
MEMBRO (COMISSÃO DE SELEÇÃO DA SEDS REFERENTE EDITAL
DE SELEÇÃO DE PROJETOS BOAS PRATICAS)
SEG - SEG - GOVES
assinado em 25/08/2022 16:43:34 -03:00

JULIANE MACEDO MANZINI
PSICOLOGO - DT
SESA - SESA - GOVES
assinado em 25/08/2022 16:32:23 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 25/08/2022 16:43:34 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por NATHALIA BORBA RAPOSO PEREIRA (PRESIDENTE (COMISSÃO DE SELEÇÃO DA SEDS REFERENTE EDITAL DE
SELEÇÃO DE PROJETOS BOAS PRATICAS) - SEG - SEG - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2022-C9P5KJ>

ANEXO I – Declaração de vista técnico-científica ao HCPA-UFRGS



Declaração

Declaramos que Sr. Lucas Queiroz Subrinho foi coordenador do projeto "SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS EM ALCOOLISTAS: FATORES ASSOCIADOS E POSSÍVEL INTERVENÇÃO", vinculado ao ESTÁGIO TÉCNICO-CIENTÍFICO E VISITA TÉCNICO-CIENTÍFICA, desenvolvido no Instituto: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) - Edital: EDITAL FAPES Nº06/2022 - ESTÁGIO TÉCNICO-CIENTÍFICO E VISITA TÉCNICO-CIENTÍFICA, com duração de 1 mês .

Vitoria, 19 de Outubro de 2023

ANEXO J – Certificado de tradução português-inglês de Artigo 1

TIKINET

CNPJ: 15.267.097/0001-70
R. Santanésia, 528 - 1º andar, Vila Pirajussara
CEP: 05580-055 | São Paulo – SP
(11) 2361-1808
www.tikinet.com.br

São Paulo, December 2, 2021.

CERTIFICATE

TIKINET EDIÇÃO LTDA. – EPP, located at Rua Santanésia, 528, 1º andar, Cj. 11, São Paulo-SP, 05580-050, Brazil, has qualified professionals to perform the services of copyediting and translation of texts in foreign languages. We attest that the following hired services were performed in their totality.

Type of Service: ☐ Copyediting / ☒ Translation

Source Language: Portuguese

Target Language: English

Document: EVALUATION OF USERS' SATISFACTION WITH MENTAL HEALTH SERVICES: A SYSTEMATIC REVIEW



.....
Carlos Eduardo Chiba
Tikinet Edição Ltda. – EPP
CNPJ: 15.267.097/0001-70
