

Vania Patrícia Teixeira Vianna

**FATORES QUE AFETAM A DETECÇÃO DO USO
ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E A EFICÁCIA
DE UMA INTERVENÇÃO BREVE**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo - Escola Paulista de Medicina,
para Obtenção do Título de Doutor em Ciências

São Paulo

2008

Vania Patrícia Teixeira Vianna

**FATORES QUE AFETAM A DETECÇÃO DO USO
ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E A EFICÁCIA
DE UMA INTERVENÇÃO BREVE**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo - Escola Paulista de Medicina,
para Obtenção do Título de Doutor em Ciências

Orientadora: Prof. Dra. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

São Paulo

2008

Vianna, Vânia Patrícia Teixeira

Fatores que afetam a detecção do uso abusivo e dependência de álcool e a eficácia de uma intervenção breve /Vânia Patrícia Teixeira Vianna -- São Paulo, 2008. xiv, 94f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psicobiologia.

Título em inglês: Factors that influence the detection of alcohol abuse and dependence and the efficacy of Brief Intervention

1. Alcoolismo/prevenção & controle. 2. Eficácia. 3. Programas de Rastreamento. 4. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool.

*Dedico este trabalho ao
meu filho Pedro Henrique,
que esteve sempre ao meu
lado nesta jornada, mesmo
que em pensamentos.*

*Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos,
E não tivesse amor,
Seria como um sino que soa ou um címbalo que retine.
Ainda que eu tivesse o dom da profecia,
O conhecimento de todos os mistérios e toda a sabedoria;
E tivesse tanta fé
A ponto de transportar montanhas,
Se eu não tivesse amor,
Eu nada seria.
Ainda que eu doasse todos os meus bens,
E entregasse o meu corpo às chamas,
Se eu não tivesse amor,
De nada adiantaria.
O amor é paciente e bom;
Não tem ciúme nem é orgulhoso;
Não é arrogante nem rude.
Não procura o seu próprio interesse;
Não se irrita, não guarda rancor;
Não se alegra com a injustiça,
Mas se alegra com a verdade.
O amor tudo desculpa,
Tudo crê,
Tudo espera,
Tudo suporta.
O amor jamais passará.*

(1 Coríntios 13:1-8)

Esta tese foi realizada no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, com o apoio financeiro e logístico da AFIP (Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia), com bolsa de Doutorado da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e com auxílios à pesquisa do Cnpq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo - processo nº 03/06413-3) e da OMS (Organização Mundial de Saúde – HQ/02/086279).

AGRADECIMENTOS

- **A minha orientadora, Prof. Dra. Maria Lucia Oliveira Souza Formigoni**, por toda dedicação, apoio e amizade, querida mestra você foi mais que uma orientadora, foi uma amiga nos momentos mais difíceis.
- **À Dra Roseli Boerngen de Lacerda**, pela parceria, amizade, colaboração em todo o processo da pesquisa.
- **Ao Dr Telmo Mota Ronzani**, pelo exemplo de dedicação e sucesso em uma carreira tão promissora.
- **À Dra. Ana Regina Noto**, pela amizade e apoio.
- **À Yone Gonçalves de Moura**, por toda ajuda e amizade e colaboração neste trabalho.
- **Aos colegas da UDED:** Mara Cristina Plati, Eulália Barbosa, Fabiane C. Cruz, Wladimir Luís R. Franco, Melina Cury Hadad, que foram parceiros e amigos nas dificuldades encontradas nesta coleta de dados.
- **À Ana Maria Cardone e Melina Cury Hadad**, pelo auxílio na digitação dos dados e parceria constantes.
- **Aos profissionais responsáveis pelas Secretarias de Saúde dos municípios de Curitiba, Palmas, Diadema e São Paulo**, pelo apoio e parceria na execução deste estudo.
- **Aos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde ou do Programa de Saúde da Família das cidades de São Paulo e Diadema**, pela valiosa contribuição na coleta de dados deste estudo.

- **Aos diretores das unidades básicas de saúde ou Programa de Saúde da Família das cidades de São Paulo e Diadema**, pelo apoio parceria na execução deste estudo
- **A toda equipe do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS e DIPA (Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias - UNIFESP)**, por ter nos recebido tão bem em sua instituição durante parte do trabalho de coleta de dados deste estudo.
- **Aos profissionais e técnicos da UDED (Unidade de Dependência de Drogas)**, por todo apoio.
- **Aos funcionários do Departamento de Psicobiologia**, por toda atenção, dedicação e competência em todos os momentos, em especial a Nereide.
- **A todos os colegas do Departamento de Psicobiologia**, por toda ajuda, companheirismo e amizade em especial a Laisa Marcorela S. Andreoli e Thiago Pavin Rodrigues.
- **Ao meu irmão, minha avó, minha mãe, meu pai, tias**, por todo amor e compreensão nos momentos mais difíceis.
- **A todos os pacientes** que participaram deste estudo.
- **A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)** pela bolsa de estudos para realização do Doutorado

ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ASSIST – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

CRT – Centro de Referência e Treinamento

DALY - *Disability-adjusted life years*

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DSMIII-R – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3ª Edição

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

IB – Intervenção Breve

IC – Intervalo de Confiança

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SAPS – Serviços de Atenção Primária à Saúde

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas (a partir de junho de 2008 - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas)

SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento.

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDED – Unidade de Dependência de Drogas

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O uso abusivo de álcool tem sido um problema crescente, tanto em termos de saúde individual quanto coletiva. A detecção precoce do uso de risco de álcool seguida por intervenção breve, pode ser uma importante estratégia para evitar o agravamento dos problemas sociais, de saúde física e mental dos usuários. **Objetivos:** avaliar a eficácia de uma Intervenção Breve de sessão única, realizada em unidades de saúde, na redução do consumo ou de problemas associados ao uso de risco de bebidas alcoólicas; analisar a influência do nível inicial de problemas associados ao uso de álcool no resultado da intervenção; comparar as taxas de prevalência de usuários de risco de substâncias psicoativas detectadas por profissionais de saúde com as detectadas por pesquisadores, usando o instrumento ASSIST. **Metodologia:** os instrumentos de detecção e os procedimentos de intervenção breve foram aplicados por pesquisadores ou por profissionais de saúde, que receberam um treinamento padronizado na aplicação do ASSIST e da Intervenção Breve (IB). O instrumento de detecção foi aplicado a 4335 pacientes que foram atendidos nos serviços de saúde com queixas gerais de saúde. Os 208 pacientes que pontuaram no ASSIST na faixa de uso de risco para álcool (108 com pontuação baixa – entre 11 e 15 e 100 com pontuação alta – entre 16 e 26) foram aleatoriamente alocados ao grupo Controle (CONT N=106) ou ao grupo Intervenção Breve (IB N=102). **Resultados:** Considerando como indicador de resultado a pontuação no instrumento de triagem ASSIST, três meses após a avaliação inicial (seguimento), observou-se redução significativa em relação à pontuação inicial (basal) nos dois grupos. A chance de sucesso foi significativamente maior (*odds ratio* = 5,68, IC 95% 2,8 – 11,7) no grupo que recebeu Intervenção Breve do que no grupo controle. Por outro lado, a chance de sucesso foi significativamente menor (*odds ratio* = 0,39, IC 95% 0,19 – 0,81) para os pacientes com alto nível basal de pontuação no ASSIST do que para os pacientes com baixo nível inicial de pontuação. Foi detectada menor porcentagem de uso de risco de álcool nos pacientes de São Paulo/Diadema (6,8%), onde os profissionais de saúde aplicaram o ASSIST, do que em Curitiba (13,3%), onde os pesquisadores aplicaram o ASSIST. Por outro lado, detectou-se maior prevalência de uso sugestivo de dependência de álcool em SP (3,8%) do que em Curitiba (0,2%). Em relação à maconha também foi detectada menor prevalência de uso de risco em SP (1,6%) do que em Curitiba (4,9%), o mesmo ocorrendo em relação à cocaína (0,7% em SP e 1,5% em Curitiba). A prevalência de uso sugestivo de dependência foi semelhante (maconha: 0,5% em SP e Curitiba e cocaína: 0,4% em SP e 0,7% em Curitiba). **Discussão:** A intervenção breve de sessão única aplicada por profissionais de saúde (ou por pesquisadores) imediatamente após a detecção do uso de risco de álcool pelo instrumento ASSIST mostrou-se eficaz na redução de problemas associados ao uso de álcool, sendo o sucesso da intervenção maior em pacientes com menor comprometimento. É possível que as diferenças de detecção observadas sejam devidas à falta de aleatorização na aplicação do instrumento por parte de alguns profissionais de saúde de São Paulo, enquanto que os pesquisadores do Paraná o aplicaram de modo aleatório. Os resultados indicam ser possível a

utilização destas técnicas em serviços de atenção primária à saúde após um breve treinamento dos profissionais de saúde.

ABSTRACT

The abusive use of alcoholic beverages is a growing problem as regards individual and public health. The early detection of risk use of alcohol followed by brief intervention can be an important strategy in order to prevent the aggravation of physical and mental health conditions as well as of social problems. **Objectives:** To evaluate the efficacy of a single session of Brief Intervention, performed in primary health care services, in the reduction of alcohol consumption or related problems; to analyze the influence of the initial level of alcohol-related problems on the outcome of the intervention; to compare the incidence rates of psychoactive substances risk users detected by health professionals with those detected by researchers using the screening instrument ASSIST. **Methodology:** The screening instruments (ASSIST) and the Brief Intervention (BI) were administered by researchers or health professionals who had previously attended a standardized training. The screening instrument was administered to 4335 patients, users of primary health care services. The 208 patients who scored in the ASSIST risk range regarding alcohol (108 with low ASSIST scores – between 11 and 15 and 100 with high ASSIST scores – between 16 and 26) were randomly allocated to the control group (CONT N=106) or to the BI group (BI N=102). **Results:** Considering the ASSIST score in the follow-up (3 months after the basal evaluation) as the outcome indicator, we observed a significant reduction regarding the initial scores in both groups. The odds of success were significantly higher (odds ratio = 5.68, CI 95% 2.8 – 11.7) in the BI group than in the control group. On the other hand, the odds of success were significantly lower (odds ratio = 0.39, CI 95% 0.19 – 0.81) in the group of patients with higher initial ASSIST scores. A lower percentage of alcohol risk users was detected in São Paulo/Diadema (where the health professionals administered the ASSIST) than in Curitiba/Palmas (where the researchers administered the ASSIST). A lower percentage of risk alcohol use was detected in the patients of São Paulo/Diadema (6.8%), where the health professionals applied the ASSIST, than in Curitiba (13.3%), where the researchers applied it. On the other hand, we detected a higher prevalence of use suggestive of alcohol dependence in SP (3.8%) than in Curitiba (0.2%). As regards marijuana, a lower prevalence of risk use was also detected in SP (1.6%) than in Curitiba (4.9%), and also as regards cocaine (0.7% in SP and 1.5% in Curitiba). The prevalence of use suggestive of dependence was similar (marijuana: 0.5% in SP and Curitiba, and cocaine: 0.4% in SP and 0.7% in Curitiba).

Discussion: A single session of Brief Intervention administered by health professionals or researchers, immediately after the screening of alcohol risk use by the ASSIST was effective in the reduction of alcohol related problems, being the success higher in the patients with lower levels of problems. It is possible that the differences detected are due to the lack of randomization in the application of the instrument by some health professionals in São Paulo, since the researchers in Paraná applied it randomly. The results indicate that the use of a screening instrument and the administration of BI are feasible in primary health care services after a short training of the health professionals.

SUMÁRIO

<i>Dedicatória</i>	iv
<i>Agradecimentos</i>	vii
<i>Lista de Abreviaturas</i>	ix
<i>Resumo</i>	x
<i>Abstract</i>	xii
1. Introdução:	1
1.1. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil	1
1.2. Problemas associados ao uso de álcool	5
1.3. A Política Nacional sobre o álcool	8
1.4. Instrumentos de triagem	9
1.5. Estudos de validação do ASSIST	11
1.6. Intervenções Breves	12
1.6.1. Estudos pioneiros sobre Intervenções Breves	12
1.6.2. Estudos apoiados pela Organização Mundial de Saúde	14
1.6.3. Estudos que avaliaram a efetividade das Intervenções Breves	15
1.6.4. Intervenções Breves no Brasil	18
1.7. Problemas na implantação da Intervenção Breve	20
2. Objetivo Geral:	22
2.1. Objetivos Específicos	22
3. Estudo 1: Redução do uso de álcool após detecção precoce e Intervenção Breve em serviços de saúde: experiências em São Paulo e Curitiba.	23
3.1. Materiais e Métodos	23
3.2. Resultados	28
4. Estudo 2: Usuários de risco de álcool e outras drogas em serviços públicos de saúde: como detectá-los? Experiências em São Paulo e Curitiba.	41
4.1. Materiais e Métodos	41
5. Discussão	53

5.1 Fatores que influenciaram a implantação dos procedimentos de detecção do uso abusivo de álcool e intervenção breve	53
5.2. A prevalência de pacientes com uso sugestivo de abuso ou dependência de álcool	54
5.3. Efetividade das Intervenções Breves	57
5.4. Fatores que podem influenciar a eficácia das Intervenções Breves	58
5.5. “Ingredientes ativos” da Intervenção Breve	59
5.6. A Implementação de procedimentos de detecção e intervenção serviços de atenção à saúde	60
6. Conclusões	62
7 Referências Bibliográficas	64
8 Anexos	73

1. INTRODUÇÃO

1.1 .Epidemiologia do uso de álcool no Brasil

Em grande parte do mundo, o uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas está presente no dia a dia, fazendo parte da cultura de muitas nações. Entretanto, o abuso de álcool e outras drogas tem sido um problema crescente, tanto em termos de saúde individual quanto coletiva.

Até a década de 1980 eram raros, e limitados, os dados sobre consumo de álcool pela população brasileira. Recentemente, foi realizado o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil ⁽¹⁾, com amostra representativa de pessoas entre 12 e 65 anos, nas 108 maiores cidades do país. De acordo com este estudo, 83,5% dos homens e 68,3% das mulheres acima de 12 anos relataram já terem feito algum uso de álcool *na vida*. Os dados do mesmo estudo indicam que o uso de álcool se inicia mais freqüentemente na adolescência, entre os 12 e os 17 anos (54,3% da amostra) e na faixa de 25 a 34 anos, 79,5% da população estudada já havia feito algum uso de álcool *na vida*. Foram observadas variações neste uso entre as diversas regiões do país, sendo maior na região Sudeste (80,4%) e menor na região Norte (53,9%), sendo a média nacional (74,6%). Preencheram critérios para dependência de álcool 12,3% da população adulta, variando entre as regiões do país. Destaca-se com maior prevalência a região Nordeste (13,8%) e menor na região Norte (8,7%), sendo a média nacional 12,3%. Uma análise de acordo com as faixas etárias indica que preencheram critérios para dependência de álcool 7% dos entrevistados entre 12 e 17 anos, 19,2% entre 18 e 24 anos (a maior porcentagem de dependentes), 14,7% entre 25 e 34 anos e 10,4% entre os acima de 35 anos. Quanto à questão de gênero, a porcentagem de dependentes entre homens foi cerca de três vezes

a detectada entre mulheres, tanto se considerando a amostra total, como aqueles acima de 24 anos.

Utilizando outro tipo de metodologia, Laranjeira et al (2007) concluíram que 48% da população adulta poderia ser considerada abstinente (35% dos homens e 59% das mulheres). Estes autores utilizaram duas variáveis para avaliação de “*como os brasileiros bebem*”: a frequência e a quantidade do beber. Desta forma, 52% dos brasileiros foram classificados como *bebedores*, sendo 27% *bebedores ocasionais ou raros* e 25% de *bebedores que fazem uso de álcool pelo menos uma vez por semana*. Quanto à quantidade, 24% da população estudada relatou beber com um “*padrão perigoso*”, ou seja, 5 doses ou mais por ocasião (homens) ou 4 doses ou mais por ocasião para (mulheres). Segundo estes autores “metade da população não bebe; dos bebedores, a metade bebe com um padrão perigoso e somente a outra metade bebe com um padrão relativamente seguro” ⁽²⁾.

Dados específicos para o Estado de São Paulo, foram obtidos por Galduróz et al (2002) por meio de um levantamento domiciliar nas 24 cidades paulistas com mais de 200 mil habitantes, realizado em 1999, com amostra representativa de pessoas entre 12 e 65 anos de idade, de ambos os gêneros. O uso de álcool *na vida* foi mais freqüente entre homens (63,6%) do que entre mulheres (43%), em todas as faixas etárias estudadas. Os problemas associados ao uso de álcool mais freqüentes foram: discussões após beber (1,1%) e acidentes de trânsito (0,6%). Em relação à dependência de álcool, 6,6% da população estudada preenchia critérios para tal, sendo os mais freqüentes o desejo de parar ou diminuir o uso (8,3%) e usar bebidas alcoólicas em freqüências maiores do que o desejado, ou seja, perda de controle (6,6%). Os outros critérios de dependência (tempo despendido na obtenção ou consumo; tolerância; situações de risco sob o efeito de álcool ou problemas familiares, de trabalho, legais ou psicológicos) foram detectados em menor porcentagem da amostra (cerca de 3%). Entretanto,

apenas 1,9% da amostra recebeu algum tipo de tratamento para o uso de álcool e outras drogas, sendo este mais freqüente entre homens (3,3%) do que entre mulheres (0,6%)⁽³⁾.

Dados específicos sobre a área urbana de Campinas, estado de São Paulo, foram obtidos por Barros et al (2007), utilizando um inquérito domiciliar, aplicado em 2003. Foi selecionada uma amostra aleatória, por método de amostragem estratificada por conglomerados, composta por indivíduos com 14 anos ou mais de idade, aos quais foi aplicada a escala *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) e o AUDIT. As prevalências de abuso/dependência de álcool foram 13,1% para homens e 4,1% para mulheres. De acordo com o modelo de regressão logística, o abuso/dependência de álcool revelou-se significativamente associado com as variáveis idade, escolaridade, renda, religião e uso de drogas ilícitas. As categorias que apresentaram maiores razões de chance (*Odds Ratio*) ajustadas foram: renda entre US\$2,501.00-10,000.00 (OR = 10,29), escolaridade inferior a 12 anos (OR = 13,42), não ter religião (OR = 9,16) e ter usado drogas ilícitas em algum momento da vida (OR = 4,47).⁽⁴⁾

Foram realizados cinco levantamentos nacionais sobre o uso de drogas psicotrópicas por estudantes brasileiros⁽⁵⁻⁹⁾. Nos quatro primeiros levantamentos, a maioria dos estudantes pesquisados encontrava-se na faixa etária de 13 a 18 anos (64%), sendo que 56% dos estudantes estavam cursando o 1º grau⁽¹⁰⁾. No 5º levantamento a faixa etária predominante foi de 13 a 15 anos (36,3%) e 71,6% dos estudantes estavam cursando o 1º grau.

Embora ilegal para menores de 18 anos, considerando os dados dos cinco levantamentos, observou-se que o uso de álcool *na vida* variou de 57,5% (na cidade de Belém do Pará em 2004) a 85,4% (Belo Horizonte – MG – em 1993). Os dados do V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública⁽⁹⁾ indicam que

65,2% dos estudantes consultados já haviam experimentado álcool ao menos uma vez na vida. Comparando com os quatro levantamentos anteriores, no 5º levantamento detectou-se uma tendência à redução do uso de álcool *na vida* nas dez capitais que foram pesquisadas em todos os levantamentos (Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo).

Segundo Galduróz et al (2000), 10,4% dos estudantes avaliados no quarto levantamento faziam o uso *pesado* de álcool (mais de 20 ocasiões por mês). A comparação destes dados com os de levantamentos anteriores (1987, 1989, e 1993) indicou aumento deste tipo de uso em oito das dez capitais estudadas. No quinto Levantamento houve uma redução nesta proporção para 6,7% da amostra avaliada.

Os principais problemas relacionados ao uso de álcool, relatados pelos estudantes, foram brigas (11%) e faltar à escola (19,5%) após beber. Os autores observaram que entre os alunos que apresentavam uso *pesado* de álcool, 96,1% apresentavam defasagem escolar, 38,5% já haviam se envolvido em brigas quando embriagados e 33,5% faltaram às aulas devido ao consumo de álcool ⁽¹⁰⁾.

Diferentemente do observado no estudo com adultos (II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil ⁽¹⁾), não foram detectadas diferenças quanto ao uso de álcool *na vida* entre estudantes do sexo masculino e feminino, sugerindo que possa estar ocorrendo uma aproximação de padrões entre os gêneros. Resultado semelhante foi relatado em um estudo realizado por Laranjeira et al (2007) com população adolescente (14 a 17 anos), no qual também não foram detectadas diferenças nas taxas de uso de álcool *na vida* entre meninos (36%) e meninas (32%) ⁽²⁾. Chama atenção a idade precoce de iniciação do uso de álcool. Segundo Galduróz et al. (2004) 41,2% dos jovens de 10 a 12 anos já haviam experimentado bebidas alcoólicas ⁽⁹⁾. Laranjeira et al

(2007) relataram que a idade média de início de consumo de bebidas alcoólicas, eliminando-se a experimentação de apenas um ou dois goles, foi por volta dos 14 anos (para entrevistados com 14 a 17 anos na época da aplicação do questionário) ou 15 anos (para entrevistados com 18 a 25 anos). O consumo regular de bebidas alcoólicas teve início por volta dos 14,6 e 17,3, respectivamente ⁽²⁾.

1.2. Problemas associados ao uso de álcool

O consumo de álcool lidera a lista de fatores de risco evitáveis que contribuem para as cargas de doenças nos países em desenvolvimento e é o terceiro nos países desenvolvidos. Entre os indicadores utilizados no estudo da carga de doença, destaca-se o DALY (*disability-adjusted life years*, que pode ser traduzido como “anos de vida perdidos ajustados por incapacidade”), um parâmetro que resulta da soma das estimativas dos anos de vida perdidos (indicador de mortalidade) e dos anos de vida com incapacidade (indicador de morbidade) ⁽¹¹⁾. Utilizando o DALY, a carga global de doença devida ao consumo de álcool foi estimada em 3,2% da taxa global de mortalidade ^(12, 13). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde ⁽¹²⁾ no ano de 2000, em países com economia de mercado estável, 10,3% da carga de doenças (considerando o indicador DALY) poderia ser atribuída ao consumo de álcool. Isto é comparável à carga de doenças causadas pelo tabaco (11,7% de DALYs), mas significativamente maior do que a carga que pode ser atribuída ao uso de drogas ilícitas (2,3% de DALYs). Entretanto, estes números são conservadores porque levam em conta os benefícios potenciais do álcool e são baseados apenas nos efeitos do consumo de álcool *na saúde*. É notório que os problemas *sociais* devidos ao abuso de álcool impõem uma carga tão grande quanto os efeitos do álcool na saúde. O abuso de álcool tem sido associado ao aumento da

prevalência de crimes e comportamentos anti-sociais, problemas no trabalho e nos relacionamentos sociais e familiares. Desta forma, o custo social do abuso de álcool é significativamente maior do que o do abuso de tabaco ou outras drogas psicoativas.⁽¹⁴⁾

Um estudo realizado em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, com base em dados colhidos pelo sistema VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), aponta que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas⁽¹⁵⁾. Segundo os autores do relatório de pesquisa do referido projeto, hoje há evidências suficientes para se afirmar que é possível prevenir a maioria das DCNTs, bem como alterar o seu curso. Por meio de ações para a prevenção dos seus principais fatores de risco, com destaque para tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e consumo abusivo de álcool, podem ocorrer melhora do prognóstico das DCNT e da qualidade de vida dos indivíduos. O mesmo estudo indica que em 2006, o *consumo abusivo de bebidas alcoólicas* – definido como o consumo de pelo menos quatro doses-padrão¹ (mulheres) ou cinco doses-padrão (homens) de bebidas alcoólicas em uma única ocasião nos últimos três meses, variou de 12,1% em Curitiba a 22,1% em Salvador. Na população das cidades estudadas, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi duas vezes maior entre homens (16,1%) do que entre mulheres (8,1%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo abusivo foi maior nas faixas etárias mais jovens, alcançando cerca de 30% dos homens e 10% das mulheres entre 18 e 44 anos. Em ambos os sexos, a frequência do consumo abusivo pouco variou com o nível de escolaridade da população estudada⁽¹⁵⁾.

Noto et al (2004) realizaram uma avaliação de casos de violência

¹ Uma dose-padrão equivale a 13g de álcool puro, contida em cerca de 40 ml de bebidas destiladas ou 150 ml de vinho de mesa ou 300 ml de cerveja (15).

interpessoal domiciliar associados ao consumo de álcool e outras drogas em 27 municípios do Estado de São Paulo com mais de 200 mil habitantes. Casos de violência foram relatados em 31,6% dos domicílios, sendo que no momento da situação de violência, 46,7% dos autores estavam sob efeito de álcool, 9,7% sob o efeito de outras drogas e 6% estavam embriagados e sob o efeito de outras drogas, totalizando 52,7% dos autores sob o efeito de álcool. A presença de álcool foi predominante em todos os tipos de violência, com exceção dos furtos, onde predominou o uso de cocaína. Os tipos de situações violentas mais comuns foram: agressões verbais, envolvendo escândalos, discussões ou “brincas” exageradas, danos ao patrimônio do domicílio (furtos ou quebra de objetos), agressão física (ameaça ou de fato) incluindo uso de objetos e/ou armas e por último, relação sexual forçada (tentativa ou de fato)⁽¹⁶⁾.

De Micheli et al (artigo em submissão à publicação) avaliaram o consumo de bebidas alcoólicas e o nível de alcoolemia, avaliados por auto-relato e etilômetro (“bafômetro”) de pessoas que pretendiam dirigir veículos automotivos na saída de bares, restaurantes e casas noturnas na cidade de São Paulo. As autoras testaram a aceitação e o impacto de uma intervenção preventiva. Dentre os 140 participantes, 69% (grupo 1) apresentaram concentração de álcool no sangue abaixo do limite de 0,6 g/l (limite permitido legalmente no Brasil na ocasião) e 31% (grupo 2) apresentaram concentração de álcool no sangue acima daquele limite. Na entrevista de seguimento, realizada um mês após a avaliação, 91% dos participantes do grupo 1 e 57% dos participantes do grupo 2 mencionaram que consideravam *beber e dirigir* um comportamento de risco. Na avaliação de seguimento, 86% dos participantes, que inicialmente afirmaram que a bebida não interferia em seu desempenho ao dirigir, passaram a considerar esta interferência importante.⁽¹⁷⁾

1.3. A Política Nacional sobre o álcool

Diante da gravidade de problemas de saúde e sociais, associados ao uso de álcool, em 2007, o Governo Federal lançou a Política Nacional sobre o Álcool, formulada pelo Grupo Técnico Interministerial composto pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional Antidrogas, Ministério da Justiça, Ministério da Educação e Ministério das Cidades. Segundo esta política, compete ao governo à adoção de medidas que previnam os danos resultantes do consumo de álcool em situações como transporte, ambientes de trabalho, eventos de massa e outros. De acordo com esta política, é considerada bebida alcoólica aquela que contiver teor alcoólico igual ou superior a 0,5 grau Gay-Lussac.

É atribuição desta política regulamentar o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade referente a bebidas alcoólicas; fomentar medidas que restrinjam os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas de acordo com as situações de violência e danos sociais; fiscalizar o controle de venda de bebidas alcoólicas a pessoas com sintomas de embriaguez e menores de 18 anos; ampliar o acesso ao tratamento para usuários e dependentes de bebidas alcoólicas aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS); fiscalizar o cumprimento do “dispositivo nos artigos 79, 81, incisos II e III, e 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente”; incentivar e fiscalizar a proibição sobre venda e consumo de bebidas alcoólicas nos campos universitários; “recomendar a revisão sobre conteúdos de uso de álcool e trânsito nos cursos de formação de condutores e para renovação da carteira de habilitação”; “elaborar medidas para proibição da venda de bebidas alcoólicas nas faixas de domínio das rodovias federais”; “incentivar medidas de proibição para a consumação mínima, promoção e degustação de bebidas alcoólicas”; “apoiar os Municípios na implementação de medidas de proibição da venda de bebidas alcoólicas em postos de gasolina” ⁽¹⁸⁾.

A política dá ênfase às medidas de prevenção e de redução de danos, ou seja um conjunto estratégico de medidas de saúde pública, voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool. Estudos realizados em serviços de saúde indicaram que o uso de risco de álcool é subdiagnosticado, podendo se limitar à detecção de um terço à metade dos casos existentes ^(19,20). Sendo assim, é importante desenvolver estratégias que permitam aumentar a chance de detecção dos usuários de risco e intervir precocemente, utilizando intervenções breves. Estas medidas podem ser consideradas estratégias de redução de danos.

1.4. Instrumentos de triagem

Para fazer a detecção precoce de pessoas que fazem uso de risco de ou são dependentes de álcool, vários instrumentos de triagem podem ser utilizados, entre eles AAS (*Addiction Admission Scale*); APS (*Addiction Potential Scale*); ACI (*Alcohol Clinical Index*); CAGE; MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*); SAAST (*Self-Administered Alcoholism Screening Test*). Para triagem especificamente de adolescentes podem ser utilizados: AAIS (*Adolescent Alcohol Involvement Scale*); ADI (*Adolescent Drinking Index*); PESQ (*Personal Experience Screening Questionnaire*); POSIT (*Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*); RAPI (*Rutgers Alcohol Problem Index*). O tempo de aplicação destes instrumentos pode variar de menos de um minuto (no caso do CAGE) até cerca de 25 minutos (no caso do POSIT) ⁽²¹⁾.

A grande variedade de instrumentos de triagem, tanto em relação ao tamanho quanto ao conteúdo e linguagem, muitas vezes dificulta a comparação de estudos realizados em diferentes locais. Foi com esta preocupação que a Organização Mundial de Saúde (OMS) incentivou um grupo internacional de pesquisadores a desenvolver o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).

O AUDIT foi desenvolvido em 1982, com base em revisões de procedimentos que estavam sendo utilizados para a detecção precoce do uso de álcool. Foram recrutados 200 pacientes que foram submetidos a várias avaliações clínicas e laboratoriais. A partir destas avaliações, foram definidas as perguntas que iriam compor o AUDIT. Num segundo momento, foram avaliados os níveis de sensibilidade e especificidade e o ponto de corte para a classificação dos níveis de uso. Foi então criada uma versão do instrumento composta por 10 questões que avaliam a quantidade, a frequência e os problemas associados ao uso de álcool ⁽²²⁻²⁵⁾. O AUDIT permite classificar os padrões de uso de álcool em quatro categorias: Zona I: abstinência ou baixo risco; Zona II: uso de risco; Zona III: uso nocivo e Zona IV: sugestivo de dependência. Existe uma vasta literatura que utiliza o AUDIT como instrumento de triagem em serviços de atenção primária à saúde (APS), tendo sido demonstradas suas boas propriedades psicométricas (sensibilidade, especificidade, validade, confiabilidade e capacidade de detecção de mudanças), assim como a factibilidade de sua aplicação como instrumento de triagem ^(26, 27).

O AUDIT foi construído com o objetivo de detectar somente o uso de álcool, não permitindo avaliar o uso de outras substâncias. Por esta razão, também sob o patrocínio da OMS, foi desenvolvido um instrumento semelhante ao AUDIT, voltado à detecção do uso de risco não somente de álcool, mas de várias substâncias psicoativas. Este instrumento, denominado *ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)*, é constituído por oito questões, referindo-se ao uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetamina, inalantes, sedativos, alucinógenos, opiáceos e outras drogas. É um instrumento de fácil administração e exige pouco tempo para ser respondido (cerca de 7 a 9 minutos) ⁽²⁸⁾.

1.5. Estudos de validação do ASSIST

Os pesquisadores pertencentes ao WHO ASSIST Working Group (2002) realizaram o estudo de validação da versão 1.0 do ASSIST. Participaram deste projeto multicêntrico nove países: Austrália, Brasil, Irlanda, Índia, Israel, Territórios Palestinos, Estados Unidos, Reino Unido e Zimbábue. A amostra foi coletada em unidades básicas de saúde (40%) ou em centros especializados em tratamento para álcool e outras drogas (60%). Completaram as entrevistas de teste/re-teste 236 voluntários (cerca de 25 pacientes de cada centro participante) sendo que 53,6% eram homens, com idade média de 34 anos e escolaridade média de 10 anos de educação formal. Foi realizado um teste de confiabilidade do tipo “teste/re-teste” que indicou índices de confiabilidade (Kappa) que variaram de 0,58 a 0,90 para as principais questões. Houve variação destes índices em relação às diferentes classes de substâncias de 0,61 (sedativos) a 0,78 (opióides). De modo geral, os índices de confiabilidade foram considerados de razoável a muito bom. Uma avaliação qualitativa sobre a facilidade em responder às questões do ASSIST realizada ao final da entrevista de re-teste, utilizando grupos focais, indicou que os pacientes não tiveram dificuldade para respondê-lo (28).

Henrique et al (2004) utilizaram a versão brasileira do ASSIST na detecção de uso de álcool e outras drogas em serviços de atenção primária, secundária e terciária à saúde. Dentre os entrevistados, 99 eram pacientes de serviços de atenção primária à saúde (SAPS) e 48 eram pacientes de centros especializados no tratamento de dependência de álcool e outras drogas (DEP). No grupo SAPS, 28% dos pacientes pontuaram na faixa de baixo risco do instrumento ASSIST, 66% na faixa de risco e 6% na faixa sugestiva de dependência. No grupo DEP, como esperado, todos os pacientes pontuaram na faixa sugestiva de dependência. A consistência interna do instrumento foi avaliada pelo coeficiente

alfa de Cronbach, sendo considerada boa. Os coeficientes foram: 0,80 para álcool; 0,80 para tabaco; 0,79 para maconha e 0,81 para cocaína. Os índices de sensibilidade foram 0,91 para álcool, 0,84 para cocaína e 0,87 para maconha. A especificidade foi 0,79 para álcool, 0,98 para cocaína e 0,95 para maconha. Os valores preditivos positivos se encontravam entre 80% e 93% e os valores preditivos negativos entre 85% e 96% ⁽²⁹⁾.

Pesquisadores do *WHO ASSIST Working Group* (2008) realizaram estudo no qual a sensibilidade do instrumento ASSIST foi 0,82 para cocaína, 0,66 para anfetaminas/estimulantes, 0,73 para benzodiazepínicos e 0,91 para opióides. A especificidade foi 0,91 para cocaína, 0,73 para anfetaminas/estimulantes, 0,75 para benzodiazepínicos e 0,80 para opióides ⁽⁵⁷⁾.

Em resumo, os estudos sobre o AUDIT e o ASSIST sugerem que eles possuem boas propriedades psicométricas e podem ser aplicados em pouco tempo, o que os torna adequados para detecção massiva de usuários abusivos em serviços de atenção primária à saúde. Tanto o AUDIT como o ASSIST podem ser seguidos por uma Intervenção Breve (IB), que consiste em um aconselhamento baseado na técnica de entrevista motivacional, com duração de 5 a 30 minutos, visando auxiliar o usuário de risco a diminuir ou parar seu uso da substância, evitando danos mais graves ^(27, 30).

1.6. Intervenções Breves

1.6.1. Estudos pioneiros sobre Intervenção breve

Um dos primeiros estudos controlados que indicou a efetividade de aconselhamentos breves na redução do consumo de álcool foi realizado por Edwards et al. (1977). Foi realizado um estudo clínico controlado no qual pessoas com diagnóstico de dependência de álcool foram aleatoriamente alocados a um de dois grupos. Os do primeiro grupo (aconselhamento) receberam uma única

sessão estruturada de aconselhamento, na qual era indicada a completa abstinência de álcool. Os pacientes do segundo grupo (tratamento intensivo) receberam um tratamento incluindo farmacoterapia, participação em grupos de auto-ajuda, apoio psiquiátrico e de assistência social, tendo também como meta a abstinência de álcool. O seguimento de avaliação realizado após 12 meses indicou níveis semelhantes nos dois grupos quanto à redução do consumo de bebidas alcoólicas, assim como dos problemas associados ⁽³¹⁾.

Wallace et al. (1988) realizaram um estudo para determinar a efetividade de um aconselhamento realizado por médicos clínicos gerais para reduzir o consumo excessivo de álcool em bebedores pesados. Foi realizado um seguimento após 12 meses com redução de 30% no grupo de tratamento para homens em comparação a 20% no grupo controle e redução de 40% no grupo de tratamento para mulheres em comparação a 20% no grupo controle. Estes resultados sugerem que o aconselhamento sobre consumo excessivo de álcool deveria ser incluído entre as ações preventivas dos médicos clínicos gerais ⁽³²⁾.

Drummond et al (1990) realizaram um estudo com 40 pessoas que bebiam com problemas. Os pacientes foram alocados a um grupo de tratamento especializado ou a um grupo que recebeu intervenção breve, realizado por clínicos gerais. No seguimento realizado após seis meses houve reduções significativas no consumo e problemas relacionados ao álcool em ambos os grupos. Nenhuma diferença foi relatada entre os dois grupos em relação aos principais indicadores de sucesso. Estes resultados sugerem que a Intervenção Breve pode ser tão efetiva quanto abordagens mais longas ⁽³³⁾.

Um dos centros pioneiros na técnica de Intervenção Breve foi o Addiction Research Foundation, ligado à Universidade de Toronto, no Canadá, onde um grupo de pesquisadores, coordenado por Sanchez-Craig e Wilkinson, avaliou a eficácia de um tratamento breve para redução do beber pesado. Os voluntários

foram aleatoriamente alocados para um de três grupos: um grupo recebeu três sessões de aconselhamento, utilizando um folheto que continha passos básicos para atingir abstinência ou o beber moderado (grupo orientação geral); outro grupo (Manual) recebeu três sessões de instrução utilizando um manual de auto-ajuda que apresentava um roteiro para atingir a abstinência ou o beber moderado e o terceiro grupo (Terapeuta) recebeu seis sessões ou mais de orientação com foco nas estratégias propostas em um manual de auto-ajuda. No seguimento de 3, 6 e 12 meses, não foram observadas diferenças significantes entre os grupos quanto à redução de dias de beber pesado (consumo maior do que 4 doses na mesma ocasião). Considerando todos os grupos conjuntamente, o número de dias em que os voluntários beberam pesadamente foi reduzido de 43 na avaliação inicial para 20 dias no seguimento de um ano. Entretanto, as mulheres apresentaram maiores reduções do que os homens (respectivamente 75% e 35%). No seguimento de três meses a proporção de bebedores moderados era maior entre as mulheres do que entre os homens, respectivamente nos grupos de orientação geral (60% X 33%) e Manual (63% X 18%). Não houve diferença entre mulheres e homens no grupo Terapeuta (25% X 35%). No seguimento de um ano as mulheres apresentaram melhores resultados do que os homens em todos os indicadores de sucesso ⁽³⁴⁾.

1.6.2. Estudos apoiados pela Organização Mundial de Saúde

Em diversos países a Organização Mundial de Saúde incentivou a avaliação do impacto da disseminação do AUDIT associado a intervenções breves, visando promover sua incorporação em serviços de cuidados primários à saúde. Quatorze países da Europa, parte da Ásia e América do Norte participaram daquele projeto ⁽³⁵⁾. Foram também avaliadas estratégias para

aumentar a difusão destas metodologias e implementá-las de forma duradoura, nos serviços de atenção primária à saúde dos 13 países participantes.

1.6.3. Estudos que avaliaram a efetividade das intervenções breves

Vários estudos têm demonstrado a eficácia de intervenções breves na redução do uso de risco de álcool e outras drogas em serviços de saúde quando aplicados por pesquisadores ⁽³⁶⁻³⁹⁾. Outros estudos têm avaliado sua efetividade quando aplicadas por profissionais de saúde ⁽³⁵⁾.

WHO Brief Intervention Study Group (1996) realizaram um estudo de coorte, com 554 pacientes de ambulatórios gerais, serviços de pronto-atendimento ou em um hospital geral que faziam uso abusivo de álcool. O uso de álcool foi detectado por uma entrevista estruturada e por testes laboratoriais (GGT (Gama-Glutamil-Transferase), TGO (Transaminase–Glutâmico-Oxaloacética), TGP (Transaminase–Glutâmico-Pirúvica) e VCM (Volume Corpuscular Médio). Os pacientes foram aleatoriamente alocados a uma de três diferentes modalidades: todos os grupos foram submetidos a uma entrevista sobre sua saúde, com 20 minutos de duração. O grupo controle foi submetido apenas à entrevista inicial. O grupo que recebeu aconselhamento simples, além da entrevista inicial recebeu um aconselhamento realizado em sessão única de 5 minutos, na qual receberam um panfleto com informações sobre o uso de álcool e problemas associados e um aconselhamento com foco nos limites de consumo de álcool (não mais do que 3 a 4 doses por ocasião e não mais do que 4 a 5 dias na semana) ou na abstinência. O grupo que recebeu aconselhamento breve, além dos procedimentos aplicados ao grupo de aconselhamento simples, recebeu um aconselhamento de 15 minutos e um manual ilustrado (30 páginas) com foco nas situações de risco e um menu de atividades alternativas ao uso de álcool. No seguimento realizado nove meses após a intervenção, 40% dos homens dos grupos que receberam

aconselhamento (simples ou breve) reduziram o consumo diário de álcool, enquanto que apenas 29% dos homens do grupo controle o fizeram. Entre as mulheres dos grupos que receberam aconselhamento (simples ou breve) 44% reduziram o consumo diário enquanto que apenas 35,7% das mulheres do grupo controle o fizeram. Estas diferenças entre proporções dos grupos controle e aconselhamento, tanto entre homens quanto entre mulheres, foram estatisticamente significativas. O mesmo ocorreu em relação à redução da dose diária consumida tipicamente, que foi reduzida em 7% no grupo controle e em 27 ou 21% nos grupos que receberam aconselhamento simples ou breve, respectivamente. ⁽⁴⁰⁾.

Cambridge et al (2004) aplicaram uma intervenção breve, usando a técnica da entrevista motivacional de sessão única, a jovens estudantes (16 a 20 anos) de dez faculdades de Londres, após avaliação da gravidade do uso de substâncias usando o instrumento SDS (*Severity of Dependence Scale*). No seguimento realizado após três meses observou-se redução de 21% no consumo de tabaco, 39% no consumo de álcool e 66% no consumo de maconha ⁽⁴¹⁾.

Mais recentemente, alguns estudos de meta-análise foram conduzidos para avaliar os fatores que influenciavam a efetividade das intervenções breves. Ballesteros et al (2004) realizaram uma meta-análise com objetivo de comparar se existia diferença entre gêneros na efetividade de intervenções breves. Os autores elegeram estudos realizados com pacientes de unidades básicas de saúde, utilizando como critérios o consumo de álcool semanal e número de pacientes que relataram estar bebendo abaixo dos níveis considerados como beber prejudicial. Os resultados indicaram reduções semelhantes para homens e mulheres, tanto quanto à quantidade de álcool ingerida em um dia típico de consumo de álcool, como na frequência de dias de beber pesado ⁽⁴²⁾.

Bertholet et al (2005) realizaram uma meta-análise com 19 estudos que incluíram 5639 pessoas. Dentre 17 estudos, oito estudos encontraram efeito significativo da intervenção. Utilizando a metodologia de “intenção-para-tratamento”, a meta-análise detectou uma diferença média de menos 38 g de álcool (aproximadamente 4 doses) por semana (IC de 95%: -51 a -24 g/ semana) para o grupo de intervenção breve. Observando os pacientes atendidos em serviços de atenção primária à saúde, a meta-análise indicou que a intervenção breve para álcool é efetiva em reduzir o consumo de álcool, avaliado aos 6 e 12 meses após a avaliação inicial ⁽⁴³⁾.

Minto et al (2007) realizaram uma revisão sistemática com 26 estudos avaliando a efetividade de intervenções breves voltadas a usuários problemáticos de álcool, com aplicação de material didático e reavaliação posterior. A IB foi considerada eficaz na grande maioria (em vinte e cinco) dos estudos ⁽⁴⁴⁾.

Outro estudo recente de meta-análise avaliou a efetividade de intervenções breves para álcool em pessoas atendidas em serviços de atenção primária à saúde. Foram incluídos 21 estudos clínicos controlados (7286 participantes) indicando que a intervenção breve provocou significativa redução no consumo de álcool (-41 gramas/semana, IC 95%: -57 a -25) em relação a um grupo controle que não recebeu intervenção. A análise dos subgrupos (8 estudos) confirmou o benefício da intervenção breve em homens (redução média: -57 gramas/semana, IC 95%: -89 a -25), mas não em mulheres (diferença média: -10 gramas/semana, IC 95% -48 a 29). Aconselhamentos mais longos não apresentaram efeitos adicionais significativos. Não foram detectadas diferenças importantes entre os indicadores de eficácia e efetividade o que segundo os autores indica a relevância do seu uso como rotina na atenção primária, restando avaliar quais são seus componentes mais efetivos ⁽⁴⁵⁾.

1.6.4. Intervenção Breve no Brasil

O projeto pioneiro para estudo da Intervenção breve no Brasil foi conduzido a partir de 1988, por uma equipe de pesquisadores coordenada por Jandira Masur, tendo por finalidade comparar a efetividade da Intervenção Breve e a psicoterapia de grupo para pacientes dependentes de álcool e outras drogas ⁽³⁶⁾. Os pacientes que participaram daquele estudo foram submetidos a uma entrevista clínica, realizada por médicos, seguida por uma avaliação complementar na qual foram aplicados testes psicológicos e exames laboratoriais. Os pacientes foram aleatoriamente alocados para um de dois grupos de tratamento: Intervenção Breve ou Psicoterapia de grupo (grupo Controle). A psicoterapia de grupo foi desenvolvida em 32 sessões, sendo que os pacientes que completaram o tratamento participaram em média de 25 sessões. A Intervenção Breve foi desenvolvida entre três e seis sessões (sendo três delas opcionais). Foram realizados dois seguimentos de avaliação: o primeiro após dez meses e o segundo vinte meses após o início do tratamento.

Foram utilizados vários indicadores de sucesso. Os grupos não diferiram significativamente quanto aos seguintes indicadores: proporção de pacientes considerados consumidores pesados de álcool (35% grupo IB e 46% no grupo Psicoterapia de grupo, no 1º. seguimento de avaliação); a ausência de problemas associados ao uso de álcool (35% do grupo IB e 32% no grupo controle); sucesso² segundo avaliação dos colaterais³ (39% do grupo IB e 36% do grupo controle). No primeiro seguimento de avaliação, houve diferença significativa entre os grupos quanto à remissão (parcial ou total) considerando-se os critérios do DSMIII-R ou com “sucesso relativo”⁴ (48% do grupo IB e 17% do grupo controle). Os grupos também diferiram quanto à ausência de problemas

² Sucesso: de acordo com a avaliação subjetiva do colateral entrevistado..

³ Colaterais: familiares ou amigos que compareceram a uma entrevista para avaliação, realizada independentemente, sem a presença do paciente.

⁴ Sucesso relativo: redução do nível de gravidade da dependência, em relação à entrevista inicial

associados ao uso de álcool/outras drogas (60% do grupo IB e 22% do grupo controle); às médias do número de dias de beber 5 a 9 doses/ocasião (7 ± 12 no grupo IB e 17 ± 26 no grupo controle) e nos dias de beber 10 ou mais doses/ocasião (8 ± 20 no grupo IB e 10 ± 27 no grupo controle).⁽³⁶⁾

Estes resultados indicaram que as duas formas de tratamento foram muito semelhantes em termos de eficácia, mesmo para pessoas com dependência de álcool ou outras drogas. Atualmente, considera-se que a intervenção breve não é a forma de tratamento mais indicada para pessoas com diagnóstico de dependência de álcool e outras drogas. Considerando que a detecção precoce do uso de substâncias e suas conseqüências permitem intervir nas fases iniciais do problema, melhorando o prognóstico, as intervenções breves têm sido indicadas também para uso em populações de adolescentes e adultos jovens que começam a apresentar problemas devidos ao consumo de álcool ou outras drogas^(46, 47).

De Micheli et al (2004) demonstraram a efetividade de uma sessão de intervenção breve de 20 minutos dirigida a adolescentes usuários de substâncias psicoativas na redução do consumo. A pontuação no instrumento de triagem utilizado (DUSI - *Drug Use Screening Inventory*) foi reduzida em 25% da pontuação basal, em um seguimento de avaliação realizado seis meses após a intervenção⁽³⁹⁾.

Apesar da comprovação da confiabilidade e validade dos instrumentos ASSIST e AUDIT, assim como da efetividade da IB quando realizada por pesquisadores ou profissionais especializados, são ainda escassos os estudos sobre o desempenho destes procedimentos quando utilizados em situações de rotina em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Uma experiência brasileira com o uso de técnicas de detecção e IB em situações de rotina em serviços de saúde foi relatada por Ronzani et al. (2007). Foi aplicado o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) para triagem do uso de álcool,

juntamente com outros procedimentos em uma avaliação anual da saúde, realizada pela equipe de saúde de bombeiros da cidade de Juiz de Fora (MG - Brasil). Os casos de uso de risco foram encaminhados a uma psicóloga que realizou uma intervenção breve. Esta metodologia está sendo incorporada àquela rotina de avaliação. A iniciativa foi bem aceita pelos participantes e encontra-se em fase de expansão para outras unidades do corpo de bombeiros daquela cidade e do estado de Minas Gerais ⁽⁴⁸⁾.

Estudo semelhante foi conduzido em Ribeirão Preto (SP). Corradi-Webster et al (2005) realizaram um programa de capacitação de profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) para realizar diagnóstico e Intervenção Breve para uso problemático de álcool. A avaliação dos benefícios do treinamento para os profissionais foi realizada por meio de grupos focais. Segundo os profissionais, os principais benefícios do treinamento foram: passaram a questionar a antiga visão (moralista), que eles possuíam dos pacientes; a dependência de álcool passou a ser vista como uma enfermidade; passaram a ter um olhar crítico sobre o chamado "*beber social*"; ampliaram seus conhecimentos teóricos sobre como orientar os pacientes em relação ao consumo de álcool de baixo risco e como identificar o uso problemático de álcool (de acordo com o questionário AUDIT) ⁽⁴⁹⁾.

1.7. Problemas na implantação da IB

Apesar do grande impacto dos problemas associados ao abuso de álcool na saúde pública, muitos profissionais de saúde ainda não estão adequadamente preparados para lidar com pacientes que apresentam padrões de uso nocivo, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Isto se deve principalmente a dois fatores: a) a falta de treinamento para realizar a detecção ou intervenção junto a pessoas com dependência ou abuso de substâncias b) crenças e atitudes negativas ou estigmatizantes em relação ao usuário, que podem criar barreiras

entre eles e os pacientes. Em vários locais do mundo têm sido feitas tentativas para romper estas barreiras, que dificultam uma abordagem adequada do problema.

Aalto e colaboradores (2003 a) identificaram algumas atitudes de médicos e enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que dificultariam a implementação da detecção do uso de álcool. Destacam-se a falta de conhecimento sobre o uso abusivo de álcool e como distingui-lo da dependência, o desconforto em iniciar uma conversa sobre o uso de álcool do paciente sem que existam “razões explícitas” que justifiquem abordar o tema, além da falta de tempo, conhecimento e habilidade para realizar a detecção ⁽⁵⁰⁾.

Ronzani et al (2005) avaliaram o processo de implantação de uma estratégia de rastreamento (AUDIT) associada a intervenção breve na rotina de atenção primária à saúde de Juiz de Fora – MG. Os resultados indicaram que existem dificuldades para a implantação definitiva deste processo como rotina. Em relação aos gestores das unidades de saúde, as dificuldades foram em relação à organização e gerenciamento dos serviços, apesar de os gerentes afirmarem ter interesse no projeto. Em relação aos profissionais, as principais dificuldades foram: sobrecarga de trabalho das equipes; alta rotatividade dos profissionais, ocasionando equipes incompletas em alguns momentos; falta de motivação de algumas equipes devido à situação atual do sistema de saúde e dificuldades dos pacientes com baixo nível de escolaridade em responder ao AUDIT ⁽⁵¹⁾.

Em resumo, apesar da comprovação da confiabilidade e validade dos instrumentos ASSIST e AUDIT, assim como da efetividade da IB quando realizada por pesquisadores ou profissionais especializados, são ainda escassos os estudos sobre o desempenho destes procedimentos quando utilizados em situações de rotina em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

2. OBJETIVO GERAL

Comparar a eficácia de uma Intervenção Breve de sessão única na redução do consumo de álcool e problemas associados.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estudo 1: Redução do uso de álcool após detecção precoce e Intervenção Breve em serviços de saúde: experiências em São Paulo e Curitiba.

Comparar a eficácia de uma Intervenção Breve de sessão única, com uma simples devolutiva de um teste de detecção na redução do consumo ou de problemas associados ao uso de risco de bebidas alcoólicas de pacientes que procuraram atendimento ambulatorial para diversos tipos de problemas em unidades de saúde.

Analisar a influência do nível inicial de gravidade dos problemas relacionados ao uso de álcool no resultado da intervenção.

Estudo 2: Usuários de risco de álcool e outras drogas em serviços públicos de saúde: como detectá-los? Experiências em São Paulo e Curitiba.

Descrever a experiência de implantação de um programa de capacitação de profissionais de saúde lotados em serviços de Atenção Primária à Saúde (UBS) na detecção do uso de álcool e outras substâncias nas cidades de São Paulo, Diadema e Curitiba, destacando os fatores facilitadores e as dificuldades encontradas.

Avaliar as taxas de casos incidentes de usuários com baixo risco, uso de risco ou uso sugestivo de dependência de substâncias psicoativas, detectadas pelos profissionais de saúde por meio da aplicação do instrumento de detecção ASSIST.

3. Estudo 1: Redução do uso de álcool após detecção precoce e Intervenção Breve em serviços de saúde: experiências em São Paulo e Curitiba.

3.1. Materiais e Métodos:

Local: O estudo foi realizado em: 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e quatro do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Diadema (SP); quatro UBS do município de São Paulo (SP); um Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS de São Paulo (SP); nove UBS do município de Curitiba (PR) e 1 UBS do município de Palmas (PR).

Participantes: Os instrumentos de detecção e os procedimentos de intervenção breve foram aplicados por: 60 profissionais de saúde nas UBS e PSF das cidades de São Paulo e Diadema, seis pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo no CRT DST/AIDS e treze pesquisadores da Universidade Federal do Paraná. Todos os profissionais e pesquisadores receberam um treinamento padronizado de 16 horas na aplicação do ASSIST e da Intervenção Breve (IB). O instrumento de detecção foi aplicado a 4335 pacientes que foram atendidos nos serviços de saúde acima mencionados.

Instrumentos: Para determinar a categoria do padrão de uso de álcool, os profissionais aplicaram o instrumento de triagem do uso de drogas ASSIST-OMS (versão 3.1 em português ⁽⁵²⁾). Este é instrumento estruturado, composto por oito questões sobre padrão de uso e problemas associados ao uso de nove classes de substâncias psicotrópicas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). Cada questão admite respostas com escores que variam de 0 a 8, sendo calculado um escore específico para cada droga. Em relação ao uso de álcool, escores entre 0 a 10 são indicativos de um padrão de uso de *baixo risco*, entre 11 e 26 indicativos de *uso de risco* e iguais ou superiores a 27 *sugestivos de dependência*. (Dentro da faixa de uso de risco, os escores foram considerados de nível baixo quando variaram de 11 a 15

e de nível alto quando variaram de 16 a 26 pontos). Para orientação da aplicação, Todos os profissionais foram previamente treinados na aplicação do instrumento e seguiram as instruções padronizadas contidas no manual para uso do ASSIST⁽⁴⁶⁾. Foram aplicados também um questionário de dados sociodemográficos e um questionário que avaliava a Intervenção Breve, sendo este composto por 13 questões, sendo 2 questões com respostas *sim* ou *não*, 3 questões com respostas em escala do tipo *Likert* (1 a 5, sendo que 1 correspondia à ausência e 5 à resposta máxima), uma com escala com 3 pontos (com pontuação 1, 2, 3 correspondendo a sem utilidade, pouca utilidade, muito útil), uma questão em número de semanas e 6 questões abertas. As questões visavam avaliar o entendimento do objetivo da intervenção, sua influência na sua mudança de comportamento de uso de álcool, o uso dos materiais de auto-ajuda (livreto de orientação e sugestão de estratégias) e os aspectos positivos e negativos da intervenção, de acordo com a opinião dos pacientes.

Procedimento: Os dados foram coletados entre julho de 2004 e dezembro de 2006 em São Paulo e entre agosto de 2004 e maio de 2006 no Paraná. Os profissionais e pesquisadores abordaram individualmente os indivíduos que estavam nas salas de espera das unidades de saúde nos períodos de aplicação, convidando-os a participar de um estudo sobre saúde. Aceitando participar, antes de iniciar a aplicação do ASSIST, o profissional de saúde (ou pesquisador) conduzia o paciente a um local isolado, onde ele assinava um termo de consentimento esclarecido, no qual constavam os objetivos do estudo e era garantido o sigilo das informações prestadas, termo este redigido de acordo com as normas do comitê de ética em Pesquisa da UNIFESP. Se o indivíduo atingisse escores na faixa de *uso de risco* (11 a 26 pontos no ASSIST), ele era convidado a continuar participando do estudo, sendo aleatoriamente alocado para um de dois grupos experimentais: um grupo que receberia a Intervenção Breve (IB)

imediatamente após a aplicação do ASSIST ou um grupo controle (CONT) que permaneceria em lista de espera, vindo a receber a IB somente três meses após a entrevista inicial. A alocação foi realizada com base em uma lista de números aleatórios, previamente gerada e colocada à disposição dos profissionais ou pesquisadores.

A Intervenção Breve foi realizada seguindo o modelo proposto por Miller et al. (1993) ⁽⁵³⁾ cujos princípios são resumidos pela sigla “F.R.A.M.E.S.” que deriva das abreviaturas das palavras *Feedback* (devolutiva da pontuação obtida pelo instrumento de triagem); *Responsibility* (o paciente deve assumir a responsabilidade pela sua mudança de comportamento); *Advice* (orientação sobre problemas relacionados ao uso das substâncias e sobre estratégias de enfrentamento); *Menu of options* (lista de opções ou comportamentos alternativos ao uso de substâncias); *Empathy* (empatia, ou seja, colocar-se no lugar do paciente, com base em suas próprias suposições, tentar compreender seu comportamento) e *Self-efficacy* (auto-confiança do paciente em sua capacidade de mudança) ⁽⁵³⁻⁵⁵⁾. O tempo de aplicação da IB foi controlado, variando de 15 a 40 minutos. Durante a intervenção, os profissionais de saúde entregaram aos participantes um manual de auto-ajuda desenvolvido especificamente para o projeto e um folheto com informações sobre o álcool. Entre três e quatro meses após a intervenção, todos os pacientes foram contatados, sendo realizada uma entrevista de seguimento, pessoalmente ou por telefone. Na mesma ocasião foi realizada a segunda aplicação do ASSIST para todos os pacientes e aplicado um questionário para avaliação qualitativa aos pacientes do grupo IB. Após a aplicação do ASSIST, os pacientes do grupo Controle receberam uma IB.

Com base na pontuação geral do ASSIST, definimos como critério de *sucesso* estar abaixo da faixa de risco (pontuação abaixo de 11).

Ética: O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo (CEP Nº 0145/03), pelo Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CEP- HC Nº 083 ext 037/2003-05) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS (CEP Nº 004/06).

Análise Estatística

A comparação entre os grupos controle (CONT) e Intervenção Breve (IB) em relação às variáveis sociodemográficas foi realizada utilizando-se o teste do qui-quadrado para variáveis nominais e o teste t de Student para variáveis intervalares com distribuição normal. Para comparação dos grupos CONT e IB em relação à pontuação do escore específico do ASSIST para álcool, por ocasião da avaliação basal e do seguimento, foram utilizados os testes t de Student para amostras independentes para a comparação entre os grupos e o teste t de Student para amostras relacionadas para a comparação intragrupos. Os dados foram analisados por uma ANOVA de duas vias (2 x 2 x 2) com medidas repetidas considerando como variáveis dependentes a pontuação do ASSIST basal e no seguimento e como fatores independentes os grupos (CONT e IB) e a pontuação inicial (baixa e alta).

A comparação dos grupos CONT e IB em relação à pontuação das questões do ASSIST relativas ao uso de álcool (questões 2 a 7) foram realizadas utilizando-se o teste de Mann-Whitney para a comparação entre os grupos e o teste de Wilcoxon para a comparação intragrupos.

Para comparação do sucesso da intervenção (usando como critério de *sucesso* estar na faixa de baixo risco, ou seja, pontuação no escore específico do ASSIST para álcool abaixo de 11), cada paciente foi classificado como insucesso

ou sucesso. A comparação da proporção de casos de sucesso entre os pacientes do grupo CONT e do grupo IB foi realizada utilizando-se o teste do qui-quadrado. Foi também realizada uma regressão logística (modelo logit, usando máxima verossimilhança) para avaliar a influência dos fatores grupo (Controle=0 ou Intervenção Breve=1) e nível de pontuação (baixo=0 e alto=1) no sucesso da intervenção (insucesso= 0 e sucesso = 1).

A influência da IB na mudança de comportamento dos pacientes e no uso dos materiais de auto-ajuda foi avaliada por meio de questões objetivas e abertas. As respostas às questões objetivas foram descritas utilizando-se medianas como medidas de tendência central e intervalos semi-interquartis como medidas de variabilidade. As questões abertas foram classificadas pelo método de categorização de respostas, sendo analisadas por dois juízes e, em caso de discordância, por um terceiro ⁽⁵⁶⁾. Nem todos os pacientes do grupo Intervenção breve responderam a todas as questões abertas.

3.2. Resultados:

Caracterização da amostra geral: Inicialmente, aceitaram participar da primeira fase do estudo (responder o questionário ASSIST) 4335 pacientes, com idade média de 36,7 anos (DP=11) sendo 51,4% homens e 48,6% mulheres. A prevalência pessoas com uso de risco de álcool (11 a 26 pontos no escore do ASSIST específico para álcool) foi de 7,8%, sendo de 2,4% a de pessoas com uso sugestivo de dependência (acima de 26 pontos no escore do ASSIST específico para álcool). Dentre os que pontuaram na faixa de risco para álcool, 12% também pontuaram para outras drogas e não foram incluídos na 2ª fase do estudo. Entre os 299 pacientes que pontuaram na faixa de risco apenas para álcool, 30,4% não aceitaram participar do estudo, principalmente por não concordarem em se identificar, o que era necessário para o seguimento de avaliação.

Caracterização da amostra de uso de risco para álcool: Os pacientes que pontuaram na faixa de uso de risco para álcool e aceitaram participar do estudo foram divididos aleatoriamente em grupo Controle (CONT N=106) e grupo Intervenção Breve (IB N=102). Os dois grupos Controle e Intervenção Breve não apresentaram diferenças significativas em relação a variáveis sociodemográficas. Em ambos, a maioria era de homens (CONT 69,8% e IB 75,5%), solteiros (CONT 52,4% e IB 48%), com idade média de 33 anos (DP=10), religião católica (CONT 60% e IB 68,6%), raça branca (CONT 65,7% e IB 75,5%), empregados (CONT 59% e IB 60,8%), escolaridade média de 9 anos e não estavam estudando no momento da avaliação (CONT 84,8% e IB 76,5%). A porcentagem geral de comparecimento ao seguimento de avaliação foi 74,5%, o que garante a representatividade da amostra (67% no grupo Controle e 82,3% no grupo Intervenção Breve). A taxa de comparecimento ao seguimento entre os pacientes com pontuação baixa foi 80,5% e entre os pacientes com pontuação alta foi 68%.

A tabela 1 apresenta a pontuação média no escore específico do ASSIST para álcool, dos pacientes que apresentaram *uso de risco* de álcool, por ocasião da avaliação basal e do seguimento de avaliação, realizado três meses após. Os pacientes foram classificados quanto à pontuação inicial (escore *baixo*: 11 a 15 ou *alto*: 16 a 26) e quanto ao tipo de intervenção recebida (controle ou intervenção breve). Os grupos Intervenção Breve (IB) e Controle (CONT) não apresentaram diferenças significativas entre si quanto à pontuação basal.

Por ocasião do seguimento, os valores médios do grupo IB foram significativamente menores do que seus valores basais, atingindo a faixa de uso de baixo risco (abaixo de 11 pontos no ASSIST), sendo que os que apresentaram inicialmente pontuação baixa atingiram níveis menores do que os que tinham pontuação mais alta. O grupo CONT com pontuação inicial baixa atingiu o limite inferior para uso de risco de álcool, mas os pacientes deste grupo com pontuação basal alta se mantiveram na faixa de uso de risco (acima de 11 pontos no ASSIST).

Tabela 1 – Pontuação (média ± DP) no escore específico do ASSIST para álcool, dos pacientes que apresentaram *uso de risco* de álcool, por ocasião da avaliação basal e do seguimento de avaliação, realizado três meses após. Os pacientes foram classificados quanto à pontuação inicial (escore *baixo*: 11 a 15 - sendo 56 pacientes no grupo CONT e 52 no grupo IB; ou escore *alto*: 16 a 26 - sendo 50 pacientes, em cada grupo) e quanto ao tipo de intervenção recebida (controle ou intervenção breve) .

		<i>Escore médio do ASSIST (média ± DP)</i>	
		Controle	Intervenção Breve
Pontuação baixa	Basal	12,9 ± 1,2	13,3 ± 1,4
	Seguimento	10,9 ± 5,7[#]	6,9 ± 3,9^{**##}
Pontuação alta	Basal	19,8 ± 3	20,7 ± 3
	Seguimento	14,6 ± 7,1 ^{##}	10,7 ± 6,9 * ##

* difere do grupo controle (teste t de Student para amostras independentes, p< 0,05, **p< 0,0005)

difere do seu valor basal (teste t de Student para amostras relacionadas, p< 0,05, ## p< 0,0005)

A tabela 2 apresenta os resultados da ANOVA de duas vias (2 x 2 x 2) com medidas repetidas considerando os fatores grupo de intervenção (controle e IB), nível de pontuação inicial (baixo e alto) e tempo (basal e seguimento). Foram consideradas significantes as contribuições dos fatores grupo, pontuação inicial e tempo, existindo interação significativa entre os fatores tempo e grupo e tempo e pontuação inicial. Esta análise confirma que embora tenha ocorrido redução na pontuação do ASSIST por ocasião do seguimento nos dois grupos, ela foi maior naqueles que receberam IB e nos que possuíam pontuação inicial alta no ASSIST.

A tabela 3 apresenta a pontuação mediana nas questões do ASSIST relativas ao uso de álcool. Os grupos Controle (CONT) e Intervenção Breve (IB) não apresentaram diferença significativa entre si na pontuação basal, em relação a todas as questões avaliadas (questões 2 a 7). No entanto, por ocasião do seguimento o grupo IB apresentou menores escores medianos do que o grupo controle em relação às questões 2 (consumo de álcool nos últimos três meses), 3 (fissura) e 4 (problemas associados ao uso de álcool). O grupo Controle reduziu significativamente sua pontuação em relação à basal apenas nas questões 2, 4 e 6 (preocupação por terceiros devido ao uso de álcool do paciente). No seguimento, o grupo Intervenção breve apresentou escores significativamente menores do que no basal em todas as questões, exceto quanto à tentativa de controle do uso de álcool (questão 7).

Tabela 2: Resultados da ANOVA de duas vias (2 x 2 x 2) com medidas repetidas considerando os fatores grupo de intervenção (controle e IB), nível de pontuação inicial (baixo e alto) e tempo (basal e seguimento).

	SS	GL	MS	F	p
GRUPO	215,79	1	215,79	9,22	0,003*
PONTUAÇÃO INICIAL	2218,96	1	2218,96	94,85	0,0001*
GRUPO*PONTUAÇÃO INICIAL (INTERAÇÃO)	0,46	1	0,46	0,02	0,888
ERRO	3532,39	151	23,39		
TEMPO	2657,21	1	2657,21	163,62	0,0001*
TEMPO*GRUPO (INTERAÇÃO)	364,78	1	364,78	22,46	0,0001*
TEMPO*PONTUAÇÃO INICIAL (INTERAÇÃO)	205,81	1	205,81	12,67	0,0005*
TEMPO*GRUPO*PONTUAÇÃO INICIAL (INTERAÇÃO)	0,03	1	0,03	0,00	0,9647
ERRO	2452,29	151	16,24		

Tabela 3 - Pontuação (mediana ± intervalo semi-interquartil) nas questões do ASSIST relativas ao uso de álcool: consumo nos últimos três meses (na avaliação basal e no seguimento realizado três meses após), nos grupos controle e Intervenção Breve.

	<i>Controle</i>	<i>Intervenção breve</i>
Consumo nos últimos 3 meses (q2)		
Basal	4 ± 0,5	4 ± 0,0
Seguimento	4 ± 0,5	3 ± 1* #
Fissura (q3)		
Basal	3 ± 2,5	4 ± 2,5
Seguimento	0 ± 2,5	0 ± 1,5* #
Problemas associados ao uso (q4)		
Basal	4 ± 2	4 ± 2,5
Seguimento	0 ± 2 #	0 ± 0* #
Negligência de atividades (q5)		
Basal	0 ± 2,5	0 ± 2,5
Seguimento	0 ± 0	0 ± 0 #
Preocupação de terceiros com o consumo do paciente (q6)		
Basal	6 ± 1,5	6 ± 1,5
Seguimento	3 ± 3 #	3 ± 1,5 #
Tentativa de auto-controle (q7)		
Basal	0 ± 1,5	0 ± 1,5
Seguimento	0 ± 1,5	0 ± 1,5

* difere do grupo controle (teste de Mann-Whitney para amostras independentes, $p < 0,05$);

difere do seu valor basal (teste de Wilcoxon para amostras relacionadas, $p < 0,05$).

Nas questões 2 e 3 os pacientes podiam pontuar entre 0 e 6 pontos; na questão 4 entre 0 e 7 pontos; na questão 5 entre 0 e 8 pontos e nas questões 6 e 7 entre 0 e 6 pontos.

A tabela 4 mostra as porcentagens de pacientes que se encontravam na faixa de uso de risco (insucesso) ou abaixo (sucesso) por ocasião do seguimento de avaliação. Porcentagem significativamente maior de pacientes do grupo Intervenção Breve do que do grupo controle se encontravam na faixa de baixo risco (sucesso), tanto entre os que apresentaram pontuação inicial baixa como entre os que apresentaram pontuação inicial alta. Entretanto, menor porcentagem dos pacientes do grupo Intervenção Breve com pontuação inicial alta obteve sucesso quando comparada à porcentagem dos pacientes que receberam o mesmo tipo de intervenção, mas que apresentaram pontuação inicial baixa.

A Tabela 5 apresenta os resultados de uma regressão logística realizada para avaliar a influência dos fatores grupo e nível de pontuação no sucesso da intervenção. A regressão logística realizada gerou um modelo significativo (Perda final: 91,34 χ^2 (2_{gl}) = 30,766 p < 0,00001) indicando que receber Intervenção Breve está associado a uma chance maior de sucesso (razão de chances (*odds ratio*) = 5,68) enquanto que ter alta pontuação basal está associado a menor chance de sucesso (*odds ratio* = 0,39). O modelo também apresentou boa capacidade preditiva, tendo sido capaz de classificar corretamente 67,1% dos casos de insucesso e 71,8% dos casos de sucesso.

Tabela 4: Sucesso (pontuação no escore específico do ASSIST para álcool abaixo da zona de risco - escore <11) nos grupos Controle e Intervenção breve, levando-se em consideração o nível de pontuação inicial. Dados expressos em porcentagens.

GRUPO	NÍVEL DE PONTUAÇÃO INICIAL	SUCESSO	TOTAL
CONTROLE	baixa	40	33,8
CONTROLE	alta	25,8	
INTERVENÇÃO BREVE	baixa	83 #	72,6 *
INTERVENÇÃO BREVE	alta	59,5 & a	

* difere do grupo controle, $X^2 = 23,4$, $p < 0,00001$

difere do grupo controle com pontuação baixa, $X^2 = 17,2$, $p < 0,00003$

& difere do grupo controle com pontuação alta, $X^2 = 7,8$, $p < 0,005$

a difere do grupo intervenção breve com pontuação baixa, $X^2 = 5,7$, $p < 0,016$

Tabela 5: Regressões logísticas de predição de sucesso após Intervenção Breve. No modelo considerou-se “sucesso” estar fora da zona de risco.

<i>Preditores</i>	<i>Razões de chance (Odds ratio)</i>	<i>Intervalo de confiança (95%)</i>	<i>p</i>
Grupo (CONT = 0, IB = 1)	5,68	2,8 – 11,7	0,0001*
Pontuação inicial (baixa = 0, alta = 1)	0,39	0,19 – 0,81	0,01*
Porcentagem de classificação correta dos casos			
	Insucesso	67,1	
	Sucesso	71,8	
Adequação do ajuste (razão de máxima verossimilhança)			
		91,33	
(qui-quadrado) (gl=2)		30,77	0,0001*

Sucesso= pontuação no escore específico do ASSIST para álcool abaixo da zona de risco (escore <11)

A tabela 6 apresenta a distribuição das respostas às questões objetivas a respeito do uso dos materiais de auto-ajuda e da influência da IB na mudança de comportamento do paciente. Em relação à influência das orientações e da devolutiva (*feedback*) no comportamento de saúde do paciente, observa-se que a maioria (45,1%) considera que IB influenciou bastante, sendo que apenas 11% dos pacientes consideraram que ela não os influenciou neste aspecto. A maioria dos pacientes (85,6%) relatou tentativas de diminuir o uso de álcool após ter recebido a devolutiva e informações. A maioria dos pacientes relatou ter reduzido seu consumo de álcool (moderadamente 50% e 42,9% reduziram quase completamente). Apenas 7,1% dos pacientes relataram não ter reduzido o consumo. De modo geral, redução de consumo a partir do dia da entrevista basal durou a maior parte do período avaliado (mediana de 12 semanas). A maioria dos pacientes (97,5%) lembrava-se de ter recebido o manual de auto-ajuda, sendo que 41,7% leram quase todo o manual, 41,8% leram cerca de metade dele e apenas 16,5% dos pacientes não leram nada. Dos que leram, a maioria o considerou útil para ajudar a entender seu nível de risco (77%), a pesar os pontos positivos e negativos de usar álcool (80,3%), a compreender as suas opções para mudar seu uso (70,5%), a fornecer estratégias e orientações para a mudança (65,6%) e a realmente ajudar a diminuir ou parar o uso de álcool (67,8%).

Tabela 6 - Distribuição das respostas às questões a respeito da influência da IB recebida na sua mudança de comportamento e no uso dos materiais. Exceto quando indicado, os dados estão expressos em porcentagem de pacientes de grupo que recebeu IB.

	Distribuição dos escores (%)					Mediana ± ISIQ
	1 (Nada)	2	3	4	5 (Total)	
Numa escala de 1 a 5, como as orientações e a devolutiva (feedback) influenciaram seu comportamento de saúde?	11	12,2	31,7	26,8	18,3	3 ± 0,5
Numa escala de 1 a 5, o quanto você realmente reduziu o seu uso de álcool?	7,1	25	25	28,6	14,3	3 ± 1
Quanto leu do manual	16,5	21,6	20,2	17,7	24	3 ± 1
Qual a utilidade que você achou do manual para	Nada	Pouca	Muita	Não sei		
A - ajudar você a entender seu nível de risco	5	14,7	77	3,3		
B - ajudar você a pesar os pontos positivos e negativos de usar álcool	6,6	11,5	80,3	1,6		
C - compreender as suas opções para mudar seu uso de álcool	8,2	14,7	70,5	6,6		
D - fornecer estratégias & orientações para a mudança	6,6	23	65,6	4,8		
E - realmente ajudar você a diminuir ou parar o uso de álcool	11,3	16,1	67,8	4,8		
	Sim	Não				
Você tentou diminuir seu uso de álcool após ter recebido a devolutiva e informações?	85,6	14,4				
Você lembra de ter recebido o "Manual do usuário de drogas para controlar ou parar o uso"?	97,5	2,5				
Quanto tempo durou a redução ?(em semanas - Mediana ± ISIQ)	12 ± 2,5					

ISIQ = Intervalo semi-interquartil

A tabela 7 apresenta as respostas às questões descritivas do formulário de seguimento da avaliação da Intervenção breve. Em relação à questão 1 (*objetivo da devolutiva (feedback) e das informações que você recebeu sobre seu uso do álcool*) observamos que, em sua maioria, os pacientes perceberam os seguintes objetivos da IB: detectar o uso de álcool; reduzir o uso; ajudar as pessoas; pensar e conversar a respeito do uso de álcool; ler o material e dar informações sobre o uso de álcool. Quanto à resposta à questão 2 (*Por que a IB não teve qualquer influência no seu comportamento?*) observamos que a maioria dos pacientes mencionou não se lembrar da entrevista ou não quiseram responder ou não quiseram reduzir o consumo. Em relação à questão 3 (*Como a IB influenciou no seu comportamento de saúde?*) observamos que para a maioria dos pacientes a intervenção ajudou a reduzir o uso de álcool; forneceu informações a respeito do uso abusivo e dependência de álcool; ajudou a pensar e conversar sobre o uso de álcool. A questão 4 abordou os aspectos da sessão de devolutiva (*feedback*) e orientação com o entrevistador que influenciaram o comportamento de saúde e de uso do álcool dos pacientes. Observamos que para a maioria dos pacientes os aspectos mais influentes foram: o aconselhamento e informações sobre uso de álcool; a necessidade de redução do uso de álcool e pensar e conversar sobre o uso. Nas respostas à questão 5 (*o que fez você parar de ler o manual?*) observamos que para a maioria dos pacientes foi a falta de tempo ou a perda do manual. Na questão 6 (comentários e sugestões finais) a maioria dos pacientes que respondeu comentou que o trabalho ajudou a reduzir o consumo de álcool ou houve comentários de agradecimento pelas orientações e ajuda recebidas. Alguns mencionaram que gostaram da pesquisa e que gostariam que o trabalho fosse mais divulgado e expandido. Apenas um paciente solicitou que a linguagem fosse mais acessível.

Tabela 7: Classificação das respostas às questões abertas sobre da avaliação da Intervenção breve, aplicadas no seguimento. Dados expressos em percentagens.

Questão nº 1: objetivo da devolutiva (<i>feedback</i>) e das informações que você recebeu sobre seu uso do álcool	Porcentagem (N=82)
Participar de uma pesquisa	5
Detectar o uso de álcool	11
Reduzir o uso	16
Ajudar as pessoas	25,6
Pensar e conversar a respeito do uso de álcool	20,7
Ler o material e dar informações sobre o uso de álcool	7,3
Não pensou a respeito ou não quis falar	14,4
Questão nº 2: porque a IB não teve qualquer influência no seu comportamento?	Porcentagem (N= 10)
Não sabe, não se lembra da entrevista ou não quis responder	50
Orientado anteriormente	8,3
Não quis reduzir o consumo	33,4
Problemas externos impediram a redução (ex: perda de emprego)	8,3
Questão nº 3: como a IB influenciou no seu comportamento de saúde?	Porcentagem (N=65)
Ajudou a reduzir o uso de álcool	40
Fornecendo informações a respeito do uso abusivo e dependência de álcool	18
Ajudou a pensar e conversar sobre o uso de álcool	20
Influência externa (ex: preocupação médica, familiar, namorada)	11
Não quis responder	11
Questão nº 4: qual aspecto da sessão de devolutiva (<i>feedback</i>) e orientação com o entrevistador influenciou o seu comportamento de saúde e de uso do álcool?	Porcentagem (N=70)
Aconselhamento e informações sobre uso de álcool (<i>advice</i>)	53
Necessidade de redução do uso de álcool	19
Pensar e conversar sobre o uso, cuidar da saúde	18
Assumir a responsabilidade pelos seus atos	1
Preocupação dos profissionais em ajudar os pacientes	4
Não sabe, não lembra	5
Questão nº 5: O que fez você parar de ler o manual?	Porcentagem (N= 23)
Falta de tempo	30
Emprestou para outra pessoa	13
Perdeu o manual	22
Informações já eram conhecidas anteriormente	9
Não entendeu o conteúdo, faltou óculos	9

Não respondeu	17
Questão nº 6: comentários e sugestões finais	Porcentagem
	(N= 43)
O trabalho ajudou a reduzir o consumo de álcool	19
Agradecer as orientações e a ajuda recebida	33
Gostou da pesquisa	21
Divulgar o material recebido e expandir o trabalho realizado	21
Aumentar o número de sessões de IB	5
Tornar a linguagem mais acessível	1

Entre parênteses o número de respondentes (N=) à questão específica

4. Estudo 2: Usuários de risco de álcool e outras drogas em serviços públicos de saúde: como detectá-los? Experiências em São Paulo e Curitiba.

4.1. Material e Métodos:

Divulgação do projeto: inicialmente foram realizadas reuniões da equipe de pesquisadores da UDED (Unidade de Dependência de Drogas do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP- S. Paulo) ou da UFPR Departamento de Farmacologia da UFPR- Curitiba) com os gerentes do sistema de saúde de cada cidade (Secretário de Saúde e coordenadores dos serviços de Saúde Mental ou especializados em Álcool e outras drogas dos municípios envolvidos). Nestas reuniões foi apresentada a proposta de treinamento dos profissionais no uso do instrumento ASSIST e coleta de dados sociodemográficos dos pacientes, visando os objetivos acima citados. Foi dada ênfase ao caráter voluntário da participação e à importância do tema. A proposta do projeto incluía a coleta de dados que poderiam ser utilizados pelas próprias equipes de saúde e também como parte de um projeto de pesquisa apoiado pela Organização Mundial de Saúde. Após uma reunião preliminar, todos os diretores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Programas de Saúde da Família (PSF) foram convidados para uma segunda reunião na qual o projeto foi apresentado em detalhes, sendo os diretores incentivados a participar indicando profissionais de saúde que trabalhavam sob sua supervisão para receberem o treinamento específico, visando à implantação do sistema de detecção do uso de drogas em suas unidades.

Locais participantes: nove UBS de SP sendo quatro na região central e cinco na região sul da cidade; treze UBS e quatro unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de Diadema (Estado de São Paulo), dez UBS da cidade

de Curitiba distribuídas nas 9 regionais de saúde da cidade e uma na cidade de Palmas (Estado do Paraná).

Treinamento dos profissionais e pesquisadores: 71 profissionais da cidade de S. Paulo, 69 de Diadema e 34 do Paraná receberam um treinamento de 16 horas, distribuídas em quatro encontros de quatro horas, nos quais foram abordados os seguintes tópicos: epidemiologia do uso de álcool e outras drogas; noções básicas de farmacologia das substâncias psicoativas; instrumentos de triagem; critérios para classificação do uso (baixo, de risco ou sugestivo dependência); conhecimentos teóricos e práticos na aplicação do ASSIST. No treinamento prático foram empregadas as técnicas de discussão de casos e *role-playing*.

Aplicação prática do instrumento:

Participantes: Os profissionais treinados foram instruídos a convidar os pacientes a participar do estudo, sendo a aplicação do instrumento ASSIST realizada em local isolado. Foi apresentado nesta ocasião um termo de consentimento informado, garantindo-se o sigilo das informações prestadas, solicitando-se a assinatura do paciente. O consentimento foi formulado de acordo com as diretrizes dos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa. Os instrumentos de detecção e os procedimentos de intervenção breve foram aplicados por: 60 profissionais de saúde nas UBS ou PSF das cidades de São Paulo e Diadema e por treze pesquisadores da Universidade Federal do Paraná. O instrumento de detecção foi aplicado a 2665 pacientes⁵ que foram atendidos nos serviços de saúde acima mencionados.

Instrumento: O instrumento ASSIST em sua versão 3.1 em português (disponível http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.htm) é

⁵ *Estes pacientes são parte dos 4335 pacientes participaram do estudo 1.*

um composto por 8 questões sobre padrão de uso e problemas associados ao uso de 9 classes de substâncias psicotrópicas, tendo sido validado (validade concorrente, de construto e discriminativa), apresentando boas propriedades psicométricas ⁽⁵⁷⁾. Cada questão admite respostas com escores que podem variar de 0 a 8 pontos, calculando-se um escore específico para cada substância, com base na pontuação das questões 2 a 7. Em relação ao uso de álcool, considera-se de baixo risco uma pessoa que apresente escores entre 0 e 10, uso de risco para escores entre 11 e 26 e uso sugestivo de dependência nos casos de escores maiores que 26 pontos. Para outras substâncias, os escores correspondentes aos padrões de uso de baixo risco, risco e sugestivo de dependência são respectivamente: 0 a 3, 4 a 26 e 27. Foram aplicados também questionários para coleta de dados sociodemográficos.

Seguimento para acompanhamento da implantação: nas unidades de São Paulo e Diadema foram realizadas visitas semanais de supervisão para orientar os profissionais no uso do instrumento e discutir os casos que pontuaram na faixa de uso de risco. Em São Paulo o número de profissionais das UBS que aderiram ao projeto foi relativamente pequeno (17%), resultando em baixo número de pacientes avaliados. Já em Diadema a adesão foi melhor com pelo menos um profissional de cada UBS/PSF treinado participando do projeto (65% dos profissionais treinados). Problema semelhante a São Paulo ocorreu em Curitiba, onde a grande maioria dos profissionais treinados não aderiu à proposta. Por esta razão, 13 pesquisadores da UFPR realizaram a aplicação do ASSIST. Pacientes avaliados: O ASSIST foi aplicado a 381 pacientes da cidade de São Paulo, 1137 de Diadema, 1147 de Curitiba.

Análise estatística

De acordo com o tipo de aplicador (profissional de saúde das UBS ou pesquisadores) foram constituídos dois grupos: pacientes avaliados nas UBS de São Paulo e Diadema (por profissionais de saúde) e pacientes avaliados nas UBS de Curitiba e Palmas (por pesquisadores). De acordo com a pontuação no ASSIST os pacientes foram classificados em três grupos (baixo risco, uso de risco ou uso sugestivo de dependência). As comparações entre os grupos em relação às variáveis com nível de mensuração nominal foram realizadas utilizando-se o teste do χ^2 . Quando as variáveis eram numéricas, com distribuição normal e variâncias homogêneas, foi utilizado o teste t de Student ou a ANOVA. No caso de variáveis ordinais ou numéricas sem distribuição normal utilizou-se o teste de Mann-Whitney. No caso de variáveis ordinais foram utilizadas como medidas de tendência central e variabilidade, respectivamente a mediana e o intervalo semi interquartil e no caso de variáveis intervalares a média e o desvio padrão. Em todos os casos adotou-se o nível de significância de 5%.

Ética

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo (CEP Nº 0145/03) e Ética para Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CEP- HC Nº 083 ext 037/2003-05)

4.2. Resultados:

Os profissionais que receberam treinamento para aplicação do ASSIST nas UBS de São Paulo e Diadema (n=140) eram em sua maioria do sexo feminino (79%) e com diferentes profissões: agentes comunitários de saúde (19%), enfermeiros (18%), médicos (17%), auxiliares de enfermagem (16%), assistentes sociais (14%), psicólogos (9%) e 7% de outras profissões. Nas UBS de Curitiba e Palmas os pesquisadores (n=13) que realizaram a coleta dos dados, também eram na maioria (69%) do sexo feminino, sendo 38% deles biólogos, 31% alunos graduação do curso de Medicina, 15% alunos graduação do curso de Enfermagem, havendo também uma terapeuta ocupacional e uma farmacêutica.

A tabela 8 apresenta os dados sociodemográficos dos pacientes avaliados nas UBS de São Paulo e Curitiba/Palmas (Paraná). Comparando-se os pacientes avaliados no estado de São Paulo com os do estado do Paraná observa-se que no estado de São Paulo havia mais pacientes mulatos e pardos, mais desempregados, que estudaram menos tempo e eram mais velhos que os pacientes do estado do Paraná.

Quanto ao gênero, não houve diferença significativa entre os grupos, predominando o sexo feminino (58%). A maioria dos pacientes era solteira (50% em UBS de São Paulo e 57,7% em UBS de Curitiba). Em relação à religião, não houve diferença entre os grupos, sendo a maioria católica (com aproximadamente 60%). Quanto à raça houve diferença entre os grupos, nas UBS de São Paulo a quantidade de brancos (48,8%) era menor do que nas UBS de Curitiba (82,3%), embora fossem maioria, seguida pelos mulatos (31,4%). Quanto à situação ocupacional os grupos também diferiram, as UBS de Curitiba apresentavam um número maior de pacientes trabalhando (66,9%). Quanto ao fato de estar estudando atualmente, não houve diferenças, UBS de São Paulo (19,8%) e Curitiba (21,8%). Já em relação aos anos de estudo, as UBS de São Paulo

apresentam média ($7,3 \pm 3,2$) menor que as UBS de Curitiba ($10,3 \pm 4,1$). Quanto à idade os grupos diferiram entre si, Curitiba apresentou média ($31,6 \pm 8,9$ anos) menor que as UBS de São Paulo ($37,3 \pm 13,2$).

Na mesma tabela apresentamos os dados sociodemográficos da amostra divididos em pacientes de baixo risco, uso de risco e sugestivo de dependência para uso de álcool, maconha e cocaína (juntos). Comparando-se as categorias observamos que o grupo de uso de risco há mais homens e mais jovens do que no grupo de baixo risco. Os pacientes do grupo baixo risco eram em sua maioria mulheres (62,4%), casados (50%), da religião católica (60%), brancos (80%), trabalhando (60%), não estavam estudando (90%), mas estudaram aproximadamente 9 anos em média e apresentavam idade média de 35 anos. Os pacientes do grupo de uso de risco eram em sua maioria homens (66,5%), solteiros (54,4%), da religião católica (59,2%), mas com um número significativo de pessoas sem nenhuma religião (23,3%), brancos (68,3%), trabalhando (60,2%), não estavam estudando (78,2%), mas estudaram em média 9.3 anos e tinham idade média de 30 anos.

A tabela 9 apresenta a pontuação de uso de risco no instrumento ASSIST, para o uso de álcool (11 a 26 pontos) e outras drogas (4 a 26 pontos) nos dois grupos. Os grupos não diferiram em relação à pontuação mediana nem quanto aos problemas associados ao uso de álcool, maconha e cocaína.

Tabela 8 - Dados sociodemográficos de pacientes de UBSs, dados expressos em porcentagens, exceto quando indicado.

<i>Amostra geral (pacientes de S. Paulo e Paraná)</i>							
	<i>baixo risco</i>	<i>risco</i>	<i>sugestivo de dependência</i>	χ^2 ou ANOVA (p)	<i>UBS (SÃO PAULO) N= 1518</i>	<i>UBS (CURITIBA) N= 1147</i>	χ^2 ou t (p)
Gênero				$\chi^2=$ 133,89 (0,0001)*			$\chi^2=$ 0,05
Masculino	37,6	66,5	75,5		42	42,4	(0,83)
Feminino	62,4	33,5	24,5		58	57,6	
Estado civil				$\chi^2=$ 11,74 (0,30)			$\chi^2=$ 7,23 (0,20)
Casado	50	39,3	8,3		45,3	33,8	
Separado/viúvo	10	6,3	16,6		4,7	8,5	
Solteiro	40	54,4	75,1		50	57,7	
Religião				$\chi^2=$ 9,33 (0,31)			$\chi^2=$ 4,63 (0,32)
Católica	60	59,2	66,7		60,5	59,1	
Outra	40	17,5	16,6		13,9	21,2	
Nenhuma	-	23,3	16,7		25,6	19,7	
Raça				$\chi^2=$ 10,84 (0,54)			$\chi^2=$ 40,5 (0,0001)*
Branco	80	68,3	58,3		48,8	82,3	
Negro	-	4,9	-		5,8	3,5	
Mulato e outras	20	26,8	41,7		45,4	14,2	
Situação ocupacional							
(trabalha) Sim	60	60,2	75	$\chi^2=$ 1,05 (0,59)	51,2	66,9	$\chi^2=$ 5,57 (0,02)*
(estuda) Sim	10	21,8	16,7	$\chi^2=$ 0,95 (0,62)	19,8	21,8	$\chi^2=$ 0,14 (0,71)
Tempo de estudo (média ± DP)	8,8 ± 4,7	9,3 ± 4,1	7,7 ± 3	F= 1,17 (0,31)	7,3 ± 3,2	10,3 ± 4,1	t= -5,72 (0,0001)*
Idade (média ± DP)	35,4 ± 12	30 ± 10,1 ^{ac}	35,4 ± 11,2	F= 27,16 (0,0001)*	37,3 ± 13,2	31,6 ± 8,9	t= 12,61 (0,0001)*

Teste χ^2 ou t de Student

* p < 0,05

a difere do grupo baixo risco

b difere do grupo uso risco

c difere do grupo dependência

Tabela 9: Pontuação de uso de risco no instrumento ASSIST, uso de álcool e outras substâncias

SUBSTÂNCIAS	UBS	UBS	P
	(SÃO PAULO)	(CURITIBA)	
	Mediana ± ISIQ	Mediana ± ISIQ	
	(Amplitude)	(Amplitude)	
ÁLCOOL	16 ± 4 (15)	15 ± 3,5 (15)	0,06
MACONHA	12 ± 3,5 (20)	11,5 ± 5,7 (21)	0,62
COCAÍNA	14 ± 6 (21)	9 ± 3 (20)	0,10

teste de Mann-Whitney

* $p < 0,05$

A tabela 10 apresenta a classificação dos pacientes segundo seu consumo de álcool e outras drogas em baixo risco, uso de risco ou sugestivo de dependência nos dois grupos (UBS de São Paulo e UBS de Curitiba). Os dois grupos foram comparados utilizando-se o teste do χ^2 e diferiram entre si quanto ao uso de álcool $\chi^2= 174$; $p= 0,0001$, maconha $\chi^2= 84,89$; $p= 0,0001$ e cocaína $\chi^2= 59,78$; $p=0,0001$. Comparados com os pacientes do estado do Paraná, havia menor porcentagem de uso de risco e maior de uso sugestivo de dependência para álcool nos pacientes de São Paulo. Em relação à maconha e cocaína havia também menor porcentagem de uso de risco, mas porcentagem semelhante de uso sugestivo de dependência. Nesta tabela os dois grupos também foram comparados pelo teste de Mann-Whitney (utilizando-se as medianas e o intervalo semi-interquartil) em relação à pontuação do ASSIST para cada substância.

Em relação ao álcool, os pacientes do estado de São Paulo apresentaram menores pontuações do que os pacientes do Paraná ($U= 711472$; $p= 0,0001$), o mesmo ocorrendo para a maconha ($U= 828636$; $p= 0,03$). No entanto, em relação à cocaína não houve diferença entre os grupos ($U= 844460,5$; $p= 0,18$.)

Tabela 10: Classificação dos indivíduos segundo seu consumo de álcool e outras drogas. Dados expressos em porcentagens

		*CATEGORIA DE PONTUAÇÃO				χ^2 (p)
		BAIXO RISCO	USO RISCO	SUGESTIVO DEPENDÊNCIA	ASSIST (MEDIANA ± ISIQ)	
ÁLCOOL						174
	UBS SP	89,4	6,8	3,8	2 ± 3	(0,0001)*
	UBS CURITIBA	86,5	13,3	0,2	3 ± 3,5	
	<i>MANN-WHITNEY (p)</i>	<i>U = 711472 (0,0001)*</i>				
						84,89
MACONHA						
	UBS SP	97,9	1,6	0,5	0 ± 0 ^l	(0,0001)*
	UBS CURITIBA	94,6	4,9	0,5	0 ± 0	
	<i>MANN-WHITNEY (p)</i>	<i>U = 828636 (0,03)*</i>				
						59,78
COCAÍNA						
	UBS SP	98,9	0,7	0,4	0 ± 0	(0,0001)*
	UBS CURITIBA	97,8	1,5	0,7	0 ± 0	
	<i>MANN-WHITNEY (p)</i>	<i>U = 844461 (0,18)</i>				

*Categoria de pontuação no ASSIST: baixo risco 0 a 10 para álcool e 0 a 3 para outras drogas, uso de risco: 11 a 26 para álcool e 4 a 26 para outras drogas, sugestivo de dependência: 26 a 39 para todas as drogas.

Teste de Mann-Whitney e χ^2 , respectivamente

*p < 0,05

Informações obtidas durante os encontros de supervisão:

Em São Paulo no primeiro treinamento, realizado em 2004, foram treinados 15 profissionais de 4 UBS, sendo que apenas os profissionais de três delas aplicaram o instrumento e participaram das supervisões semanais com a equipe da UNIFESP, nos primeiros 6 meses no processo de implantação. Neste período os profissionais diziam acreditar na importância do trabalho e reconhecer o quanto o uso abusivo e dependência de álcool é um problema com alta prevalência entre os pacientes por eles atendidos. Entretanto, após este período, muitos profissionais desistiram de participar. Segundo eles, a resistência à implantação definitiva ocorreu por uma série de motivos. Em primeiro lugar, muitos alegaram falta de tempo e sobrecarga de trabalho que os impediria de incluir mais uma atividade em sua rotina. Eles encararam o projeto como uma atividade temporária. Também mencionaram falta de infra-estrutura adequada nas UBS para que os profissionais não médicos aplicassem o instrumento. Outro problema importante foi à alta rotatividade dos profissionais, pois, em vários casos, os profissionais treinados foram transferidos para outras unidades ou funções, resultando em equipes incompletas. A não obrigatoriedade do trabalho e as exigências de outros programas obrigatórios com metas exigidas pela direção, por se enquadrarem nas políticas vigentes de Saúde Pública (exemplo o programa de diabetes e hipertensão arterial) dificultaram a incorporação desta nova atividade. Os profissionais das 5 UBS treinados no ano de 2005 não chegaram a aplicar nenhum instrumento. Aconteceram vários problemas que dificultaram a implantação, entre elas a reforma do espaço físico de uma das unidades e mudanças políticas e administrativas da coordenadoria de Saúde Mental de uma das regiões, onde se localizavam as unidades treinadas.

Os profissionais da cidade de Diadema manifestaram maior interesse no projeto do que os de São Paulo, apesar de enfrentarem os mesmos problemas.

Das 17 unidades de saúde de Diadema, cujas equipes foram treinadas nos anos de 2004 e 2005, 45 profissionais, pertencentes a 10 unidades, aplicaram o instrumento e participaram das reuniões de supervisão.

Na cidade de Curitiba os profissionais treinados não chegaram a aplicar o instrumento, alegando os mesmos motivos anteriormente citados pelos profissionais de São Paulo e Diadema. Nas UBS de Curitiba estudantes de graduação e alunos de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná foram treinados e aplicaram o instrumento.

O apoio dos diretores das respectivas UBS foi muito importante para o sucesso do trabalho, tanto em São Paulo como em Diadema. Em São Paulo 3 diretores apoiaram o projeto, incentivando e cobrando de seus funcionários a adesão, sendo que apenas nestas unidades os profissionais aplicaram o instrumento. Em Diadema, 12 diretores apoiaram o projeto, entretanto quatro não conseguiram a adesão de seus funcionários. Nas outras 8 unidades o trabalho foi bem desenvolvido. Em duas unidades existiam funcionários interessados, mas pouco interesse da direção.

Resultados de 2007:

Em Diadema, em dezembro de 2007, o projeto transformou-se em um piloto de Política de Saúde Pública em 3 unidades: UBS Centro, UBS Ruyce e PSF Maria Tereza, tendo sido treinados outros 16 profissionais, nos mesmos moldes do treinamento anterior.

No estado do Paraná, apesar dos problemas anteriores, o estudo também se transformou em piloto de política de Saúde Pública no ano de 2007. Participaram do novo treinamento 110 profissionais de 3 municípios, sendo que em Curitiba participaram 10 UBS da Regional Cajuru, 13 Unidades de Saúde do município da Lapa e 25 UBS ou unidades do PSF de São José dos Pinhais.

5. Discussão

Considerando a importância epidemiológica dos problemas médicos e sociais decorrentes do abuso de álcool é clara a necessidade de ferramentas que permitam sua detecção precoce, dado que existem evidências indicando melhor prognóstico quando ocorrem intervenções nos estágios iniciais de abuso ou dependência ^(46, 58, 59). Nos estudos realizados confirmamos que existe uma prevalência significativa (de 6,8% a 13,3%) de pessoas que fazem uso abusivo de álcool entre pacientes que procuram serviços de assistência à saúde em serviços ambulatoriais. Observamos também que a disponibilidade dos profissionais (incluindo aqui também sua motivação e capacitação) pode ser um dos fatores que influenciam a detecção de pacientes com uso abusivo de álcool. Não confirmamos as crenças popularmente difundidas entre profissionais de saúde que existiria uma grande resistência dos pacientes em admitir um uso abusivo de álcool ou aceitar orientação para este tipo de problemas.

Em relação ao principal objetivo do estudo, observamos que uma única sessão de intervenção breve foi mais efetiva na redução do consumo de álcool do que a simples devolutiva do teste de detecção aplicado. Observamos também que a resposta à intervenção breve foi melhor naqueles pacientes com menor grau de comprometimento inicial, o que confirma ser mais adequada sua indicação para pessoas com uso abusivo ou dependência leve do que para aquelas com dependência moderada ou grave.

Confirmando estudos anteriores ^(50, 51) observamos também no presente estudo resistência de vários profissionais de saúde à participação no projeto ou à incorporação das técnicas de detecção e intervenção breve em suas práticas rotineiras, mesmo após terem sido treinados para tal.

5.1. Fatores que influenciaram a implantação dos procedimentos de detecção do uso abusivo de álcool e intervenção breve

A implantação de um programa de capacitação de profissionais de saúde lotados em unidades de Atenção Primária à Saúde (UBS/PSF) para detecção do uso de álcool e outras substâncias nas cidades de São Paulo, Diadema, Curitiba

e Palmas apresentou como fatores facilitadores: o apoio logístico de algumas Secretarias de Saúde; o apoio da maioria dos diretores das unidades de saúde; o reconhecimento dos profissionais da relevância do uso abusivo de álcool e outras substâncias como um problema presente em sua rotina profissional e profissionais interessados e motivados em ajudar seus pacientes com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

As maiores dificuldades encontradas referem-se a: falta de tempo e sobrecarga de trabalho dos profissionais para inclusão de mais uma atividade em sua rotina; falta de infra-estrutura adequada nas UBS para os profissionais “não médicos” aplicarem o instrumento; alta rotatividade dos profissionais (alguns profissionais da equipe que haviam sido treinados foram transferidos de unidade ou de função, resultando em equipes incompletas) e a “não obrigatoriedade” do trabalho competindo com a existência de programas “obrigatórios”, considerados prioritários pela política de Saúde Pública vigente (exemplos: os programas de controle de diabetes e da hipertensão arterial).

5.2. A prevalência de pacientes com uso sugestivo de abuso ou dependência de álcool

Embora a amostra de pacientes atendidos nas UBS não seja representativa daquela população e os instrumentos utilizados tenham sido diferentes, o que impede uma comparação adequada, chama a atenção que a proporção de pacientes com uso sugestivo de dependência de álcool difira bastante das obtidas em levantamentos epidemiológicos domiciliares. Enquanto que utilizando o instrumento de triagem ASSIST, em algumas UBS das cidades de São Paulo e Diadema, foram detectados cerca de 3,8% dos pacientes com pontuação sugestiva de dependência de álcool, dados do levantamento domiciliar realizado em 2005, referentes ao estado de São Paulo, indicam que a prevalência

de dependentes de álcool seria de 12,7% ⁽¹⁾. Apesar de que essa disparidade possa ser atribuída às diferenças metodológicas acima mencionadas, a observação empírica nos leva a supor que alguns profissionais de saúde possam ter aplicado o instrumento com maior freqüência a pessoas que “aparentemente” não apresentavam uso de risco, para evitar ter que realizar a intervenção breve. Esta hipótese pode ser reforçada pelo fato de que a porcentagem de pacientes que apresentaram uso de risco para álcool em São Paulo/Diadema (6,8%) ter sido menor do que a observada em Curitiba/Palmas (13,3%). Embora as amostras não sejam perfeitamente comparáveis, por se tratar de cidades diversas, talvez esta diferença possa ser devida à diferença de perfil entre os aplicadores. Enquanto que em São Paulo/Diadema a aplicação foi feita pelos profissionais de saúde que atuavam rotineiramente nas UBS, em Curitiba/Palmas ela foi feita por pesquisadores da Universidade Federal do Paraná. Supomos que os pesquisadores, que aplicaram o instrumento de modo aleatório, poderiam estar mais motivados a detectar pacientes de risco do que os profissionais.

Outro fato que despertou a atenção na análise de dados foi à observação de ser a porcentagem de pacientes com uso de risco para álcool (São Paulo 6,8% e Paraná 13,3%), menor do que a relatada em estudo anterior no qual se utilizou o mesmo instrumento, em uma UBS da periferia de São Paulo ⁽²⁹⁾, no qual 39,5% dos entrevistados preencheram critérios para uso de risco de álcool. Essa grande variação pode ser devida às características socioeconômicas das amostras, à alta prevalência de uso de álcool e tráfico de drogas na região onde foi realizado o estudo anterior, mas também ao fato de ter sido uma pesquisadora altamente motivada para detectar usuários que realizou a coleta dos dados. Talvez a atitude do avaliador possa influenciar a resposta este tipo de questionário. Outros autores relatam que profissionais de saúde ou entrevistadores com posturas empáticas e não-julgadoras tendem a obter respostas mais sinceras do que profissionais que

expressam desaprovação do uso de álcool ou outras substâncias⁽⁶⁰⁻⁶²⁾. Embora os profissionais que participaram do presente estudo tenham sido treinados a aplicar o questionário mantendo uma postura de neutralidade, a pouca experiência ao tratar desta temática, assim como o estigma social associado ao dependente de álcool, pode ter dificultado o contato com alguns pacientes.

Por outro lado, se compararmos nossos dados com os recentemente relatados por Laranjeira et al (2007)⁽²⁾ observamos uma maior porcentagem de pacientes com uso de risco para álcool no nosso estudo (6,8% em São Paulo/Diadema e de 13,3% em Curitiba/Palmas) do que a de uso nocivo⁶ de álcool no país, relatada por aqueles autores (3%) . Também neste caso a variação pode ser devida a diferenças na população-alvo, pois no estudo de Laranjeira et al. (2007) foi abordada uma amostra da população geral, entrevistada em seus domicílios.

Por outro lado, estudo usando metodologia semelhante à utilizada no presente estudo, isto é aplicação realizada pelos profissionais de serviços básicos de saúde encontrou resultado similar. A porcentagem de pacientes com uso sugestivo de dependência de álcool no presente estudo (3,8% em São Paulo/Diadema) foi exatamente a mesma encontrada em estudo semelhante, realizado por Magnabosco et al. (2007) em Juiz de Fora –MG, utilizando o questionário de triagem AUDIT em população de usuários de UBS⁽⁶³⁾.

Antes de se propor uma intervenção, além de conhecer a prevalência do uso de álcool na população alvo é importante conhecer o perfil dos pacientes com problemas associados ao seu uso. No presente estudo a maioria dos pacientes que apresentavam padrão de uso de risco de álcool eram homens, na faixa dos 30 anos. Considerando ser esta uma das fases mais produtivas da vida, fica claro

⁶ De acordo com a definição dos autores "Uso nocivo caracteriza-se por um padrão de uso de bebidas alcoólicas que está causando dano real à saúde, seja físico ou mental, e é frequentemente criticado por outras pessoas" - o que corresponderia a uma pontuação de pelo menos 13 a 15 pontos no ASSIST – equivalendo portanto ao "uso de risco".

o grande custo social e os problemas associados à perda de produtividade causada pelo uso abusivo de álcool.

5.3. Efetividade das intervenções breves

As intervenções breves têm sido propostas como uma alternativa eficaz e de baixo custo para redução de problemas associados ao uso de álcool, principalmente nas fases de abuso ou dependência leve. Minto et al (2007) realizaram uma revisão sistemática com 26 estudos avaliando a efetividade de intervenções breves voltadas a usuários problemáticos de álcool, com aplicação de material didático e reavaliação posterior. A IB foi considerada eficaz na maioria dos estudos (vinte e cinco) ⁽⁴⁴⁾. Os resultados do presente estudo confirmam que a efetividade da IB em serviços de saúde relatada em vários estudos da literatura, revisões sistemáticas e meta-análises ⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾ se manteve quando adaptada às condições de serviços públicos de saúde brasileiros.

Alguns estudos sobre efetividade da IB merecem destaque. Bernstein et al (2005) aplicaram uma intervenção breve de sessão única a pacientes de ambulatórios gerais de saúde, cujo uso de substâncias havia sido detectado pelo DAST (Drug Abuse Severity Test) e confirmado por testes laboratoriais realizados em amostras de cabelo. Seis meses após a intervenção breve, foi observada redução de 29% consumo de cocaína e heroína em relação aos níveis antes da intervenção ⁽³⁸⁾. Grossberg et al.(2004) observaram que adultos jovens (18 a 30 anos) mantiveram redução do seu consumo de álcool avaliado até quatro anos após terem recebido uma IB ⁽⁶⁷⁾. No Brasil, De Micheli et al (2004) demonstraram a efetividade de uma sessão de intervenção breve de 20 minutos dirigida a adolescentes usuários de substâncias psicoativas na redução do consumo. A pontuação no instrumento de triagem utilizado (DUSI - Drug Use Screening Inventory) foi reduzida em 25% da pontuação basal no seguimento realizado seis

meses após a intervenção⁽³⁹⁾. As autoras observaram que uma proporção importante dos pacientes atendidos em serviços de saúde que apresentava uso abusivo ou dependência de álcool e aceitou participar de uma intervenção breve de sessão única, realizada imediatamente após a detecção do padrão de uso de risco, que se mostrou efetiva. Estudos realizados em outros países demonstram ser esta uma metodologia de baixo custo e com boa relação custo-efetividade^(68, 69). Além da continuidade dos estudos mencionados, outras iniciativas semelhantes estão sendo realizadas no Brasil, entre elas a capacitação de profissionais de saúde da família no município de Ribeirão Preto, SP⁽⁴⁹⁾ em Curitiba, PR⁽⁷⁰⁾.

Neste estudo observamos que uma intervenção breve de sessão única, aplicada imediatamente após a detecção do uso de risco de álcool pelo instrumento ASSIST, reduziu significativamente os problemas associados ao uso de álcool, avaliados três meses após a intervenção.

5.4. Fatores que podem influenciar a eficácia das intervenções breves

Observamos que a grande maioria dos pacientes com *baixo nível de pontuação inicial no ASSIST* para uso de álcool e que receberam a IB reduziram significativamente o consumo ou os problemas associados, atingindo níveis de pontuação bem abaixo (cerca de 7 pontos), do limite inferior da zona de risco (11 pontos) indicando a eficácia da IB. No grupo controle com pontuação inicial semelhante, também houve redução na pontuação, mas neste caso, os pacientes atingiram níveis muito próximos (10,9) do limite inferior da zona de risco. Isto sugere que a simples devolutiva do resultado do instrumento tenha tido algum efeito “per se” no comportamento destes pacientes, pois neste grupo controle, 40% dos pacientes saíram da faixa de risco. Entretanto, esta proporção foi significativamente maior (83%) no grupo que recebeu a IB. Por outro lado, ao analisarmos os pacientes com *pontuação inicial alta* para uso de álcool no

ASSIST, observamos que nos dois grupos houve reduções significativas em relação aos próprios valores basais. Entretanto, notamos que apenas os pacientes do grupo IB, reduziram sua pontuação média no ASSIST para níveis abaixo do limite inferior da zona de risco (abaixo de 11 pontos). Embora tenha ocorrido redução no grupo controle, seus níveis médios ainda permaneceram na zona de risco. Estes resultados indicam que a eficácia da Intervenção Breve para pacientes com uso de álcool, é maior do que a simples devolutiva do resultado, embora esta também tenha alguma eficácia *per se*, uma vez que a simples aplicação do instrumento e devolutiva do resultado levou os pacientes a diminuírem seu consumo.

A análise de regressão logística sugere que receber uma Intervenção Breve de sessão única aumenta cerca de cinco vezes a chance de redução do uso abusivo de álcool. Por outro lado, apresentar alta pontuação inicial no ASSIST foi um preditor de uma chance de sucesso reduzida (cerca de 40% menor) em relação a quem apresenta uma pontuação inicial mais baixa. Estes dados reforçam a importância de detectar o quanto antes a presença de problemas associados ao uso abusivo de álcool e intervir precocemente.

5.5. "Ingredientes ativos" da intervenção breve

Entre as possíveis explicações para a eficácia da IB, podemos destacar as características que têm sido consideradas seus "ingredientes ativos" e que levam a mudanças de comportamento. Prochaska e Di Clementi (1992) consideram que *a percepção que o paciente possui do seu nível de comprometimento* é um fator essencial no processo de mudança ⁽⁷¹⁾. Desta forma, o primeiro passo da Intervenção Breve (a devolutiva *(feedback)* do resultado parece ser um dos fatores importantes na mudança de comportamento, dado que também no grupo controle foi observada redução do uso de álcool após três meses. Os demais

componentes da Intervenção Breve parecem torná-la mais efetiva do que uma simples devolutiva.

A análise da avaliação dos pacientes sobre a Intervenção Breve propriamente dita indica que os pacientes compreenderam seu objetivo e atribuíram a ela um importante papel na sua mudança de comportamento de saúde em relação ao uso de álcool. A maioria deles relatou que as *informações fornecidas* a respeito do uso abusivo, dependência, assim como a *utilização do manual de auto-ajuda* os ajudaram a refletir sobre seu uso de álcool. Eles relataram que os aspectos da IB que mais influenciaram seu comportamento foram o *aconselhamento* sobre o uso de álcool que *tornou mais clara a necessidade de redução do uso* e os auxiliou a refletir sobre a necessidade de cuidados com a própria saúde

5.6. A implementação de procedimentos de detecção e intervenção em serviços de atenção à saúde

A princípio, para a implementação deste tipo de procedimentos como rotina em serviços de saúde, bastaria um treinamento adequado e motivar os profissionais de saúde ⁽⁵¹⁾. No presente estudo o treinamento realizado pelos autores parece ter sido efetivo, pois os profissionais realizaram uma Intervenção eficiente.

Algumas iniciativas deste tipo têm sido realizadas no país. Ronzani et al (2007) utilizaram o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para triagem do uso de álcool, após o que realizaram uma intervenção breve, sendo estes procedimentos incorporados à rotina de avaliação de saúde de bombeiros da cidade de Juiz de Fora (MG - Brasil). Este modelo de prevenção do uso abusivo de álcool foi realizado juntamente com outros procedimentos de prevenção à saúde. A iniciativa foi bem aceita pelos participantes e encontra-se

em fase de expansão para outras unidades do corpo de bombeiros da cidade e do estado⁽⁴⁸⁾.

A divulgação dos resultados dos estudos acima mencionados, levou a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) a solicitar o desenvolvimento de um programa de capacitação de profissionais de saúde, utilizando uma metodologia de ensino à distância. Este programa, denominado projeto SUPERA⁽⁷⁰⁾, foi desenvolvido pela Unidade de Dependência de Drogas da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas da Universidade Federal de São Paulo, e levou à capacitação de cerca de quatro mil profissionais de saúde de todas as regiões do país, na realização de triagem e intervenção breve para álcool e outras drogas, em 2007. Esta iniciativa se fez necessária devido à falta de informação e formação adequadas na maioria dos cursos de graduação nas áreas da saúde. No entanto, este não é um problema apenas no Brasil. Popp et al. (1998) descreveram um programa para incluir o treinamento de triagem e intervenção breve no currículo de uma escola para médicos de família e concluíram que os currículos tradicionais de escolas médicas necessitam se expandir para além do foco tradicional da dependência de substâncias e focar mais em intervenções precoces e breves⁽⁷³⁾.

Em resumo, demonstramos ser possível reduzir o consumo de álcool por meio de uma intervenção breve, de sessão única, aplicada por profissionais de saúde em serviços de atenção à saúde não especializados no tratamento de dependentes de substâncias. Entretanto, para que este tipo de procedimento passe a se tornar parte da rotina dos profissionais cremos ser necessária sua inclusão na agenda de políticas públicas e que sejam oferecidas aos profissionais oportunidades de capacitação e ambiente propício para sua implementação.

6. Conclusões

1. Uma intervenção breve de sessão única, aplicada imediatamente após a detecção do uso de risco de álcool pelo instrumento ASSIST, foi mais efetiva na redução do consumo de álcool do que a simples devolutiva do teste de detecção.
2. A grande maioria dos pacientes com *baixo nível de pontuação inicial no ASSIST* para uso de álcool, que receberam a IB, reduziu significativamente o seu consumo ou os problemas a ele associados, sendo sua resposta à intervenção breve melhor do que a dos pacientes com *alto nível de pontuação inicial no ASSIST*. Isto sugere ser a IB mais adequada para pessoas com uso abusivo ou dependência leve do que para aquelas com dependência moderada ou grave.
3. A implantação de um programa de detecção do uso de álcool e outras substâncias nas cidades de São Paulo, Diadema, Curitiba e Palmas apresentou como fatores facilitadores: o apoio logístico das Secretarias de Saúde; o apoio da maioria dos diretores das unidades de saúde; o reconhecimento dos profissionais da relevância do uso abusivo de álcool e outras substâncias como um problema presente em sua rotina profissional e profissionais interessados e motivados em ajudar seus pacientes com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.
4. As maiores dificuldades encontradas na implantação das metodologias de detecção e IB nos serviços de saúde participantes do projeto referiram-se a: falta de tempo e sobrecarga de trabalho dos profissionais para inclusão de mais uma atividade em sua rotina; falta de infra-estrutura adequada nas UBS para os profissionais “não médicos” aplicarem o instrumento; alta rotatividade dos profissionais (alguns profissionais da equipe que haviam

sido treinados foram transferidos de unidade ou de função, resultando em equipes incompletas) e a “não obrigatoriedade” do trabalho competindo com a existência de programas “obrigatórios”, considerados prioritários pela política de Saúde Pública vigente.

5. Considerando a pontuação do ASSIST, os pacientes de São Paulo/Diadema apresentaram menor porcentagem de uso de risco (6,8%) do que os de Curitiba/Palmas (13,3%) e maior de uso sugestivo de dependência (3,8% em São Paulo/Diadema e 0,2% em Curitiba/Palmas).
6. As diferentes proporções de pacientes com uso de risco e dependência entre São Paulo/Diadema e Curitiba/Palmas podem ser em parte devidas às diferenças do perfil dos aplicadores (em São Paulo profissionais de saúde que atuavam rotineiramente nas Unidades Básicas de Saúde e em Curitiba pesquisadores) .

7. Referências

1. Carlini ELA, Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CMA, Oliveira LG, et al. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Páginas & Letras; 2007.
2. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas-SENAD; 2007.
3. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini ELA. O uso de álcool entre os habitantes das 24 maiores cidades do estado de São Paulo: Pesquisa Populacional - 1999. Temas. 2002;62:69-85.
4. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marin-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. Rev Saúde Pública. 2007;41(4):502-9.
5. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini ELA. IV Levantamento sobre o Uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais Brasileiras - 1997.: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Departamento de Psicobiologia - UNIFESP; 1997.
6. Ministério da Saúde Secretaria-Geral, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria-Geral, Conselho Federal de Entorpecentes. Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil em 1987. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1989.
7. Carlini ELA, Carlini-Cotrim B, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. II Levantamento Nacional sobre o uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1º e 2º graus - 1989.: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Departamento de Psicobiologia - Escola Paulista de Medicina; 1989.

8. Galduróz JCF, D'Almeida V, Carvalho V, Carlini ELA. III Levantamento sobre o Uso de Drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1993.: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Departamento de Psicobiologia - Escola Paulista de Medicina; 1994.
9. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento Nacional sobre o consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Departamento de Psicobiologia - UNIFESP; 2004.
10. Galduróz JCF, Noto AR. Uso pesado de álcool entre estudantes de 1º e 2º graus da rede pública de ensino em dez capitais brasileiras. J Bras Dep Quím. 2000;1(1):25-32.
11. Murray CJL, Lopez A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. The Lancet. 1997;349:1436-42.
12. World Health Organization. Global status report on alcohol 2002. Geneva; 2002.
13. Rehm J, Room R, Monteiro MG. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. Eur Addict Res. (2003b);9:157-64.
14. Rajendram R, Lewison G, Preedy VR. Worldwide alcohol-related research and the disease burden. Alcohol Alcohol. 2006;41(1):99-106.
15. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação e Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília; 2007.

16. Noto AR, Fonseca AM, Silva EA, Galduróz JCF. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas: Um levantamento no Estado de São Paulo. *J Bras Dep Quím.* 2004;5(1):9-17.
17. De Micheli D, Bombardi F, Nolasco LR, Ornellas MAM, Formigoni MLOS. Avaliação da influência da intoxicação alcoólica sobre a crítica dos condutores de veículos. (artigo em submissão à publicação).
18. Brasil. Política Nacional sobre o Álcool/ Brasília: Presidência da República Secretaria Nacional Antidrogas. 2007.
19. Vinson DC, Elder N, Werner JJ, Vorel LA, Nutting PA. Alcohol-related discussions in primary care: A report from ASPN. *J Fam Pract.* 2000;49:28-33.
20. Conigliaro J, Loefgren RP, Hanusa BH. Screening for problem drinking: impact on physician behavior and patient drinking habits. *J Gen Intern Med.* 1998;13:251-6.
21. Connors GJ. Screening for alcohol Problems em: Assessing alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researches.: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health.; 1995.
22. Saunders J, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. *Addiction.* 1993;88:791-804.
23. Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction.* 1993;88:349-62.
24. Conigrave KM, Hall WD, Saunders J. The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction.* 1995;90:1349-56.

- 25.Allen JP, Litten RZ, B. FJ, Babor TF. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcohol Clin Exp Res. 1997;21(4):613-9.
- 26.Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization; 1989.
- 27.Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. In press 2001.
- 28.WHO ASSIST Working Group. The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. Addiction. 2002;97:1183-94.
- 29.Henrique IFS, De Micheli D, Boerngen-Lacerda R, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). rev Assoc Med Bras. 2004;50(2):199-206.
- 30.Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing. 2nd, editor. New York and London: Guilford Press; 2002.
- 31.Edwards G, Orford J, Egert S, Guthrie S, Hawker A, Hensman C, et al. Alcoholism: A Controlled Trial of "Treatment" and "Advice". J Stud Alcohol. 1977;38(5):1004-31.
- 32.Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. B M J. 1988;297:663-8.
- 33.Drummond DC, Thom B, Brown C, Edwards G. Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers. Lancet. 1990;336(8720):915-8.

34. Sanchez-Craig M, Leigh G, Spivak K, Lei H. Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking. *Br J Addiction*. 1989;84(4):395-404.
35. <http://www.who/screeningandbriefinterventionforalcoholproblemsinprimaryhealthcare>
36. Formigoni MLOS. *A Intervenção Breve na Dependência de Drogas. A Experiência Brasileira*. São Paulo: Contexto; 1992.
37. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*. 2003;98:397-411.
38. Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend*. 2005;77:49-59.
39. De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(3):305-13.
40. WHO Brief Intervention Study Group. A Cross-National Trial of Brief Interventions with Heavy Drinkers. *Am J Public Health*. 1996;86(7):948-55.
41. McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*. 2004;99:39-52.
42. Ballesteros J, Gonzáles-Pinto A, Querejeta I, Ariño J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*. 2004;99:103-8.

43. Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming MF, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2005;165(9):986-95.
44. Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007;16(3):207-20.
45. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Revisão Cochrane). Em: *Biblioteca Cochrane*. 2007;4.
46. Humeniuk R, Poznyak W. ASSIST. Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde: Versão preliminar 1.1/ Rachel Humeniuk; Vladimir Poznyak; tradução Telmo Mota Ronzani; supervisão da tradução Maria Lucia O. S. Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda; revisão Úrsula Bueno do Prado Guirro. São Paulo: OMS; 2004.
47. Carlini-Cotrim B, C. G-C, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):636-45.
48. Ronzani TM, Rodrigues TP, Batista AG, Lourenço LM, Souza-Formigoni MLO. Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. *Estud Psicol*. 2007;12(3):285-90.
49. Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC, Abade F, Yosetake LL, Gorayeb R, et al. Capacitação de profissionais de Programa de Saúde da Família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas Ribeirão Preto, SP-Brasil*. 2005;01(01):part 3.

50.Aalto M, Pekuri P, Seppa K. Obstacles to carrying out brief interventions for heavy drinkers in primary care: A focus group study. *Drug Alcohol Rev.* 2003a;22:169-73.

51.Ronzani TM, Ribeiro MS, do Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *cad Saúde Pública.* 2005;21(3):852-61.

52. http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf.

53.Miller WR, Sanchez V. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In Howard G (Ed) *Issues in alcohol use and misuse by young adults.* Notre Dame IN: University of Notre Dame Press; 1993.

54.Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction.* 1993;88:315-36.

55.Miller WR, Zweben A, Di Clemente C, Rychtarik R. Motivational enhancement therapy manual: A clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. (Project MATCH Monograph Series Vol 2). Rockville Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1992.

56.Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação prática nas áreas da saúde e humanas.* Petrópolis: Vozes; 2003.

57.Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni MLOS, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction.* 2008;103:1039-1047.

58.Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. *Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine.* Philadelphia: Saunders; 1996.

59.Rubin RH. *Medicine in Primary Care Approach.* Philadelphia: Saunders; 1996.

60. Fortney J, Mukherjee S, Curran G, Fortney S, Han X, Booth BM. Factors Associated with Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment among At-Risk Drinkers. *J Behav Health Serv Res.* 2004;31(4):418-29.
61. Dunn CW, Ries R. Linking substance abuse services with general medical care: integrated, brief interventions with hospitalized patients. *Am J Alcohol Abuse.* 1997;23(1):1-13.
62. Aalto M, Seppa K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief interventions for heavy drinkers. *Addiction.* 2001;96:305-11.
63. Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(4):637-47.
64. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Acad Emerg Med.* 2002;9:627-38.
65. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction.* 2001;97:279-92.
66. Whitlock EP, Pólen MR, Green CA. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risk/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. . *Ann Int Med.* 2004;140:557-68.
67. Grossberg PM, Brown DD, Fleming MF. Brief physician advice for high-risk drinking among young adults. *Ann Fam Med.* 2004;2:474-80.
68. Kunz Jr FM, French MT, Bazargan-Hejasi S. Cost-effectiveness analysis of a Brief Intervention delivered to problem drinkers presenting at an inner-city Hospital Emergency Department. *J Stud Alcohol.* 2004;65(3):363-70.

69.Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. . Alcohol Clin Exp Res. 2002;26(1):36-43.

70.Mendes ACJ, Oliveira RT, Vianna VPT, Formigoni MLOS, Boerngen-Lacerda R. Redução do uso de álcool e outras drogas após detecção precoce e Intervenção Breve em UBS. Rev Saúde Pública. (artigo em submissão à publicação).

71.Prochaska JA, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviour. Am Psych. 1992;47:1102-14.

72.<http://www.supera.org.br/senad>.

73.Popp SM, Schwartz KL, Schoener EP. Brief Intervention in Hazardous Drinking: An Important Adjunct to Medical School ATOD Curriculum. Subst Abuse. 1998;19(1):1-6.

8. Lista de Anexos:

- 1) Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo, aprovação do Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS.
- 2) Termo de consentimento Livre e Esclarecido.
- 3) Formulário de Informação ao Participante
- 4) Perfil Demográfico
- 5) WHO – ASSIST v 3.1(basal e seguimento – mesmo instrumento aplicado)
- 6) Formulário de Avaliação da Intervenção Breve – Follow-up

ANEXO 1



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

São Paulo, 28 de fevereiro de 2003

CEP N° 0145/03

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a): **MARIA LUCIA O. SOUZA FORMIGONI**

Disciplina/Departamento: medicina social

Ref.: Projeto de Pesquisa

Detecção de uso de drogas e avaliação do Impacto de uma intervenção em serviços de atenção primária à saúde.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto acima.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **27/08/03**

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo



Curitiba, 27 de maio de 2003

Ilmo (a) Sr. (a)
Dra. Roseli Boerngen de Lacerda
Nesta

Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "DETECÇÃO DO USO DE DROGAS E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO BREVE EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 27 de maio de 2003, o referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.
Protocolo CEP-HC Nº 083ext037/2003-05

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 27 de novembro de 2003.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renato", written over a horizontal line.

Prof. Dr. Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

São Paulo, 07 de março de 2006.

Ofício CRT-DST/AIDS - CEP n° 045/06.

PROTOCOLO CEP n° 004/06: “Detecção do Uso de Drogas e Avaliação do Impacto de uma Intervenção breve em Serviços de Atenção Primária à Saúde”.

Prezado Investigador,

Após a análise do documento acima referido, pelos membros deste Comitê, em reunião ordinária do dia 06/03/2006, foi emitido parecer: **APROVADO**.

Solicitamos que nos seja enviado, com periodicidade de seis meses a contar desta data, um comunicado sucinto sobre o andamento do Projeto.

Atenciosamente,


Eduardo Ronner Lagonegro
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CRT - DST/AIDS

Ilma. Sr^a.
Dr^a Maria Lúcia O. Souza Formigoni
Investigador Principal

Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS
Rua Santa Cruz, 81 – Ambulatório.
V. Mariana CEP 04121-000 São Paulo / SP
Fone/Fax: 5087-9837
e-mail: cep@crt.saude.sp.gov.br

ANEXO 2

PARTE 2: FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

ESTUDO WHO ASSIST FASE III

INVESTIGADORES PRINCIPAIS: Profa. Dra. Maria Lucia O. S. Formigoni
Profa. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda

CO INVESTIGADORES: Vania Patrícia Teixeira Vianna

AUTORIZAÇÃO.

1. A natureza e os objetivos da pesquisa foram explicados para mim. Eu entendi tudo e concordo em participar.
2. Eu entendi que não terei nenhum benefício direto por estar participando das entrevistas da pesquisa.
3. Eu entendi que, apesar das informações fornecidas por mim poderem ser publicadas, eu não serei identificado e as informações pessoais permanecerão confidenciais.
4. Eu entendi que posso desistir do estudo a qualquer momento e que isso não irá interferir na consulta médica atual ou futura.

Se eu tiver qualquer duvida sobre meus direitos como sujeito da pesquisa poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa – CRT-DST/AIDS (11 50879837), o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (11 5539-7162) ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR (41 3360-5001)

Participante

2.1 Nome

2.2 Assinatura

2.3 Data

--	--	--	--	--	--

INVESTIGADOR: *Eu certifico que expliquei a finalidade do estudo ao voluntário(a) e acredito que ele(a) entendeu do que se trata.*

2.4 Nome

2.5 Assinatura

2.6 Data

--	--	--	--	--	--

ANEXO 3

PARTE 3: FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

ESTUDO WHO ASSIST FASE III

INVESTIGADORES PRINCIPAIS: Profa. Dra. Maria Lucia O. S. Formigoni
Profa. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda

CO INVESTIGAD Vania Patrícia Teixeira Vianna

Introdução

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que está sendo conduzida no Brasil, Austrália, Índia, Espanha, Tailândia e Estados Unidos. Um total de 120 participantes será recrutado de cada um destes locais. O objetivo da pesquisa é aprender como as pessoas respondem perguntas sobre suas experiências com cigarro, álcool, medicamentos e outras drogas e como elas respondem quando recebem informações sobre seu uso de substâncias. Você poderá ou não ser informado sobre seu uso de substâncias após a entrevista. A sua participação no estudo é inteiramente voluntária e você poderá desistir do estudo a qualquer momento. Antes de aceitar participar do estudo, por favor, leia atentamente o que vem a seguir e sinta-se à vontade para esclarecer qualquer dúvida que você tenha.

RESUMO DA PESQUISA.

Este projeto de pesquisa visa avaliar como as pessoas respondem a um questionário que será usado para medir o comportamento relacionado ao uso de álcool, tabaco e outras drogas – particularmente maconha, cocaína, anfetaminas e opióides. Também se pretende avaliar como as pessoas responderão a um aconselhamento breve sobre o seu uso de drogas. Você será convidado(a) a participar de duas entrevistas – com intervalo de 3 meses entre elas – nas quais o entrevistador perguntará sobre suas experiências com estas substâncias. Cada entrevista levará aproximadamente 20 minutos.

Durante a primeira entrevista você será alocado a um de dois grupos. Os participantes do grupo 1 receberão o resultado da sua entrevista e algumas informações por escrito para levar para casa. Os participantes do outro grupo não receberão essas informações.

Na segunda entrevista, 3 meses após, as perguntas serão semelhantes às da primeira entrevista. As pessoas que não receberam qualquer informação sobre seu uso de drogas na primeira entrevista receberão, nessa ocasião, as informações sobre seu uso de substâncias e o material escrito para levar para casa. As pessoas que receberam informações na primeira entrevista serão perguntadas nessa ocasião sobre o que elas acharam sobre as informações que receberam.

Com o objetivo de fazer essa segunda entrevista daqui a três meses, precisamos de algumas informações detalhadas sobre como encontrá-lo(a) assim como algumas referências de contato de familiares ou amigos que possam nos informar onde você se encontrará daqui a três meses.

Confidencialidade

O seu nome não será registrado em nenhum lugar do questionário. Para preservar a sua identidade, você receberá um número codificado que constará do questionário com as suas respostas. Seu nome não será divulgado para qualquer publicação nem para qualquer pessoa. O seu formulário de consentimento de participação e as informações

para sua localização serão mantidos em local trancado separado do questionário aplicado na entrevista.

Riscos

Existe praticamente nenhum risco associado com a sua participação nesse estudo. Porém, existe um possível risco de quebra de sigilo que preciso alertá-lo(a). Caso você informe que está abusando ou negligenciando seu(s) filho(s), nossa equipe é obrigada por lei a relatar tal fato às autoridades responsáveis, assim como se você estiver colocando em perigo você mesmo ou alguma outra pessoa, então nossa equipe terá que tomar providências necessárias de proteção para você ou os outros.

BENEFÍCIOS

Embora não exista nenhum benefício específico para você, a sua participação nos ajudará a entender se o questionário auxilia a identificar pessoas com problemas causados pelo seu uso de álcool ou outras drogas e como as pessoas respondem quando são informadas sobre seu padrão de uso de substâncias. Você poderá se beneficiar das informações que serão fornecidas pelo entrevistador a respeito do seu uso de substâncias.

Obrigações

A sua obrigação em participar do estudo é ser honesto ao responder as questões e estar disponível para as entrevistas.

Outras Informações

A sua participação no estudo é totalmente voluntária. Caso escolha não participar, a qualquer momento, isto não afetará o serviço de tratamento que você merece nem no momento nem no futuro. Você pode pedir esclarecimentos sobre o projeto quando quiser. **Você pode contatar a Dra Maria Lucia O. S. Formigoni, a responsável pela pesquisa aqui em São Paulo, caso você queira algum esclarecimento ou tenha alguma reclamação no telefone 2149-0155 ramal 175, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).**

Por favor, sinta-se à vontade para perguntar o que não tenha entendido. Analise cuidadosamente esta folha de informação e o formulário de consentimento de participação antes de concordar em participar. Disponha do tempo necessário para tomar essa decisão.

ANEXO 4

Parte 5. Perfil Demográfico

Entrevistador ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CLINICA	<input type="text"/>					
PACIENTE ID	<input type="text"/>	DATA	<input type="text"/>											

PESQUISADORES:

INTRODUÇÃO PARA SER LIDA AOS PARTICIPANTES: Inicialmente, eu preciso perguntar algumas coisas gerais sobre você. Lembre-se que as informações que você fornecer serão confidenciais e serão utilizadas para apenas na pesquisa.

5.1 LOCAL DO RECRUTAMENTO (por favor, descreva). ex. Unidade básica de saúde, ambulatório da Universidade, Programa da Saúde da Família, etc.

5.2 REGISTRE O SEXO COMO OBSERVADO

1 – Masculino

2 – Feminino

5.3 QUAL A SUA IDADE? (em anos)

Idade em anos

5.4 QUAL O SEU ESTADO CIVIL ATUAL?

1 – Casado atualmente

4 – viúvo (não casado no momento)

2 – Casado informalmente (“mora junto”)

5 – Divorciado (não casado no momento)

3 – Separado (mas ainda casado)

6 – Nunca se casou

5.5 ONDE VOCÊ VIVE? (leia todas as possibilidades para o participante)

1 – Casa própria ou da família

4 – Abrigo

7 – Outro (especifique)

2 – Apartamento ou casa alugada

5 – Casa de recuperação

3 – Quarto

6 – Sem endereço fixo

5.6 A QUANTO TEMPO VOCÊ MORA NESSE ENDEREÇO?

Anos

Meses

5.7 QUAL A SUA RELIGIÃO ATUAL?

1 - Protestante

4 – Muçulmano / Islâmico

7 - Hindu

2 - Católico

5 – Ortodoxo (Christian)

8 – Outro (especifique).....

3 - Judeu

6 - Budista

9 - Nenhuma

5.8 A QUAL RAÇA VOCÊ JULGA PERTENCER?

- | | | |
|----------------------------------|----------------------|---|
| 1 – Branco (não-hispânico) | 5 – Aborígene / TSI | 9 – Tailandês terra baixa |
| 2 - Indiano | 6 – Africano | 10 – Tailandês terra alta |
| 3 – Asiático / Ilhas do Pacífico | 7 – Nativo Americano | 11 – Outro (especifique |
| 4 - Hispânico | 8 - Mulato | <input type="text"/> <input type="text"/> |

5.9 VOCÊ ESTEVE SOB REGIME CONTROLADO NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES? ISTO É VOCÊ ESTAVA EM SITUAÇÕES EM QUE NÃO TINHA LIBERDADE DE IR E VIR SEGUNDO A SUA VONTADE, TAIS COMO INTERNADO PARA TRATAMENTO, CADEIA, ETC?

- 1 - Não 2 – Sim (especifique)

5.10 QUANTOS DIAS VOCÊ ESTEVE LÁ? (não se aplica = 99)

5.11a VOCÊ JÁ FOI TRATADO PARA PROBLEMAS DE DROGAS OU ÁLCOOL? (Excluindo tabaco)

- 1 - Não 2 – Sim

5.11b HÁ QUANTO TEMPO FOI A ÚLTIMA VEZ? (N/A = 99) Anos Meses

5.11c PARA QUAL SUBSTANCIA FOI O TRATAMENTO? (ESCOLHA A PRINCIPAL, N/A = 99)

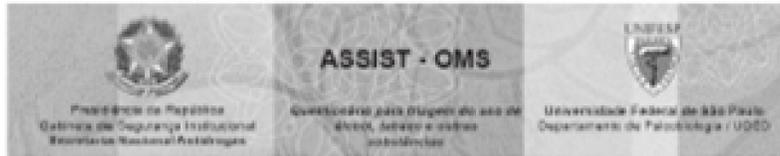
- | | | |
|-------------|---------------|--|
| 1 - Álcool | 4 – ATS | 7 - Alucinógenos |
| 2 - Maconha | 5 – Inalantes | 8 – Opióides |
| 3 - Cocaína | 6 - Sedativos | 9 - Outra (especifique)..... <input type="text"/> <input type="text"/> |

5.11d QUAL O TIPO DE TRATAMENTO? (N/A = 99)

- | | |
|--|---|
| 1. Aconselhamento | 4. Farmacoterapia (ex. Acamprosato, Metadona) |
| 2. Programa dos doze passos (ex. NA, AA) | 5. Desintoxicação Assistida (internado ou ambulatorial) |
| 3. Comunidade terapêutica | 6. Outro (especifique)..... <input type="text"/> <input type="text"/> |

5.12a NO ÚLTIMO ANO, QUANTOS MESES ESTEVE EMPREGADO? (Considere por conta própria e assalariado)			<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.12b VOCÊ ESTÁ EMPREGADO NO MOMENTO?	1 - Não	2 - Sim	<input type="text"/>	
5.12c VOCÊ TRABALHA EM TEMPO PARCIAL OU TOTAL? (N/A=99)	1 – Total	2 – Parcial	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.12d QUE TIPO DE TRABALHO VOCÊ FAZ? (N/A=99)	<input type="text"/>			
5.13a NO ÚLTIMO ANO, QUANTOS MESES VOCÊ ESTUDOU? (escola elementar, escola secundária, universidade, supletivo, etc.)			<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.13b VOCÊ ESTÁ ESTUDANDO NO MOMENTO?	1 - Não	2 - Sim	<input type="text"/>	
5.13c QUANTOS ANOS DE EDUCAÇÃO VOCÊ COMPLETOU?			<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO 5



5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primo/a droga, etc.), você deu ou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	QUASE NUNCA	EM ALGUMAS OPORTUNIDADES	SEMPRE	MUITO SEMPRE
a. derivados de tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inaléus	0	5	6	7	8
g. heroína/heroína	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opiáceos	0	5	6	7	8
j. outros, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguns vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primo/a droga, etc.) a seguir (droga, etc.), a não conseguiu?

	NUNCA	SEMPRE	MUITO SEMPRE
a. derivados de tabaco	0	4	9
b. bebidas alcoólicas	0	4	9
c. maconha	0	4	9
d. cocaína, crack	0	4	9
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	9
f. inaléus	0	4	9
g. heroína/heroína	0	4	9
h. alucinógenos	0	4	9
i. opiáceos	0	4	9
j. outros, especificar	0	4	9

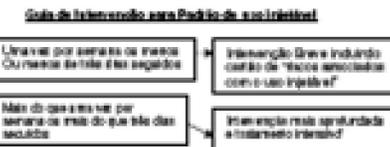
6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primo/a droga, etc.) depois a seguir (droga, etc.)?

	NUNCA	SEMPRE	MUITO SEMPRE
a. derivados de tabaco	0	4	9
b. bebidas alcoólicas	0	4	9
c. maconha	0	4	9
d. cocaína, crack	0	4	9
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	9
f. inaléus	0	4	9
g. heroína/heroína	0	4	9
h. alucinógenos	0	4	9
i. opiáceos	0	4	9
j. outros, especificar	0	4	9

Nota importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar qual é a melhor forma de intervenção.

8. Alguns vez você já usou drogas por injeção? (Apesar de não injetar)

NUNCA	SI, nos últimos 3 meses	SI, mas não nos últimos 3 meses



PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Assim que a pontuação para cada droga, SOME SCORES, as Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Intervenção	Intervenção Breve	Encaminhado para tratamento mais abrangente
Tabaco		0-4	4-6	7 ou mais
Alcool		0-10	11-20	21 ou mais
Maconha		0-3	4-20	21 ou mais
Cocaína		0-3	4-20	21 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-20	21 ou mais
Inaléus		0-3	4-20	21 ou mais
Heroína/heroína		0-3	4-20	21 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-20	21 ou mais
Opiáceos		0-3	4-20	21 ou mais

Cálculo do escore de encaminhamento com uma substância específica.
 Para cada substância de 1 a 7, soma-se o número total das opções 2 a 9. Portanto, para cada substância das questões 1 a 7, use o seguinte, a pontuação de encaminhamento é calculada do seguinte modo: CB + CC + CA + CD + CE + CF + CG. Note que CB para tabaco, CC para cocaína, CE para maconha, CF para álcool, CD para inaléus, CE para heroína, CF para opiáceos, CG para outros.

ANEXO 6

PARTE 9. FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO BREVE – FOLLOW-UP

Para ser aplicado aos participantes no seguimento (**follow-up**) para avaliar a Intervenção Breve que eles receberam na primeira entrevista (**baseline**) (participantes do Grupo Controle de Lista de Espera **não** responderão esse formulário). Existem três partes que compõem esse formulário:

Parte 1 Informações Gerais sobre a devolutiva (feedback) e orientações fornecidas

Parte 2 Perguntas específicas sobre as orientações e a devolutiva recebidas durante a sessão com o entrevistador

Parte 3 Perguntas específicas sobre as informações por escrito (Manual do usuário de substância)

Por favor, aplique aos participantes na entrevista de seguimento (follow-up) APÓS ter aplicado o ASSIST

ENTREVISTADOR ID	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	CLÍNICA	<input type="text"/>
PACIENTE ID	<input type="text"/>				
DATA	<input type="text"/>				
Qual foi a droga focalizada na IB para este participante? (verifique 7.4a)	<input type="text"/>	Use esta informação toda vez que (droga) parecer neste formulário			
Quantas semanas atrás foi a entrevista basal para este participante? (verifique 7.2a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

POR FAVOR, LEIA AO PARTICIPANTE

Você deve se lembrar que depois que você respondeu o questionário três meses atrás, o entrevistador te deu um retorno (feedback) & informações sobre o seu uso de (droga) & pode ter discutido com você os pontos positivos e negativos do seu uso de (droga). O entrevistador também pode ter dado algum material escrito para você levar e ler em casa. O que vou te perguntar agora tem o objetivo de saber o que você sinceramente pensou sobre a devolutiva do seu uso e as orientações recebidas (Parte 1), o que você achou daquela entrevista (Parte 2) e do material escrito que você levou para casa (Parte 3).

9.1 Você poderia, por gentileza, DESCREVER BREVEMENTE O QUE VOCÊ PENSOU SER O OBJETIVO DA DEVOLUTIVA (FEEDBACK) E DAS INFORMAÇÕES QUE VOCÊ RECEBEU SOBRE SEU USO DA (DROGA)?

.2a NUMA ESCALA DE 1 A 5, COMO AS ORIENTAÇÕES E A DEVOLUTIVA (FEEDBACK) INFLUENCIARAM SEU COMPORTAMENTO DE SAÚDE? - considere 1 igual a “sem qualquer influência”, e 5 igual a “mudei totalmente meu comportamento” (Por favor, circule a resposta)

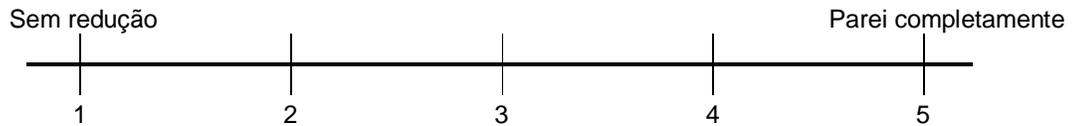


9.2b. Se '1' foi marcado, pergunte: *“Por que não teve qualquer influência no seu comportamento?”* Se perceber que o paciente está com problemas para responder, tente perguntar: *“aconteceu alguma coisa que você não gostou durante aquela entrevista?”* ou *“o que você acha que poderia influenciar seu comportamento de saúde?”*

9.2c. Se '2' ou um valor maior foi marcado, pergunte: *“Já que teve algum efeito, como te influenciou no teu comportamento de saúde?”*

9.3a VOCÊ TENTOU DIMINUIR SEU USO DE (DROGA) APÓS TER RECEBIDO A DEVOLUTIVA & INFORMAÇÕES?	Não <input type="checkbox"/>	Vá para <u>Parte 3</u> (Q9.5)
	Sim <input type="checkbox"/>	Vá para Q9.3b

9.3b NUMA ESCALA DE 1 A 5, O QUANTO VOCÊ REALMENTE REDUZIU O SEU USO DE (DROGA) ? considere 1 igual a “não reduzi em nada o uso de (droga)”, e 5 igual a “parei completamente o uso de (droga) após a última entrevista” (Por favor, marque a resposta)



9.3c. Se marcou '2' ou valor maior, pergunte: *“Quanto tempo durou?”* (Marque em semanas. Lembre o paciente do número de semanas decorrido desde a sua primeira entrevista conferindo em 7.2a)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Parte 2. Sessão de Orientação e Devolutiva (feedback) com o entrevistador

9.4 QUAL ASPECTO EM PARTICULAR DA SESSÃO DE DEVOLUTIVA (FEEDBACK) E ORIENTAÇÃO COM O ENTREVISTADOR INFLUENCIOU O SEU COMPORTAMENTO DE SAÚDE E DE USO DA (DROGA)? (Se perceber que o paciente está com problemas para responder, tente perguntar: *“O que você lembra de mais importante daquela entrevista?”* ou *“o que te chocou mais?”*)

--

Parte 3. Informações escritas (Veja 7.8a para este participante)

9.5a. VOCÊ LEMBRA DE TER RECEBIDO O “MANUAL DO USUÁRIO DE DROGAS PARA CONTROLAR OU PARAR O USO”?
 (MOSTRE UMA CÓPIA AO PACIENTE)
 →

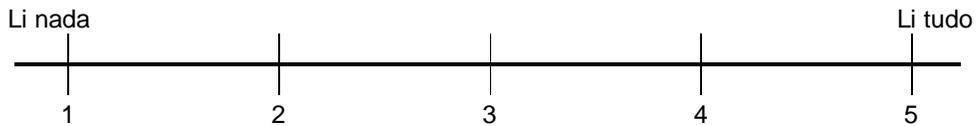
Não

Vá para Q9.7

Sim

Vá para Q9.5b.

9.5b NUMA ESCALA DE 1 A 5, QUANTO VOCÊ LEU DO MANUAL? - considere 1 igual a “nada”, e 5 igual a “li todo o manual do início ao fim” (Por favor, circule a resposta)



9.5c. Se marcou ‘2’ ou menos, pergunte: *“O que fez você para de ler o manual?”*

9.6. Se marcou ‘2’ ou mais, pergunte: *“Qual a utilidade que você achou do manual para.....” (escolha um número de cada coluna)*

	Sem utilidade	Pouca utilidade	Muito útil	Não sei
a. ajudar você a entender seu nível de risco	1	2	3	9
b. ajudar você a pesar os pontos positivos e negativos de usar (droga)	1	2	3	9
c. compreender as suas opções para mudar seu uso de (droga)	1	2	3	9
d. fornecer estratégias & orientações para a mudança	1	2	3	9
e. realmente ajudar você a diminuir ou parar o uso da (droga)	1	2	3	9

9.7 TEM MAIS ALGUMA COISA QUE VOCÊ GOSTARIA DE NOS CONTAR SOBRE A SUA PARTICIPAÇÃO NESTE PROJETO? *Por exemplo, como poderíamos melhorar a devolutiva e as orientações?*