

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VIVIANE PAOLA ZIBE E PIEGEL

IMPLEMENTAÇÃO DO ASSIST (ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE
INVOLVEMENT SCREENING TEST) E INTERVENÇÃO BREVE
EM UM SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL:
AVALIAÇÃO QUALITATIVA.

CURITIBA

2010

VIVIANE PAOLA ZIBE E PIEGEL

IMPLEMENTAÇÃO DO ASSIST (ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE
INVOLVEMENT SCREENING TEST) E INTERVENÇÃO BREVE
EM UM SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL:
AVALIAÇÃO QUALITATIVA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Farmacologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roseli Boerngen de Lacerda

CURITIBA
2010

*Ao meu esposo Cristian.
Aos meus pais Arlete e Wilson.
Às minhas irmãs Patricia e Daniele.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, por tudo que me permitiu realizar e concretizar e pelas pessoas que colocou perto de mim.

Ao Cristian, meu esposo, por todo amor, compreensão e, principalmente, por acreditar em mim sempre me incentivando a continuar...

Aos meus pais, Wilson e Arlete, pelo amor incondicional e por terem possibilitado todas as condições necessárias pra alcançar não só esta, mas todas as conquistas da minha vida.

Às minhas irmãs, Patricia e Daniele, por torcerem por mim e estarem sempre de prontidão em meu favor.

À minha sobrinha Lívia, a princesinha que sempre me alegra e que mesmo sem saber, durante os momentos de desânimo, me ajudou a sorrir e perceber que tudo daria certo.

Ao meu afilhado Leonardo que chegou durante a realização deste trabalho garantindo mais alegria aos dias.

À minha orientadora, Prof. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda, por toda confiança depositada em mim para a realização deste trabalho, por compartilhar de seus conhecimentos e por ser amiga em todos os momentos.

À todos os meus colegas do Departamento de Farmacologia, mas em especial aos amigos Cássia Zottis, Gustavo Villas Boas, Diego Correia, Ligia Burci, Ronise Santiago e Silvia Genari.

À todos os professores e funcionários do Departamento de Farmacologia, pelo conhecimento e auxílio oferecidos.

Aos estagiários, alunos do curso de Medicina, que participaram da coleta de dados deste trabalho com dedicação e seriedade.

Aos gestores da Prefeitura em estudo por permitirem a realização deste estudo, em especial à Rose Domborowski e à Márcia Virtuoso que não só contribuíram com sua experiência como também se tornaram minhas amigas.

Aos profissionais do Serviço de Saúde Ocupacional da prefeitura em estudo por todo o esforço, colaboração, paciência para a realização deste trabalho, e também pelo carinho dispensado a mim.

A Capes pelo apoio financeiro.

Nota Explicativa:

Dissertação apresentada em formato alternativo – artigo para publicação – conforme aceito pelas normas do Programa de Pós Graduação em Farmacologia da Universidade Federal do Paraná.

RESUMO

Introdução: Sendo o ambiente de trabalho um local adequado para a prática da prevenção do uso de substâncias psicoativas, o objetivo do estudo é avaliar o processo de implementação da detecção precoce através do ASSIST e intervenção breve em uma prefeitura de um município do sul do Brasil, e conhecer o perfil epidemiológico quanto à prevalência do grau de envolvimento com substâncias psicoativas entre os servidores desta Instituição. **Metodologia:** No estudo de Implementação, inicialmente, foram realizadas reuniões para conscientização dos gestores das Secretarias Municipais sobre os problemas relacionados com o uso das substâncias. Em seguida, 70 profissionais do serviço de saúde ocupacional foram treinados em um curso de 20 h referente a substâncias, detecção precoce e intervenção. Foram realizadas reuniões de grupo focal referentes à detecção precoce através do ASSIST e à realização de Intervenções Breves e seus conteúdos foram analisados qualitativamente. No estudo epidemiológico os profissionais treinados aplicaram o ASSIST e a IB em uma amostra representativa dos funcionários da prefeitura. Os dados estão representados como percentagem de uso na vida, uso nos 3 últimos meses, uso de risco e uso sugestivo de dependência. De acordo com a pontuação no ASSIST o funcionário recebeu informações gerais sobre as drogas, IB ou o encaminhamento para tratamento especializado. **Resultados:** Dos 70 profissionais treinados, 26 participaram ativamente da pesquisa. O ASSIST foi considerado um facilitador da abordagem do assunto drogas. Foram entrevistados 1310 funcionários, sendo que a taxa relativa ao uso na vida de álcool foi 84%, do tabaco 49,8%, e hipnóticos sedativos 3,1%. As taxas referentes a sugestivo de dependência foi de 0,8% para o álcool, 9,7% para tabaco. **Conclusão:** O uso do processo de implementação e da pesquisa-ação promovida influenciou a mudança de rotina do serviço de saúde ocupacional da prefeitura frente ao tema drogas. O ASSIST foi considerado um importante instrumento para abordar o assunto sem preconceito ou estigma permitindo detectar e intervir precocemente no uso de risco para álcool, tabaco e outras drogas de funcionários bem como encaminhar aqueles detectados como sugestivos de dependência.

Palavras-chave: Implementação. ASSIST-WHO. Ambiente de Trabalho.

ABSTRACT

Background: Workplace is seen as appropriate for introducing programs to prevent hazardous and harmful substance use among employees. This study aimed to evaluate the implementation process of early detection through ASSIST and brief intervention (BI) in a City Hall workplace in a southern city of Brazil. Other goal was to assess the epidemiology of their involvement with psychoactive substances.

Methods: In the implementation study, meetings were held to aware the managers of the different organizations inside the City Hall about the substance related problems. Then, 70 professionals from occupational health service were trained in a 20 h course regarding substances, detection and intervention. Focus group's meetings were held, regarding the early detection and BI, and the results were analyzed by qualitative content analysis. In the epidemiological study, the trained professionals applied the ASSIST and BI using systematic criterion to form a representative sample of employees. Data are represented as percentage of lifetime use, last 3-month use, risky use and suggestive of dependence use. According to the ASSIST score, each employee received either general information about drugs, BI or referral to specialized treatment. **Results:** Out of the 70 trained professionals 26 participated actively in the study. They considered that ASSIST facilitates talking about substances. From the 1310 interviewed employees, the lifetime use was 84% for alcohol, 50% for tobacco and 3% for sedative/hypnotics. Suggestive of dependence percentages were 0.8% for alcohol and 9.7% for tobacco. **Conclusion:** The use of action research procedure improved the implementation of early detection and intervention of hazardous/harmful substance use in the routine of this occupational health service. ASSIST was considered an important tool to deal with the problem without prejudice or stigma enabling the detection and intervention earlier and also the referral for treatment for those detected as suggestive of dependent.

Uniterms: Implementation, ASSIST-WHO, Workplace.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – MODELO DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL.....	29
--	----

LISTA DE SIGLAS

APA	-Associação Psiquiátrica Americana
APS	-Atenção Primária a Saúde
ASSIST	- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	- Alcohol Use Disorders Identification Test
CAGE	-Sigla referente às questões do instrumento “Cut down, Annoyed, Guilty and Eye opened”
CEBRID	- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CID-10	-Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição
DSM-IV	-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA	-Estados Unidos da América
GF	-Grupo Focal
IB	-Intervenção Breve
LSD	-Dietilamida do ácido lisérgico
MDEA	-Metildietanolamina
MDMA	-Metilendioximetanfetamina
OMS	-Organização Mundial da Saúde
PHC	- Primary Health Care
PIB	-Produto Interno Bruto
SNC	- Sistema Nervoso Central
UFPR	-Universidade Federal do Paraná
UNODC	- United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 DROGAS DEPRESSORAS.....	11
1.2 DROGAS ESTIMULANTES.....	15
1.3 DROGAS PERTURBADORAS.....	17
1.4 INTOXICAÇÕES AGUDAS, USO NOCIVO, DEPENDÊNCIA.....	19
1.5 ETIOLOGIA DA DEPENDÊNCIA.....	22
1.6 NEUROBIOLOGIA.....	23
1.7 DETECÇÃO PRECOCE.....	25
1.8 ASSIST(<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>)...	26
1.9 INTERVENÇÃO BREVE.....	27
1.10 PREVENÇÃO.....	30
1.11 DROGAS E A ECONOMIA.....	30
1.12 DROGAS E O AMBIENTE DE TRABALHO.....	31
1.13 PROMOÇÃO DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO.....	32
1.14 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	34
2 JUSTIFICATIVA.....	37
3 OBJETIVOS.....	38
3.1 OBJETIVO GERAL.....	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
4 ARTIGO CIENTÍFICO.....	39
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS.....	78

1 INTRODUÇÃO

As drogas psicotrópicas são substâncias que agem no Sistema Nervoso Central (SNC) e alteram o comportamento, o humor e a cognição. Possuem importante propriedade reforçadora e, portanto, são passíveis de auto-administração (WHO, 1981), podendo levar ao abuso e à dependência (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

O uso de substâncias psicotrópicas data de milhares de anos e podem ser encontrados vestígios de sua utilização desde a antiguidade (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010). Nas civilizações antigas e tribos indígenas, as plantas psicotrópicas como o ópio, a coca e a maconha eram bastante utilizadas vinculadas a rituais religiosos, culturais, sociais, estratégico militares, entre outros. As bebidas alcoólicas estiveram presentes em quase todas as civilizações de que se tem notícia (BOERNGEN-LACERDA, 2008). A Bíblia, no livro de Gênesis, relata a embriaguez de Noé após o dilúvio (GÊNESIS, 9: 21), assim como o uso do vinho nas festas sagradas. Relatos do uso de tabaco são encontrados no período do Brasil colônia, inclusive sendo qualificado, naquele período, como a “erva santa” pela qual os portugueses ficavam todo o dia e noite deitados nas redes a “beber fumo” e assim se embebedavam dele como se fosse vinho (CARNEIRO, 2010).

De acordo com a classificação do pesquisador francês Chaloult pode-se classificar as drogas psicotrópicas em três grupos (CHALOULT, 1971):

Drogas Depressoras – são substâncias psicotrópicas que diminuem a atividade do SNC (álcool, benzodiazepínicos, solventes/ inalantes, opiáceos);

Drogas Estimulantes – são substâncias psicotrópicas que estimulam a atividade do SNC (derivados de cocaína, anfetaminas, nicotina);

Drogas Perturbadoras - são substâncias psicotrópicas que alteram o funcionamento do SNC que resultam em alterações mentais, entre as quais, delírios e alucinações (maconha, LSD, ayahuasca - bebida ingerida no ritual do Santo Daime).

1.1 DROGAS DEPRESSORAS

Dentre as drogas depressoras destacam-se o álcool, os benzodiazepínicos, os solventes/inalantes e os opiáceos.

O **álcool** é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade (CARLINI *et al*, 2001). A influência dos fatores socioculturais é mostrada em diversas pesquisas que indicam a influencia tanto para o início quanto para continuidade do uso dessa substância (BOBO; HUSTEN, 2000). Apesar da aceitabilidade sociocultural do consumo do álcool, seu uso indevido

acarreta problemas diversos. Estima-se que 20-30% dos problemas do mundo estejam relacionados ao consumo do álcool (WHO, 2002), entre eles hipertensão; doenças cardiovasculares (CARLINI *et al*, 2001; WHO, 2002); câncer de fígado; cirrose hepática (MINCIS; MINCIS, 2010; WHO, 2002); homicídios e acidentes de trânsito (WHO, 2002). No Paraná, uma avaliação de processos de homicídios ocorridos entre 1990 e 1995 mostrou que 58,9% dos autores dos crimes e 53,6% das vítimas estavam sob o efeito do álcool no momento da ocorrência criminal (DUARTE; CARLINI-COTRIM, 2000). Vários estudos indicam que grande parte dos acidentes de trânsito é provocada por motoristas que dirigiam sob o efeito do álcool, reforçando a correlação entre os acidentes rodoviários e o uso do álcool. Um estudo realizado em 4 capitais brasileiras – Recife, Brasília, Curitiba e Salvador – com vítimas não fatais envolvidas em acidentes de trânsito, indicou que em 61% dos casos havia a presença de álcool (VIAPIANA, 2006).

No Brasil, o consumo *per capita* de álcool puro em 1991 foi de 3,6 litros (GAZAL-CARVALHO *et al*, 2002), tendo um aumento em 2004 para 8,32 litros *per capita* (SILVEIRA *et al*, 2008). O segundo Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, realizado pelo CEBRID, (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas), mostrou que a prevalência dos entrevistados classificados como dependentes de álcool era de 12,3%, com maior prevalência para o sexo masculino, (19,5%), do que para o feminino, (6,9%). De acordo com o levantamento, para cada 6 pessoas do sexo masculino que faça uso de álcool, uma ficará dependente, enquanto que a proporção para o sexo feminino é de 10:1 (CARLINI *et al*, 2006). Outros estudos também mostram maior prevalência de dependência de álcool para pessoas do sexo masculino em relação ao sexo feminino (CHAIEB; CASTELLARIN, 1998; CAMPOS; LOFFREDO; ALMEIDA, 2007), e do maior consumo de bebidas alcoólicas pelos homens, estudantes universitários, em relação às mulheres universitárias (GALDURÓZ; CAETANO, 2004). Quando o foco de estudo está entre crianças e adolescentes, o álcool também é colocado como a droga de escolha dessa população (WHO, 2004), sendo que vários estudos sugerem que a idade de início do consumo vem se tornando cada vez mais precoce o que, por sua vez, acarreta em maior risco de desenvolvimento de dependência (VIEIRA; RIBEIRO; ROMANO; LARANJEIRA, 2007).

Países como o Brasil, Chile e México têm proporção relativamente elevada de abstêmios, mas o consumo *per capita* dos bebedores é consideravelmente mais alto que a média da população mundial, o que é altamente relevante, já que quanto mais alta a média de consumo em uma população, maior será a prevalência dos danos relacionados ao álcool (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

Os **benzodiazepínicos** foram desenvolvidos em 1960 em resposta à necessidade de ansiolíticos seguros e eficazes. São clinicamente utilizados pelas propriedades sedativa, ansiolítica, anticonvulsivante e miorrelaxante (LICATA; ROWLETT, 2008). Esses medicamentos têm baixo potencial de abuso quando prescritos adequadamente e seu uso supervisionado, contudo a dependência a essa substância costuma ocorrer quando são usados em doses mais altas do que às prescritas ou por períodos prolongados (MARANGELL; SILVER; MARTINEZ; YUDOFISKY, 2004). Em um estudo com foco nas orientações médicas sobre os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos, verificou-se um baixo índice de orientações sobre a possibilidade de dependência desses medicamentos por parte do médico, além de um alto índice de uso do benzodiazepínico por mais de um ano entre os pacientes regularmente atendidos. Tais achados podem ser um indicativo da despreocupação dos médicos para a questão de dependência dos benzodiazepínicos (AUCHEWSKI; ANDREATINI; GALDURÓZ; BOERNGEN-LACERDA, 2004). Outro estudo realizado sobre as prescrições de benzodiazepínicos atentou para o fato da existência de prescrições inadequadas poderem estar relacionadas à subestimação dos efeitos colaterais dessas substâncias por parte dos prescritores (NORDON; HÜBNER, 2009).

Embora um número relativamente pequeno de pacientes tratados com benzodiazepínicos por indicações médicas abuse da medicação prescrita, existem indivíduos que fazem o uso abusivo desses medicamentos, principalmente, para automedicar os efeitos colaterais de outra droga como, por exemplo, a irritabilidade e agitação causadas pelo uso da cocaína (O' BRIEN, 2006).

De acordo com o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, constatou-se o uso na vida de benzodiazepínicos em 5,6% dos entrevistados, o que corresponde a uma população de 2.841.000 pessoas. Nesse mesmo levantamento foi constatado o uso maior desses medicamentos entre as mulheres em relação aos homens em uma proporção de 2:1 (CARLINI *et al*, 2006). A maior prevalência de uso de benzodiazepínicos entre o sexo feminino é vista na literatura científica (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000; NORDON; HÜBNER, 2009).

Solventes são substâncias capazes de dissolver outras substâncias. Em geral, os solventes orgânicos são substâncias altamente voláteis e, portanto, podem ser inaladas através do nariz ou da boca. Nem todas as substâncias utilizadas para inalação são solventes como, por exemplo, o gás carbônico (GALDURÓZ; NOTO, 2010). Embora exista diferença entre as essas duas classes a literatura científica não se preocupa em distinguí-las, portanto, neste trabalho serão utilizadas de forma indistinta citada como solventes.

Os primeiros casos da inalação voluntária de substâncias voláteis para alterar o psiquismo foram descritas na década de 1950, período próximo à fabricação de produtos industriais que continham solventes voláteis em sua composição, tais como colas, aerossóis, gasolina (GALDURÓZ; NOTO, 2010), esmalte de unhas e tintas (BARRETO, 2000). Esses produtos contêm substâncias pertencentes aos hidrocarbonetos como, por exemplo, tolueno, xilol, n-hexana, acetato de etila, tricloroetileno, os quais são responsáveis pelo efeito psicotrópico dos solventes (CARLINI; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 2001).

Os solventes podem penetrar no organismo pelas vias respiratórias, oral ou através da pele, entretanto o uso visando alterações psíquicas se dá pela inalação da substância. O uso dos solventes pode gerar numerosas conseqüências. Podem ocorrer injúrias na pele, tais como dermatites e queimaduras, alterações no tecido e na função cardiovascular, doenças pulmonares, toxicidade hepática, anemias e leucemias. A morte resultante dos efeitos tóxicos diretos do solvente decorre por asfixia, arritmia cardíaca, depressão respiratória ou traumas acidentais (RIDENOUR; BRAY; COTTLER, 2007).

Nos últimos dez anos, a utilização dos solventes de forma abusiva aumentou entre as crianças do ensino fundamental, adolescentes e alguns adultos (MACLVER, 2009), muito provavelmente, pela facilidade de acesso a esses em casa, em escolas e em locais de trabalho (RIDENOUR; BRAY; COTTLER, 2007). Tradicionalmente, o uso na vida de solventes é alto no Brasil, segundo o 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, realizado pelo CEBRID, o uso na vida de solventes foi de 15,4% dos entrevistados, sendo a droga ilícita que apareceu em primeiro lugar nesse padrão de consumo nas 27 capitais. Quando a comparação de prevalências para o uso de solventes enfoca os países, o Brasil aparece como o país com maior prevalência de uso na vida não sendo ultrapassado por nenhum outro país, tanto das Américas quanto da Europa (GALDURÓZ; NOTO; FONSECA; CARLINI, 2004).

O **ópio** é o látex retirado do fruto da papoula. Todos os fármacos derivados do ópio, naturais, semi-sintéticos ou sintéticos são denominados opiáceos. Os opiáceos naturais principais são a morfina, a codeína e a papaverina, sendo a morfina o alcalóide em maior proporção no ópio. A partir da morfina, é sintetizada a heroína, um opiáceo semi-sintético mais potente que a morfina. A metadona é um opiáceo sintético (O'BRIEN, 2006).

Os opiáceos são usados principalmente no combate a dor, entretanto também são utilizados com caráter abusivo. Segundo o Relatório Anual de drogas 2010, no

mundo mais de 15 milhões de pessoas consomem opiáceos ilícitamente, (ópio, morfina e heroína), entretanto o maior uso é em relação à heroína. O relatório mostra o Afeganistão como o principal produtor mundial do ópio ilícito nos últimos anos, representando cerca de 90% da produção mundial (UNITED NATIONS, 2010).

1.2 DROGAS ESTIMULANTES

Entre as drogas estimulantes destacam-se àquelas derivadas da cocaína, as anfetaminas e a nicotina.

A **cocaína** é o principal alcalóide extraído das folhas do arbusto *Erythroxylum coca*. Numerosas lendas andinas se referem ao uso das folhas em associação aos mistérios sagrados da fertilidade, da sobrevivência, da morte e das práticas curativas (FERREIRA; MARTINI, 2001). Pelos padrões culturais dos países andinos, as folhas da coca, ainda hoje, são usadas para mascar com finalidade de produzir sensações de bem estar e diminuir a fadiga, (CAZENAVE, 2010).

A cocaína pode chegar até o consumidor sob a forma de sal, o cloridrato de cocaína chamado de pó, ou sob forma de base, o crack e a merla. O cloridrato de cocaína pode ser aspirado e, quando dissolvido em água, pode ser administrado pela via endovenosa. O crack e a merla são pouco solúveis em água, entretanto, se volatizam em temperatura relativamente baixa quando aquecidos o que permite que sejam fumados, diferentemente do cloridrato de cocaína que sofre ebulição em temperaturas mais altas impedindo que seja fumado, (CARLINI *et al*, 2001).

Nos Levantamentos Domiciliares Nacionais sobre drogas realizados pelo CEBRID em 2001 e 2005, se pode constatar um aumento da prevalência de uso na vida de cocaína de 2,3% para 2,9%, respectivamente, assim como no uso de crack entre a população masculina de 0,7%, em 2001, para 1,5% em 2005 (CARLINI *et al*, 2006).

As **anfetaminas** tiveram suas propriedades estimulantes descobertas em 1927. Inicialmente eram comercializadas como descongestionantes nasais, mas após a descoberta dos efeitos estimulantes o antigo uso foi abandonado (NAPPO; SANCHEZ; NOTO, 2010). Na Segunda Guerra Mundial as anfetaminas foram utilizadas pelos soldados para aplacar a fome, a fadiga e o sono (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

O reconhecimento do potencial da dependência causada pelas anfetaminas emergiu gradualmente. Embora existisse o uso terapêutico em narcolepsia e redução de peso, sua utilização maior era devido às propriedades estimulantes, uso que se estende até os dias de hoje (NAPPO; SANCHEZ; NOTO, 2010). Os efeitos de diminuição do sono e o aumento da capacidade de trabalho fizeram das anfetaminas substâncias muito difundidas entre os motoristas de veículos automotores. Em um

estudo realizado com 318 motoristas de caminhão, 97% afirmaram ter utilizado o medicamento para não dormir (WENDLER; BUSATO; MIYOSHI, 2003). Em outro estudo, de mesmo enfoque, de um total de 91 caminhoneiros 66% costumavam fazer o uso de anfetaminas durante o percurso da viagem, sendo que 27% usavam diariamente a substância e 60% utilizavam de duas a três vezes por semana (NASCIMENTO; NASCIMENTO; SILVA, 2007).

O **tabaco** é uma planta de nome científico *Nicotiana tabacum*. Seu consumo é através do fumo na forma de cigarros, charutos ou cachimbos. Sabe-se que o tabaco possui mais de 4 mil substâncias, e os efeitos de muitas ainda não foram adequadamente estudados. A substância responsável pela dependência ao tabaco é a nicotina. Entretanto, o processo da queima do cigarro produz monóxido de carbono e dezenas de outros produtos tóxicos que desencadeiam diversas doenças, (CAZENAVE, 2010). O uso do tabaco possui relação com doenças cardiovasculares; distúrbios respiratórios e gastrointestinais (BARRETO, 2000; HONJO *et al*, 2010), além de várias neoplasias relacionadas ao tabagismo como da cavidade oral; da bexiga; da laringe; do esôfago; do colo uterino; do rim; do pulmão e leucemia mielóide aguda (ZAMBONI, 2002). O tabagismo também gera conseqüências durante a gravidez. O ato de fumar durante o período gestacional é considerado o principal fator de risco, passível de prevenção, da morte fetal e de outras complicações durante a gravidez (RÖSKE *et al*, 2009), como, por exemplo, o aborto espontâneo. A exposição crônica do feto e de bebês a um ambiente sob influência do tabaco acarreta em infecções do trato respiratório; exacerbação asmática; câncer de pulmão infantil e morte súbita (THYRIAN *et al*, 2006).

Nos Levantamentos Domiciliares Nacionais, realizado pelo CEBRID em 2001 e 2005, existiu um aumento na prevalência no uso na vida de tabaco entre os entrevistados. Em 2001, a prevalência de uso alcançou taxa de 41,1%, enquanto em 2005, a prevalência aumentou para 44%. Embora tenha existido um aumento na prevalência de uso nacional, as taxas encontradas foram inferiores às de outros países como no Chile, 72%, e nos EUA, 67,3%. O total de dependentes foi semelhante entre 2001, 9%, e 2005, 10,1%. A proporção de uso na vida e dependência para tabaco mostra dados idênticos para ambos os sexos (CARLINI *et al*, 2006).

A epidemia do tabagismo causa, no momento, a morte de 5,4 milhões de pacientes em todo mundo (ZOTTIS, 2009), e estima-se que, em 2025, o total de mortes causadas pelo tabaco atinja 10 milhões de pessoas (FERREIRA, 2010).

1.3 DROGAS PERTURBADORAS

Entre as drogas perturbadoras destacam-se a maconha e os alucinógenos.

A **maconha** é o nome dado no Brasil a uma planta conhecida cientificamente por *Cannabis sativa*, a qual sintetiza, além de outros compostos o ácido delta-9-tetra-hidrocanabinol ou THC, principal responsável pelas atividades psicofarmacológicas da planta (MISSHIMA *et al*, 2001). A maconha é, atualmente, uma das drogas ilícitas mais consumidas em diversos países podendo ser cultivada em várias partes do planeta (CAZENAVE, 2010). Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas 2010, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes, (UNODC), a maconha continua sendo a substância ilícita mais amplamente produzida, entretanto é difícil estimar de forma acurada a localização e o total de hectares que produzem maconha. Ainda de acordo com o relatório, foram encontradas evidências de cultivos *indoor* da planta para fins comerciais em, no mínimo, 29 países, dentre eles países da América do Norte, da Europa e Oceania, na Argentina e África do Sul (UNITED NATIONS, 2010).

De acordo com o II Levantamento Domiciliar de uso de drogas no Brasil, realizado pelo CEBRID em 2005, a prevalência do uso na vida de maconha foi de 8,8%, com a taxa mais alta de uso entre o sexo masculino (14,3%), do que no sexo feminino (5,1%). Em comparação a outros países, como Estados Unidos da América (EUA) (40,2%), Reino Unido (30,8%), a prevalência nacional mostrou-se menor com resultados próximos aos vistos na Grécia (8,9%), e Polônia (7,7%), (CARLINI *et al*, 2006). Estima-se que cerca de 190 milhões de pessoas no mundo utilizaram a maconha no ano de 2008 (UNITED NATIONS, 2010).

Os **alucinógenos** são substâncias que, em doses não tóxicas, provocam delírio ou alucinações, sem produzir perda da consciência. Existem alucinógenos sintéticos, semi-sintéticos e naturais.

Os **alucinógenos naturais** são encontrados em diversas espécies de fungos e plantas que contêm substâncias capazes de induzir estados anormais de consciência, tais como fungos dos gêneros *Psilocybe*, *Panaeolus*, *Omphalotus*, e plantas como o cactus *Lophophora williamsii*, conhecido como peyote, e o *Coryphantha acromeris* (ARTAL, 2005). Dentre os alucinógenos naturais, o uso da Ayahuasca vem sendo difundido por conta do crescimento de movimentos religiosos organizados que a consagram em seus rituais. O chá da ayahuasca é obtido pela infusão do cipó *Banisteriopsis caapi* e as folhas do arbusto *Psychotria viridis* as quais possuem, respectivamente, as substâncias harmina e a N, N-dimetiltriptamina, (DMT), causadoras dos efeitos do chá (CAZENAVE, 2010). Embora essa bebida seja comum a diversas tribos de grande parte da América do Sul, somente no Brasil desenvolveram-se

religiões não-indígenas que utilizam a ayahuasca em seus rituais, por exemplo: a seita religiosa Santo Daime, a Barquinha e a União do Vegetal. A liberação para uso desta substância em rituais religiosos no Brasil provocou um aumento significativo dos adeptos do uso do chá (COSTA; FIGUEIREDO; CAZENAVE, 2005).

O mais conhecido e estudado alucinógeno semi-sintético é a dietilamida do ácido lisérgico, (LSD). O **LSD** foi sintetizado pela primeira vez em 1943, pelo químico alemão Albert Hoffmann sendo derivado do ácido lisérgico o qual ocorre naturalmente como um produto metabólico do fungo *Claviceps purpúrea*, mas que não apresenta propriedades alucinógenas (SANDERS-BUSH; MAYER, 2006). A forma mais comum de introdução do LSD no organismo é por absorção sublingual através de um pequeno pedaço de papel impregnado com LSD (CAZENAVE, 2010).

Em relação aos alucinógenos sintéticos pode-se citar a 3, 4 – metilenodioximetanfetamina ou ecstasy (MDMA), e metilenodioxietilanfetamina (MDEA).

O **ecstasy** foi sintetizado e patenteado na Alemanha pela Merck, em 1914, com intuito de ser um moderador de apetite, entretanto seus efeitos colaterais inviabilizaram o comércio do produto. Apenas em 1978, a comunidade científica tomou conhecimento do possível uso da substância na terapêutica, contudo tal propósito foi descartado (ZOTTIS, 2009). O ecstasy poderia ser classificado como um psicoestimulante por ter efeitos semelhantes ao da cocaína, porém a *American Psychiatric Association* o agrupou juntamente aos alucinógenos devido ao potencial de alucinações ocasionais e *flashbacks* quando usado em doses extremamente altas (CAZENAVE, 2010). O uso do ecstasy produz euforia, aumento de energia emocional e física, elevação da auto-estima, simpatia com sensação de proximidade e intimidade com as pessoas ao redor, melhorando a comunicação e a relação com essas. Em contrapartida, as psicopatologias associadas ao ecstasy podem se apresentar como complicações agudas até 24 horas após a ingestão, (ansiedade, insônia, *flashbacks*, ataques de pânico e psicoses), subagudas de 24 horas até um mês após a ingestão (depressão, ansiedade e irritabilidade), crônicas quando manifestadas após um mês do uso (distúrbio do pânico, psicose, depressão, *flashbacks*), e efeitos irreversíveis em longo prazo (FERIGOLO; MEDEIROS; BARROS, 1998). Estudo de caso apresentou a psicose persistente e complicações médicas de um paciente 4 meses após uma única ingestão do êxtase (POTASH; GORDON; CONRAD, 2009), reforçando a hipótese do aparecimento das complicações em períodos subseqüentes a uma única dose (CAZENAVE, 2010).

O **MDEA** surgiu como um substituto do ecstasy com efeitos menores, mas similares a esse. Há, relativamente, poucos relatos na literatura sobre o MDEA que

abordem seus efeitos, embora alguns usuários relatem os mesmos efeitos do ecstasy (CAZENAVE, 2010).

O uso de qualquer das substâncias psicotrópicas possibilita ao indivíduo alcançar aquilo que lhe pareça inacessível: ultrapassar os próprios limites, buscar o prazer, diminuir tensões e sofrimentos, inserir-se na sociedade e obter sucesso (BOERNGEN-LACERDA, 2008). A partir desse comportamento de busca da felicidade o uso de drogas pode evoluir para intoxicação aguda ou para uso contínuo da substância atingindo problemas, (abuso), ou dependência (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

1.4 INTOXICAÇÕES AGUDAS, USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA

As intoxicações agudas podem acontecer como resultado de um único episódio de consumo da substância. Nesse caso podem aparecer sintomas como ataxia, vômito, febre, confusão, perda da consciência, além de possíveis envolvimento com acidentes, lesões, problemas domésticos, violência, prática sexual insegura e/ou não intencionais e desempenho reduzido no trabalho. O uso contínuo e a dependência de drogas podem levar o indivíduo a ter problemas físicos, mentais e sociais, os quais demoram um tempo para se desenvolverem, tais como a diminuição da imunidade, infecções, ansiedade, depressão, problemas do sono, sintomas de abstinência quando o uso é diminuído ou interrompido, dificuldades financeiras, problemas legais, problemas de relacionamento e problemas no trabalho (HUMENIUK; POZNYAK, 2004a).

Para diagnosticar indivíduos que apresentam problemas relacionados ao uso de drogas existem critérios propostos pela Classificação Internacional das Doenças, (CID-10), da Organização Mundial da Saúde, (OMS), (WHO, 1993), ou pelo Manual Diagnóstico Estatístico, (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana, (APA, 1994). Essas duas classificações consideram aquelas condições nas quais os indivíduos utilizam as drogas para alterar o humor e comportamento, e também estende o conceito para situações que ocorrem em decorrência do uso não intencional das substâncias ou como resultado de efeitos colaterais das mesmas. Dentro dos transtornos ocorridos pelo uso de substâncias estão classificadas a intoxicação, o uso nocivo/abuso, a dependência e a síndrome de abstinência (APA, 1994; WHO, 1993).

A intoxicação aguda é caracterizada por uma síndrome reversível, que ocorre após a administração recente da droga com alterações psicológicas ou de comportamento, resultantes dos efeitos fisiológicos diretos dessa sobre o SNC (APA, 1994; WHO 1993).

A característica essencial do uso nocivo/abuso de substâncias é o padrão mal adaptativo de uso que se manifesta por conseqüências adversas recorrentes e significativas relacionadas à repetição do uso da substância.

O quadro 1 apresenta as diretrizes diagnósticas propostas na CID-10, (WHO, 1993), para **uso nocivo** e no DSM-IV, (APA, 1994), para **abuso**.

CID-10 - uso nocivo -	DSM-IV – abuso -
<p>A- Padrão de uso que causa prejuízo à saúde. Pode ser físico ou mental. O diagnóstico requer prejuízo real causado à saúde física ou mental do indivíduo.</p> <p>B- Nenhum outro diagnóstico concomitante à síndrome de dependência da mesma classe de substância.</p>	<p>A- Padrão mal adaptativo de uso de substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um, ou mais, dos seguintes aspectos, que devem ocorrer dentro de um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Uso recorrente da substância que resulte em fracasso ao cumprir obrigações importantes relativas ao papel no trabalho, escola ou em casa. 2- Uso recorrente da substância em situações que represente perigo físico. 3- Problemas legais recorrentes, relacionados à substância 4- Uso continuado da substância apesar de problemas sociais, interpessoais persistentes ou recorrentes, causados e exacerbados pelos efeitos de substância. <p>B- Os sintomas jamais satisfazem critérios para Dependência de Substância a essa classe de substância</p>

QUADRO 1 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

FONTE CID10: WHO, 1993

FONTE DSM IV: APA, 1994

A dependência da substância caracteriza-se pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando a substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Nesse transtorno, existe um padrão de auto-administração repetida que, em geral, resulta em tolerância, síndrome de abstinência e comportamento compulsivo para o consumo da droga. A característica essencial da síndrome de abstinência é o desenvolvimento de uma alteração comportamental mal-adaptativa e específica à substância, com prejuízos fisiológicos e cognitivos, devido à cessação ou redução do uso pesado e prolongado da substância.

O quadro 2 apresenta as diretrizes diagnósticas propostas na CID-10, (WHO 1993), e no DSM-IV, (APA, 1994), para a **Dependência**.

CID-10 – dependência -	DSM-IV – dependência -
<p>Diagnóstico definitivo de dependência será feito, se três ou mais dos requisitos tiverem se manifestado ou exibidos, em algum momento, durante o ano anterior:</p> <p>A- Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;</p>	<p>Um padrão mal adaptativo de uso das substâncias, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos seguintes critérios, desde que ocorram a qualquer momento dentro do período de 12 meses:</p>

CID-10 – dependência -	DSM-IV – dependência -
<p>B- Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo;</p> <p>C- Estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessar ou for reduzido como evidenciado por síndrome de abstinência que se caracterize para a substância ou uso dela ou de outra intimamente relacionada com intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;</p> <p>D- Evidência de tolerância de tal forma, que seja necessária a administração de doses crescentes da substância psicoativa para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas. Exemplos claros desse fenômeno são observados em indivíduos dependentes do álcool ou de opiáceos que podem usar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes;</p> <p>E- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de substância psicoativa com conseqüente aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou usar a substância ou ainda para se recuperar dos efeitos;</p> <p>F- Persistência no uso da substância a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como danos ao fígado causados por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ou estado de humor depressivo conseqüente a períodos de consumo excessivo da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado ao uso da droga. Devem ser feitos esforços para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão dos danos causados pela droga.</p>	<p>1- Tolerância definida por qualquer um dos seguintes aspectos: A- Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou efeito desejado; B- Acentuada redução do efeito, causada pelo uso contínuo de uma mesma quantidade de qualquer outra substância.</p> <p>2- Abstinência manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: A- Síndrome de abstinência característica para a substância; B- A mesma substância ou outra estreitamente relacionada quando consumida para aliviar sintomas de abstinência.</p> <p>3- A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por períodos mais longos do que o pretendido.</p> <p>4- Existe desejo persistente ou esforço mal sucedido no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.</p> <p>5- Muito tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância ou à recuperação dos efeitos.</p> <p>6- Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.</p> <p>7- O uso contínuo da substância apesar de consciência de ter problema físico ou psicológico persistente, recorrente ou que tenda a ser causado e exacerbado pela substância, (ex. uso atual de álcool, embora o indivíduo reconheça que um problema hepático piorou pelo consumo do álcool)</p> <p>Especificar se: Com Dependência Fisiológica há evidências de tolerância ou abstinência, (presença do item um ou dois); e Sem Dependência Fisiológica, não existe evidência de tolerância ou abstinência, (se item um ou item dois não está presente).</p>

QUADRO 2 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPENDÊNCIA

FUNTE CID10: WHO, 1993

FUNTE DSM IV: APA, 1994

Nos critérios diagnósticos não se diferencia dependência fisiológica de dependência psicológica, como antigamente. A descrição da dependência fisiológica está presente uma vez que o quadro de síndrome de abstinência, que caracteriza seu diagnóstico, é relevante do ponto de vista clínico, pois muitas manifestações desta síndrome necessitam de intervenção médica. Porém, a dependência psicológica não recebe mais o *status* de diagnóstico de um tipo de transtorno, pois as manifestações

psicológicas características da dependência, (p. ex. compulsão, perda de interesse por outras atividades), estão normalmente presentes em todos os quadros de dependência. O termo adição, muito utilizado na língua inglesa, está muito relacionado aos componentes psicológicos de dependência, mas não possui diretrizes como um de diagnóstico diferenciado dentro dos critérios diagnósticos DSM IV e CID 10 (BOERNGEN-LACERDA, 2008). Costuma-se considerar como central para a manifestação da adição, a presença da compulsão ou fissura, (craving). Segundo o *National Institute of Health*, (NIH), dos EUA, a adição é explicitada pelo uso compulsivo e procura abusiva da droga, apesar das várias conseqüências nocivas ao indivíduo (NIH, 2007)

1.5 ETIOLOGIA DA DEPENDÊNCIA

Atualmente, é comum se dizer que uma abordagem exclusivamente farmacológica do uso problemático das drogas não é suficiente e que os efeitos, tanto individuais e subjetivos quanto os sociais do uso de substâncias psicotrópicas, só podem ser entendidos a partir de uma perspectiva biopsicossocial (MacRAE, 2010). Assim, os transtornos causados pelo uso do álcool e outras drogas resultam da combinação de fatores genéticos, ambientais, sociais e psicológicos.

Vale ressaltar que os próprios critérios diagnósticos dispostos na CID-10 e no DSM-IV apresentam os problemas físicos, psíquicos e sociais, como igualmente importantes para o diagnóstico e, portanto, corroborando com a característica biopsicossocial da manifestação desses transtornos (GONÇALVES, 2005).

Dessa forma a etiologia da dependência de drogas tem caráter multidisciplinar. Admite-se que vários fatores biológicos, psicológicos e culturais contribuam para a gênese e manutenção da dependência. De acordo com a visão teórica da proposta de estudo, alguns desses aspectos podem ser mais enfatizados do que outros. Assim, pesquisadores ligados ao conceito de doença em relação às dependências de drogas, pesquisam preferencialmente as contribuições biológicas e genéticas, enquanto aqueles que adotam abordagens comportamentais procuram entender melhor os eventos antecedentes e conseqüentes que desencadeiam o início e a manutenção do consumo. Por outro lado, a Psicologia busca explicações para o transtorno pesquisando a relação entre a presença de comorbidades psicopatológicas (depressão; ansiedade; personalidade antissocial), e a dependência das drogas, e a Sociologia busca na vida social, legal e cultural fatores facilitadores do desenvolvimento da dependência (FORMIGONI; ABRAHÃO, 2010).

Alguns estudos, empenhados em uma explicação genética e ambiental, mostram a importância dos fatores sociais e genéticos na etiologia do uso indevido das substâncias psicotrópicas, onde existe uma variação no tipo de influência para o uso da substância em relação ao tempo de vida do indivíduo. Nesses estudos evidencia-se o início do uso de drogas sendo fortemente influenciado por fatores sócio-ambientais, enquanto a progressão de um único uso da substância para abuso ou dependência tendo maior influência dos fatores neurobiológicos, (KENDLER *et al*, 2008).

Corroborando com a visão biopsicossocial de influência para o uso indevido de drogas, estudos mostram que a maioria das pessoas que experimentam drogas com alto potencial de produzir dependência não intensifica seu uso nem perde o controle sob o uso da substância. No campo biológico pode-se expressar que, em geral, os efeitos das drogas variam entre os indivíduos (O'BRIEN, 2006), e embora os pesquisadores concordem quanto à influência genética no desenvolvimento da dependência de drogas, diferentes riscos genéticos podem afetar a transmissão de vulnerabilidade para tal transtorno (FORMIGONI; ABRAHÃO, 2010).

1.6 NEUROBIOLOGIA

Existem várias evidências que o uso indevido de drogas está baseado em um mecanismo biológico comum, no qual o uso da substância gera a ativação neural da via dopaminérgica, que se inicia na área tegmentar ventral e vai em direção ao núcleo *accumbens*. Embora cada droga possua seu mecanismo de ação, essa via é a mais importante via para os efeitos recompensadores agudos de todas essas substâncias (RANG *et al*, 2007). A dopamina, neurotransmissor liberado com a ativação dessa via, está relacionada com sensações prazerosas e também com motivação, cognição, movimento e emoção (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

A via de recompensa interage a serviço de funções biológicas primárias do comportamento de aproximação a um determinado objetivo, como, por exemplo, a recompensa fisiológica pela comida e água (CASTANHO; PLANETA; LÚCIA, 1992). O SNC possui conexões que garantem a repetição das atividades de manutenção da vida associando-as com prazer ou reforço (reforçadores primários como comer, fazer sexo). Quando o circuito de motivação e recompensa é ativado, o cérebro nota que algo importante está acontecendo, que precisa ser lembrado e isso ensina a repeti-lo, muitas vezes, sem pensar. Como as drogas ativam a via de recompensa em dimensões 2 a 10 vezes maiores do que os reforçadores primários, ocorre uma superestimulação das sensações prazerosas, da motivação, cognição e movimento do indivíduo, com a informação aos circuitos cerebrais de que algo importante para a manutenção da vida

está acontecendo, acarretando na repetição do comportamento de busca pela droga (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

A via da recompensa também está operacionalmente relacionada às propriedades reforçadoras das drogas, fundamentais no potencial de abuso destas. O reforço ou estímulo reforçador é a capacidade que a droga tem de criar e manter hábitos e comportamentos relacionados a ela, ou seja, o hábito da auto-administração da substância. O reforço pode ser positivo ou negativo. O reforço positivo refere-se à capacidade da droga de produzir efeitos agradáveis e sensações prazerosas, enquanto que o reforço negativo está centrado na capacidade da droga de diminuir sensações desagradáveis. Em muitos casos é difícil separar qual tipo de reforço predomina em determinada situação, (BOERNGEN-LACERDA, 2008), já que uma mesma substância pode ser considerada um reforçador positivo, ou negativo, dependendo do contexto e do estado do organismo do indivíduo que a consome (FORMIGONI; ABRAHÃO, 2010). Por exemplo, o etanol pode apresentar reforço positivo ao promover a sensação prazerosa e, em contrapartida, age como reforço negativo ao ser utilizado para conter os sintomas de abstinência apresentados na falta da substância (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

Inicialmente, o uso da droga pode ser voluntário, buscando o prazer e as suas propriedades reforçadoras, sem determinar adição ou dependência. Entretanto, o uso repetido da substância promove neuroadaptações, que durante um período, que varia de indivíduo para indivíduo e de situação para situação, ainda são reversíveis e constituem o que se chama de fase de transição para a adição. É nessa fase que ocorre o aprendizado do uso da droga, e começam a aparecer os problemas associados ao consumo e que são importantes para motivar o usuário a diminuir ou parar com o uso, pois nesse período as neuroadaptações ainda são relativamente fáceis de serem revertidas, desde que o usuário esteja motivado para a mudança de comportamento. A partir desse momento começam as adaptações no sistema de recompensa que se ajustam a nova situação e liberação de dopamina em níveis diferentes do fisiológico. Essas alterações fazem com que a droga seja menos prazerosa, fazendo com que o indivíduo necessite de doses maiores para a ativação do sistema de recompensa agora adaptado (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

Com o uso continuado, a perda do controle se instala, se caracterizando a fase da adição, com a consolidação das mudanças neuroadaptativas da fase de transição. Nesta fase, normalmente o indivíduo já obteve perdas físicas, financeiras, sociais e psicológicas. O indivíduo adicto procura a droga mesmo na evidência de conseqüências negativas e graves (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

1.7 DETECÇÃO PRECOCE

O conceito de triagem na saúde pública e intervenção precoce têm ganhado popularidade nos locais médicos, em parte, por conta do sucesso de ações preventivas realizadas após a detecção precoce de doenças como hipertensão, diabetes e câncer cervical. Por isso, o interesse vem aumentando em relação à detecção de pacientes com comportamentos de risco que levam a desenvolver doenças (BABOR *et al.*, 2004; FLEMING, 2004).

O termo triagem refere-se à aplicação de um teste aos membros de uma população para estimar a probabilidade de possuírem desordem específica, ou seja, não se trata de um diagnóstico e sim probabilidade da existência da desordem pesquisada (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001).

Baseando-se no fato que a dependência do uso de substância envolve mecanismos adaptativos que se agravam de forma gradativa, o processo de detecção precoce torna-se de alta relevância para a intervenção do problema de uso de drogas antes da consolidação do transtorno. Além da importância da detecção nesta fase do uso da substância pode-se incluir aos seus benefícios a detecção de indivíduos dependentes que poderão ser encaminhados para o tratamento especializado. Nesse ínterim, o processo de triagem seria um início para a detecção precoce e a intervenção do uso de substâncias.

Com essa finalidade, tem-se observado um número crescente de pesquisas no desenvolvimento de instrumentos de triagem para detecção do uso de drogas que sejam válidos, confiáveis e de baixo custo (BABOR *et al.*, 1989; BABOR *et al.*, 2001; RIBEIRO, 1999; RIBEIRO *et al.*, 2002).

Entre vários instrumentos de triagem existentes no mundo alguns foram validados no Brasil.

O instrumento CAGE (acrônimo do inglês referente às perguntas do instrumento: Cut down, Annoyed, Guilty and Eye opened), validado no Brasil, é muito simples, entretanto somente os dependentes mais graves são identificados com o uso do instrumento. Seu nome deriva da abreviatura das quatro perguntas existentes no instrumento em inglês, (MASUR; MONTEIRO, 1983):

C- *Cut down*- Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

A- *Annoyed*- Você fica aborrecido quando as pessoas criticam seu modo de beber?

G- *Guilty*- Você se sente culpado pela maneira como costuma beber?

E- *Eye-opened*- Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou sinais de ressaca?

Outro instrumento de triagem validado no Brasil é o AUDIT, (*Alcohol Use Disorders Identification Test* – Teste para identificação de transtornos pelo uso do álcool), (MÉNDEZ, 1999; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003). Esse instrumento foi desenvolvido pela OMS em meados de 1980, e permite a detecção dos diferentes níveis de problemas associados a diferentes padrões de uso do álcool (SAUNDERS *et al*, 1993; BABOR *et al*, 2001).

O sucesso do AUDIT para a detecção de problemas relacionados ao álcool alertou para a necessidade do desenvolvimento de um instrumento seguro para a detecção de todas as drogas psicotrópicas. Assim, com o apoio da OMS, um grupo internacional de pesquisadores desenvolveu o ASSIST, (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* – Teste de Detecção do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias), (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

No período de 1997-1999, deu-se a fase I do desenvolvimento do ASSIST. Este momento, realizado em vários países, envolveu o planejamento e desenvolvimento preliminar do questionário com a demonstração da viabilidade e segurança do instrumento (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

A fase II, compreendida entre os anos de 2000 e 2002, foi realizada a validação internacional do instrumento em vários serviços de atenção primária à saúde (APS), (HUMENIUK *et al.*, 2008).

Durante a fase III, conduzida entre 2002 e 2007, foi comprovada a eficácia da detecção precoce acoplada a uma IB em APS, quando conduzida por pesquisadores (HUMENIUK, 2008).

Em 2008 foi iniciada a fase IV do ASSIST. Esta fase está em andamento visando à disseminação do ASSIST com estudos internacionais sobre a eficácia, detecção e intervenção breve nos mais diversos ambientes promotores de saúde.

1.8 ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*)

O ASSIST é um questionário de triagem desenvolvido para detectar o uso de risco/nocivo e dependência de álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas, solventes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opiáceos e outras substâncias. É constituído de oito questões as quais abordam a frequência de uso, na vida e nos três últimos meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas,

tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002; HENRIQUE *et al.*, 2004; HUMENIUK *et al.*, 2008). O ASSIST mostrou bons índices de sensibilidade (variando de 54 a 97%) e especificidade (variando de 50 a 96%) e sua consistência interna foi considerada boa (α de Cronbach variando de 0,77 a 0,94) (HUMENIUK *et al.*, 2008). O ASSIST pode ser utilizado por profissionais de diversas formações, desde que treinados para tal procedimento.

As perguntas do ASSIST quantificam intensidade, uso e frequência dos problemas associados ao uso do indivíduo. Uma vez respondido o questionário, a pontuação alcançada indica o grau de envolvimento com as substâncias. Indivíduos que pontuem até 10 para álcool ou até 3 para outras drogas, são considerados usuários ocasionais de baixo risco. Se a pontuação estiver entre 11 e 26 para o álcool, entre 4 e 18 para tabaco, ou entre 4 e 26 para outras drogas o indivíduo é classificado na faixa de uso de risco, ou seja, ainda não é dependente porém seu uso está propiciando o agravamento dos problemas e uma possível dependência, portanto deve receber uma intervenção breve. Indivíduos que alcançam pontuações acima de 18 para tabaco ou acima de 26 para as demais drogas são considerados como possíveis dependentes para a substância e devem ser encaminhados para tratamento especializado (HOLMWOOD; MARRIOT; HUMENIUK, 2008).

O ASSIST é direcionado principalmente aos profissionais que trabalham em locais de APS, tais como unidades de saúde e ambulatórios, entretanto seu uso pode ser útil para outros profissionais e outros locais que trabalham com pessoas que possam ter problemas relacionados ao uso de drogas (HUMENIUK; POZNYAK, 2004), como já foi avaliado em hospitais, (HUMENIUK *et al.*, 2008), em clínicas de saúde mental (SPEAR *et al.*, 2009), e em prisões (HOLMWOOD; MARRIOT; HUMENIUK, 2008).

O instrumento ASSIST ainda não foi utilizado como instrumento de avaliação epidemiológica.

1.9 INTERVENÇÃO BREVE

Tanto o AUDIT quanto o ASSIST podem ser seguidos pela Intervenção Breve, (IB), uma vez que esses instrumentos permitem a detecção do padrão de uso dos indivíduos.

A prática da IB para promover a mudança de comportamento de uso de drogas foi proposta, entre outros autores, em 1972, no Canadá, por Sanchez-Craig e

colaboradores, como abordagem psicoterapêutica em usuários de álcool (MARQUES; FURTADO, 2004).

A IB consiste de uma orientação semi estruturada baseada na entrevista motivacional, com duração de 5 a 30 minutos. A realização da IB visa, principalmente, auxiliar o usuário de risco/nocivo a diminuir ou parar o seu uso da substância antes do agravamento do problema com a dependência.

A IB possui seis elementos essenciais que são identificados pela sigla FRAMES, cujas letras significam *Feedback*, *Responsibility*, *Advice*, *Menu*, *Empathy* e *Self-efficacy* e serão descritos a seguir (MILLER; ROLLNICK, 2001):

Feedback- após a aplicação de um dos instrumento de triagem adequado, é feita uma devolutiva ao paciente sobre seu padrão de consumo das substâncias apresentando a pontuação alcançada no questionário. O feedback pode ser um elemento potente na motivação para a mudança.

Responsibility- esse elemento refere-se à ênfase na responsabilidade pessoal do paciente para a atitude de mudança. O princípio é que a mudança acontece pela vontade dele e, portanto a utilização das informações colocadas depende de uma decisão pessoal do paciente.

Advice – esse elemento fundamenta-se na disponibilização ao paciente de orientações claras e recomendações sem, entretanto atingir o mérito moral ou social.

Menu – refere-se ao fornecimento de uma variedade de estratégias compatíveis a realidade do paciente como comportamentos alternativos ao uso da substância.

Empathy – esse elemento é um forte determinante da motivação e mudança do paciente. Refere-se à postura que deve ser adotada pelo profissional na realização da IB desempenhando um papel solidário e compreensivo.

Self-efficacy – este elemento está focado no reforço da auto-eficácia, da esperança ou do otimismo do paciente, por parte do profissional realizador da IB. A meta é persuadir o paciente de que ele é capaz de fazer uma mudança bem sucedida na área em que apresenta problemas.

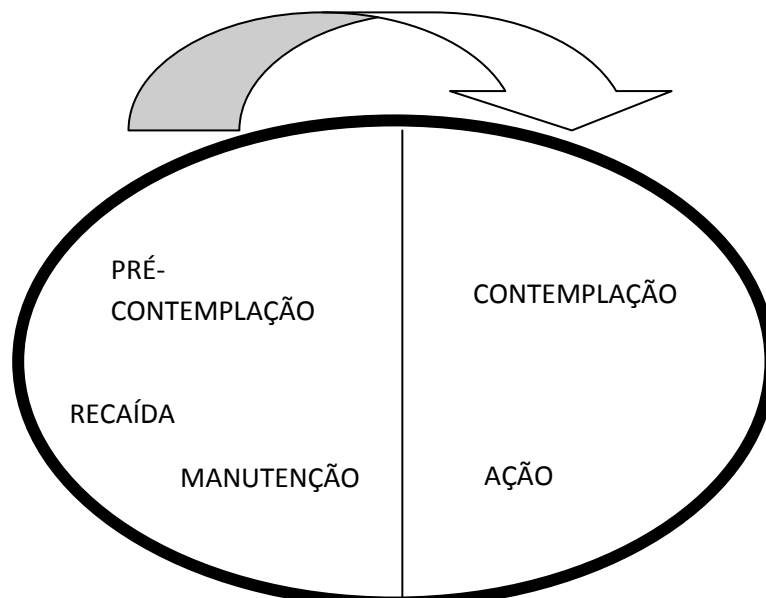
A *entrevista motivacional*, na qual a IB está baseada, postula que a motivação é um estado de prontidão para a mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra, e que é passível de ser influenciada, por acontecimentos, intervenções e tratamentos, não sendo, pois, um traço de personalidade (FIGLIE, 2010).

Um modelo útil de como ocorre a mudança foi desenvolvido pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente, (1982, citado por MILLER; ROLLNICK, 2001), e

foi chamado de Modelo de Mudança. Com esse modelo é possível avaliar a prontidão ou a disposição do paciente para a mudança de acordo com o estágio em que ele se encontra. Os estágios propostos nesse modelo são: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção, sendo que o paciente apresenta características específicas para ser enquadrado em cada estágio. Assim, a IB deverá ser compatível ao seu estágio de mudança visando ajudá-lo a explorar e a resolver suas ambivalências sobre o uso da droga e a partir daí mover-se através dos estágios.

Os indivíduos no estágio de pré-contemplação não estão pensando em mudar, na verdade, eles podem não reconhecer o comportamento como um problema, ou pelo menos não acreditam ser tão problemático quanto observadores externos percebem. Indivíduos em contemplação estão suscetíveis a receber informações, estão dispostos a considerar o problema e a possibilidade de mudar seu comportamento. Indivíduos em ação caracterizam-se por tomarem a decisão da mudança colocando em prática estratégias e planos. No estágio de manutenção o paciente mantém suas atitudes do estágio de ação alcançando uma mudança bem sucedida (MENDES, 2006). Nesse estágio, o desafio é manter a mudança obtida e evitar a recaída. Os deslizes e as recaídas podem acontecer e são, inclusive, esperados quando o indivíduo tenta manter seu padrão de comportamento. Em geral, quando ocorrem as recaídas, o indivíduo retorna ao estágio anterior ao que ele se encontrava no momento da recaída (DE MICHELI; FORMIGNI, 2008).

FIGURA 1: MODELO DE MUDANÇA (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982)



Fonte: MILLER; ROLLNICK, 2002.

Evidências da efetividade da IB para pacientes com envolvimento de álcool ou tabaco em serviços de APS são descritas na literatura (BALLESTEROS *et al.*, 2004; SENFT *et al.*, 1997). Embora estudos direcionados a eficácia da IB para outras drogas ainda sejam escassos, alguns resultados sugerem que ela possa ser útil para os usuários de maconha, (COPELAND *et al.*, 2001; STEIN; HERMAN; ANDERSON, 2009), cocaína, (BAKER *et al.*, 2005), opiáceos, (BERNSTEIN *et al.*, 2005), e benzodiazepínicos, (BASHIR; KING; ASHWORTH, 1994).

1.10 PREVENÇÃO

As ações preventivas podem ocorrer em momentos diferentes na história evolutiva da doença, e isso permite classificá-las como prevenção primordial, primária, secundária, terciária e quaternária (ZOTTIS, 2009).

A prevenção primordial, muito relacionada às doenças crônico-degenerativas, objetiva evitar o estabelecimento de estilos de vida que contribuem para a instalação de fatores de risco, que variam muito de acordo com a cultura (ZOTTIS, 2009). A prevenção primária visa evitar a exposição de um indivíduo a um fator de risco, antes que se desenvolva um mecanismo patológico. A prevenção secundária por sua vez, objetiva detectar um problema de saúde em um indivíduo e intervir precocemente, condicionando favoravelmente a sua evolução (ZOTTIS, 2009). A prevenção terciária é a reabilitação e tratamento das complicações no indivíduo doente. Consiste em atos destinados a diminuir a prevalência das incapacidades crônicas na população e reduzir deficiências funcionais consecutivas à doença. A prevenção quaternária tem por finalidade evitar o excesso de intervencionismo médico, associado a atos médicos desnecessários ou injustificados (ALMEIDA, 2005).

1.11 DROGAS E A ECONOMIA

Os custos provocados pelas drogas impactam em várias áreas: aumentam os gastos governamentais com o sistema de justiça criminal, (polícia, justiça e sistema prisional) e aumentam o volume de recursos destinados ao sistema de saúde e aos programas educativos de prevenção ao uso de drogas (VIAPIANA, 2006)

Os economistas Daryl Hellman e Neil Alper, em 1997, calcularam o impacto econômico das drogas englobando, não somente os custos acima citados, mas também os custos decorrentes da morte prematura, perda de renda e dos custos associados ao crime, (renda e inatividade). Segundo o cálculo, em 1971, um dependente custava por ano à sociedade U\$13.790. Este valor elevou-se para U\$54.479 em 1997(VIAPIANA,

2006). Estima-se que no Brasil o custo relacionado ao uso indevido de psicotrópicos atinja o equivalente a 7,9% do Produto Interno Bruto, (PIB) (VIAPIANA, 2006).

O uso de drogas provoca, ainda, um custo econômico para as empresas, pois aumenta o absenteísmo e diminui a produtividade dos trabalhadores, além de provocar perda de renda para os usuários que abandonam a vida produtiva pela saída do mercado de trabalho em decorrência dos problemas inerentes à dependência de drogas (VIAPIANA, 2006).

1.12 DROGAS E O AMBIENTE DE TRABALHO

Trabalhadores sob influência de substâncias psicotrópicas estão mais propensos a cometer atos inseguros causadores de danos à sua própria vida, à de terceiros e ao patrimônio da empresa (AZEVEDO, 1999). Em decorrência do uso do álcool e/ou outras drogas ocorrem, além das conseqüências descritas anteriormente, a elevação da taxa de acidentes, o aumento da taxa de renovação do quadro funcional, o prejuízo na imagem da empresa e nas relações interpessoais, (LACERDA, 1999; FRONE, 1999). O álcool é um dos fatores, dentre outros inerentes ao indivíduo, responsáveis pelo comportamento agressivo, físico e verbal dentro do ambiente de trabalho (McFARLIN *et al*, 2001).

Conforme descrito no item sobre a etiologia da dependência, os transtornos causados pelo uso indevido de substâncias psicotrópicas resultam da combinação de fatores genéticos, sociais, psicológicos e ambientais. Dessa forma, o ambiente de trabalho possui fatores específicos que colaboram para o consumo de drogas pelo trabalhador.

Muitos estudos relacionados ao tema estão direcionados para o uso do álcool. Embora ainda existam poucos estudos relacionados a outras substâncias, os achados sobre a influência dos fatores inerentes ao ambiente de trabalho podem ser estendidos para outras drogas uma vez que os fatores predisponentes do ambiente podem ser considerados os mesmos.

O uso de álcool entre trabalhadores baseia-se em alguns modelos que consideram as influências de diferentes fatores do ambiente de trabalho. Segundo o modelo de controle social, os trabalhadores com baixos níveis de supervisão e de avaliação do comportamento estão mais predispostos ao uso do álcool. Na mesma perspectiva, o modelo de cultura e aceitação considera que em empresas onde o uso do álcool é socialmente aceito, os trabalhadores estão mais propensos ao uso da substância (FRONE, 1999). Alguns estudos sugerem que a presença de normas claras dentro da empresa reduz o uso do álcool entre os trabalhadores (HODGINS;

WILLIAMS; MUNRO, 2009) assim como em relação ao tabaco, (FARRELLY; EVANS; SFEKAS, 1999; BROWSON, HOPKINS, WAKEFIELD, 2001). O modelo da disponibilidade física define que a facilitação do consumo do álcool ocorre em intervalos de descanso ou em eventos relacionados com a empresa. De fato, observa-se aumento no consumo e, eventualmente, o uso abusivo e a dependência, associados a confraternizações e encontros sociais após o horário de expediente (BECK; DAVID, 2007). O modelo de estresse sugere que o uso de álcool pelos trabalhadores pode ser uma resposta a condições físicas e psicossociais do ambiente de trabalho, tais como demanda exacerbada de trabalho sobre o indivíduo, nível de insatisfação do trabalhador, falta de participação em tomada de decisões, além da presença de conflitos interpessoais com supervisores e colegas de trabalho. Alguns estudos mostram relação positiva entre trabalho estressante e insatisfação ocupacional, e esta com o uso do álcool entre pessoas vulneráveis (FRONE, 1999). Outros estudos mostram correlação positiva entre situação de trabalho estressante e uso de álcool em indivíduos com história familiar de uso problema de álcool (MOORE *et al*, 2007).

O poder aquisitivo também mostra influência no consumo e neste sentido, estudos realizados com estudantes mostraram que o consumo de álcool é maior entre estudantes trabalhadores do que entre os não trabalhadores (SOUZA; SILVERA FILHO, 2007; SOLDERA *et al*, 2004; WU; SCHLENGER; GALVIN, 2003).

1.13 PROMOÇÃO DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO

A promoção da saúde do trabalhador tem sido uma prioridade nas empresas, tanto de grande quanto de pequeno porte. Nos dias de hoje, esses programas estão focados em prevenção, triagem e monitoramento das condições crônicas em prevalência, tais como obesidade, diabete, doenças cardíacas e depressão (SPARLING, 2010). A existência da preocupação com a saúde do trabalhador por parte dos empregadores propicia a criação de programas de prevenção ao uso de drogas dentro do ambiente ocupacional.

Em geral, na visão dos empresários, os programas de promoção de saúde têm finalidades econômicas e de cumprimento legal. De qualquer forma os trabalhadores acabam se beneficiando destes programas ao proporcionar seu bem estar físico, mental e social.

O ambiente de trabalho vem sendo considerado um local propício para desenvolver ações preventivas ao uso de substância pelos seus trabalhadores. A importância da vida profissional, o tempo despendido pelo indivíduo dentro do local de trabalho e o alcance de um grande número de pessoas, já que a maioria dos adultos

em risco para o uso de drogas está empregada, fazem do ambiente ocupacional um local adequado para a prática da prevenção (ROMAN; BLUM, 2002).

Dentro do ambiente de trabalho podem ser realizadas a prevenção primária e a secundária. Considera-se prevenção primária o conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de novos casos de uso abusivo de psicotrópicos ou até mesmo um primeiro uso (OMS, 1992). Inclui-se nesse nível de prevenção a educação de promoção à saúde, informação sobre drogas, conseqüências de uso e medidas sociais e legais para efetivar tais ações (BOERNGEN-LACERDA, 2008). A prevenção secundária, por sua vez, é o conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de complicações para as pessoas que fazem o uso ocasional de drogas e que apresentam um nível relativamente baixo de problemas (OMS, 1992). Nesse nível de prevenção busca-se sensibilizar o indivíduo sobre seu padrão de uso de drogas e dos problemas decorrentes deste uso. A prevenção secundária busca a conscientização em relação aos riscos e a busca pelo significado que a droga ocupa na vida do indivíduo, (ALMEIDA, 2005) favorecendo a mudança de comportamento através do aprendizado de novas atitudes e escolhas mais responsáveis, (NOTO; GALDURÓZ, 1999). A partir desta definição de prevenção secundária e seus objetivos, pode-se considerar a realização da intervenção breve como uma das formas mais eficazes de prevenção secundária e promoção de saúde, incluindo sua eficácia na mudança de comportamento de usuários de drogas.

Alguns estudos realizados em empresas têm utilizado a aplicação de instrumentos, como o CAGE e o AUDIT, em trabalhadores como forma de detecção do uso do álcool, bem como a realização da IB como forma de intervenção e como auxílio aos trabalhadores em uso de risco de substâncias. Em uma revisão sistemática de estudos entre 1995 e 2007 sobre intervenções em ambiente de trabalho, 239 estudos relacionavam o uso do álcool com o ambiente de trabalho. Entretanto, apenas 16 eram referentes à detecção através de algum tipo de instrumento de detecção (não houve utilização do ASSIST em nenhum dos estudos) e a realização de algum tipo de intervenção. Dos 16, foram excluídos 6, 2 estudos utilizaram o CAGE como instrumento de detecção e 1 o AUDIT, nos demais estudos foram utilizados questionários adaptados. Seis estudos utilizaram a IB como intervenção dos usuários, sendo que em 4 estudos os grupos que receberam a intervenção apresentaram mudanças de comportamento frente o consumo do álcool estatisticamente significante em relação aos grupos controles (WEBB *et al*, 2008).

Richmond *et al.* (2000, p. 61), reportaram redução significativa no consumo de álcool entre mulheres que receberam IB após detecção de uso da substância. Matano *et al.* (2007, p.77), avaliaram a eficácia de intervenções breves para risco baixo e

moderado do uso do álcool após detecção através dos instrumentos CAGE e AUDIT. Pacientes do grupo que recebeu intervenção baseada nos princípios da IB apresentaram redução no uso do álcool maior que os pacientes do grupo que receberam apenas informações gerais sobre o álcool e seus efeitos.

1. 14 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

Embora existam evidências da eficácia da detecção precoce acopladas a IB, essa prática é pouco implementada tanto nos serviços de atenção primária à saúde quanto em outros ambientes propícios para esse procedimento (ZOTTIS, 2009), tais como o ambiente de trabalho.

A transferência de programas da teoria para o mundo real e a manutenção dos mesmos demandam um longo prazo com fases sucessivas de difusão. Essas fases incluem: *disseminação*, a forma como as informações sobre a existência e o valor do programa são oferecidos à comunidade; *adoção*, que se refere à decisão da organização local ou do grupo em experimentar o novo programa; *implementação*, a forma como o programa é conduzido durante o período de avaliação e *sustentabilidade*, que verifica a continuidade do programa ao longo do tempo, (DURLAK; DUPRE, 2008).

Para que uma nova prática de saúde seja implantada efetivamente, sua fase inicial deve buscar o conhecimento das barreiras e dificuldades encontradas para o planejamento de estratégias que minimizem ou eliminem tais barreiras (RONZANI *et al.*, 2005). É importante que seja desenvolvida a avaliação contínua de todo o processo e eventual adequação à realidade observada (MACDERMID; GRAHAM, 2009). Uma das maneiras de se proceder a essa avaliação é a utilização de técnicas de grupo focal (GF) que possibilitam revelar as barreiras e dificuldades, assim como os passos bem sucedidos do processo de implementação da nova prática de saúde. Para agilizar o processo de mudança de uma prática, emprega-se a técnica de pesquisa-ação, a qual permite incorporar durante a implementação os pontos levantados pelo grupo focal e os resultados da pesquisa propriamente dita durante a sua realização.

A técnica de GF é um método de pesquisa qualitativa utilizada há muito tempo, porém, impulsionada desde a década de 80, pela pesquisa de mercado que visava captar anseios dos consumidores para definir padrões a serem seguidos pelas empresas em seus futuros lançamentos (BROWN, 1999; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002). Essa técnica é condicionada à orientação teórico-metodológica não podendo ser aplicada sem o rigor próprio a ela inerente (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002). Segundo Gomes e Barbosa, (1999), o GF é “um grupo de discussão informal, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade”;

Krueger, (1996), descreve como sendo “um grupo de pessoas reunidas em uma série de grupos que possuem determinadas características e que produzem dados qualitativos sobre uma discussão focalizada”, (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002). A essência da técnica do GF consiste na interação dos participantes para a coleta de dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador, (moderador) (CARLINI-COTRIM, 1996). O material obtido vai ser a transcrição de uma discussão em grupo, o qual será analisado (LI PING, 2008). O GF pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. Em geral, o GF não é considerado adequado para estudar a frequência com que determinadas opiniões ocorrem, sendo mais adequada para esse fim a técnica de entrevistas estruturadas individuais.

A utilização de GF na área da saúde é relativamente recente, porém com um aumento expressivo dessa técnica que vem sendo empregada para colher dados qualitativos de planejamento familiar, nutrição, imunização, câncer, drogas, (CARLINI-COTRIM, 1996), entendimento do abuso sexual e fatores associados, necessidades médicas para homossexuais, identificação de doenças psicossociais em pacientes (LI PING, 2008). A técnica de GF também é útil na avaliação de serviços e profissionais de saúde (CARLINI-COTRIM, 1996), na coleta de respostas de profissionais quando da mudança de gerenciamento bem como no desenvolvimento de formas para melhorar o educação e no desenvolvimento dos profissionais (LI PING, 2008). Por exemplo, Beck e Bargman, (1993), estudaram o envolvimento com álcool de adolescentes de origem hispânica nos EUA, visando entender os diferentes estilos de beber. Através do GF os autores descobriram que, para aqueles adolescentes, o dirigir embriagado era considerado mais seguro do que dirigir sóbrio, pois quando embriagado o medo de ser flagrado pela polícia gerava maior atenção ao volante e às regras de trânsito do que quando sóbrio, (CARLINI-COTRIM, 1996).

A técnica de pesquisa-ação envolve a realização de uma pesquisa de implementação durante a qual são agregados os seus resultados a uma prática promovendo sua mudança de forma gradativa e participativa.

Segundo Kemmis e McTaggart (1990), a pesquisa-ação é “uma forma de investigação auto-reflexiva coletiva empreendida por participantes em situações sociais, com finalidade de melhorar a racionalidade e a justiça de suas próprias práticas sociais ou educacionais, bem como a compreensão dessas práticas e as situações em que essas práticas são realizadas” (COHEN; MANION; MORRISON, 2000).

A pesquisa-ação foi iniciada por meio do trabalho do psicólogo Kurt Lewin na década de 1940, apresentada como uma maneira, por meio da qual, pesquisadores de comportamentos poderiam contribuir simultaneamente em aspectos teóricos e práticos.

Nesse contexto, os programas para melhorar a eficácia organizacional transformam-se em experimentos a serem avaliados e contribuem para o avanço de teorias e de práticas futuras. Segundo Lewin, não deve haver pesquisa sem avaliação, nem avaliação sem reestruturação, (SOMMER; AMICK, 2003).

A pesquisa-ação tem compromisso com a prática, considerando que não há neutralidade na ação-social, mas sim ação consciente política. O grupo implicado nos problemas executa uma ação, e nesta o pesquisador desempenha um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações. Esse tipo de pesquisa é desenvolvido junto ao grupo de pesquisa, as decisões sobre as ações são tomadas coletivamente. O diálogo entre o pesquisador e o grupo estabelece uma relação entre os conhecimentos que garante sentido social à ação, (REIGADA; REIS, 2004). Para tais objetivos a técnica de GF se encaixa perfeitamente.

A pesquisa-ação pode ser realizada para aumentar o envolvimento das pessoas em causas ou problemas sociais; para desenvolver um grupo interessado em mudança; para reduzir a distância entre o pesquisador e a sociedade; para basear mudanças em fatos (pesquisa) e não em especulações (ideologias) e para dar *feedback* aos pesquisadores sobre a utilidade do seu trabalho, (SOMMER; AMICK, 2003).

É recomendável a utilização de instrumentos de detecção precoce e a realização da intervenção breve, voltadas para indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas, tanto entre aqueles com uso de risco quanto naqueles com possível dependência. Feito no ambiente de trabalho, estas ações passarão a caracterizá-lo como um local de prevenção do uso de substâncias. Todo esse processo deve ser implementado dentro das empresas sob forte supervisão com análise de barreiras, dificuldades e acertos para as adaptações necessárias à realidade deste ambiente, utilizando-se para tal, das técnicas de grupo focal e de pesquisa-ação.

2 JUSTIFICATIVA

Estudos epidemiológicos têm detectado índices de consumo de substâncias psicotrópicas cada vez maiores nos últimos anos, tanto no Brasil, (GALDURÓZ *et al.*, 2003), como em outras regiões do mundo, (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

Em geral, os usuários de substâncias psicotrópicas utilizam os serviços especializados já em uma fase muito grave do transtorno, (FORMIGONI, 1992), assim a detecção precoce do uso dessas substâncias e suas conseqüências, tem sido de grande importância para se fazer uma intervenção nas fases iniciais do problema, melhorando muito o prognóstico, (RUBIN, 1996; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002). O ASSIST, instrumento de triagem para detecção precoce do uso indevido de substâncias psicotrópicas, pode ser útil para profissionais que trabalham com pessoas que tenham problemas relacionados ao uso de drogas em diversos ambientes. Acoplada à detecção precoce, a realização de Intervenção Breve auxilia o indivíduo detectado a mudar seu comportamento frente ao uso da substância.

A detecção precoce e a intervenção breve podem ser desenvolvidas dentro do ambiente de trabalho, uma vez que grande parte dos adultos em risco para problemas com substâncias psicotrópicas está empregada e que trabalhadores sob influência destas substâncias estão mais propensos a cometer atos inseguros causadores de danos à sua própria vida, à de terceiros e ao patrimônio da empresa. O serviço de saúde ocupacional de empresas oferece programas de promoção à saúde e, portanto, seus profissionais podem ser indicados para desenvolver procedimentos de prevenção ao uso de drogas direcionado aos funcionários.

A utilização de instrumento de detecção precoce do uso de substâncias psicotrópicas e da prevenção secundária dentro do ambiente ocupacional, bem como a avaliação da implementação deste procedimento, com barreiras e soluções propostas pelos profissionais do serviço de saúde ocupacional, justificam este trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o processo de implementação da detecção precoce na rotina do serviço de Saúde Ocupacional utilizando o instrumento ASSIST, e da promoção de mudança de comportamento através da intervenção breve dirigida aos funcionários de uma Prefeitura de um município do sul do Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar os principais obstáculos encontrados pelos profissionais do serviço de saúde ocupacional na implantação da detecção precoce e intervenção breve como parte de sua rotina de trabalho.
- Conhecer as principais soluções encontradas pelos profissionais para enfrentar os obstáculos durante a implementação da detecção precoce e intervenção breve na rotina diária do trabalho.
- Conhecer o perfil epidemiológico quanto à prevalência do grau de envolvimento com substâncias psicotrópicas entre os servidores da Instituição em estudo, embora o instrumento ainda não tenha sido utilizado para tal finalidade.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

Artigo Científico encaminhado a revista *The American Journal on Addiction*:

Implementation of the ASSIST and Brief Intervention in an occupational health service: a qualitative assessment.

Implementation of the ASSIST and brief intervention in an occupational health service: a qualitative assessment

Viviane Paola Zibe-Piegel^{1*}, Roseli Boerngen-Lacerda, Ph.D.^{2*§}

¹Master's Student, Department of Pharmacology, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brazil

²Department of Pharmacology, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brazil

*These authors contributed equally to this work.

[§]Corresponding author:

boerngen@ufpr.br

P.O. Box 19031, 81531-990 Curitiba, PR, Brasil

Running head: Implementation assessment of early drug use detection

Abstract

The workplace is appropriate to prevent hazardous/ harmful substance use among employees. This study evaluated the implementation process of early detection using the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and brief intervention (BI) in a City Hall workplace in a southern city of Brazil. First, meetings were held to inform the managers the importance to prevent substance-related problems in workplace. Of the 70 professionals of the occupational health service trained in a 20 h course regarding psychoactive substances, detection, and intervention, 26 applied the ASSIST and BI using systematic criteria to form a representative sample of employees. According to the ASSIST score, each employee received either general information about drugs or BI or was referred to specialized treatment. Then, focus group meetings were held with professionals. Of the 1310 interviewed employees, lifetime use was 84% (alcohol), 50% (tobacco), 17.5% (other drugs). The percentages of possible dependence and risky use were 17.8% (tobacco), 3.2% (alcohol), 0.5% (other drugs). The action research improved the implementation of early detection and intervention for substance use in their routine. The ASSIST facilitates talking about substances without prejudice or stigma, enabling earlier detection, intervention, and treatment referral.

Background

The use of drugs, both licit and illicit, is associated with deleterious effects that lead to several negative health consequences and have implications related to different aspects of life, such as professional life and the workplace [1]. Workers under the influence of psychoactive substances are more likely to commit unsafe acts that cause damage to their own life, others' lives, and the organization [1]. Alcohol and other substance use leads to increased absenteeism, reduced productivity, increased accident rates, a high rate of staff turnover, impaired interpersonal relationships, and a worsening of the company's image [2,3,4]. Alcohol is a main factor, among others inherent to the individual, responsible for physical and verbal aggressive behavior in the workplace [5].

The causes of misusing substances are biopsychosocial and can be influenced by factors specific to the workplace (e.g., liability related to the job [6] and stress related to the functional position of the individual [7]). Some authors reported a positive correlation between a stressful work environment and alcohol consumption in individuals with a family history of problem alcohol use [8]. Considering that the majority of adults at risk for alcohol problems [9] or illicit drug use [10] is employed, the workplace becomes a place where prevention can be practiced. Another feature of prevention strategies implemented in the workplace is the great importance of employment in a person's life, considering that the hazardous consequences of substance misuse can motivate behavioral change [9].

Both primary and secondary prevention can be developed in the workplace [9]. Primary prevention can implement a set of actions designed for health promotion and information about drugs and their consequences, as well as social and legal measures for practical implementation of these actions [11]. Secondary prevention can adopt a set of actions to avoid complications in harmful and hazardous drug users who are not yet dependent [12]. Secondary prevention seeks to increase awareness of risk, increase the understanding of the impact of drug use in an individual's life [13], and promote behavioral change by learning new attitudes and making responsible choices, which all can promote health [14].

A major question is how to detect substance-related problems early in the workplace, without punitive or coercive attitudes, and promote behavioral changes directed toward healthy activities. Professionals working in occupational health services can use preventive practices recommended by current legislation and implement such actions [15].

Several studies have shown the development of instruments that detect substance use that are valid and reliable and can facilitate preventive actions [16]. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) is an instrument developed and validated to detect alcohol-related

problems and has been used in Primary Health Care (PHC) settings [16,17]. In 1997, based on the AUDIT, the World Health Organization (WHO) sponsored an international research group on the development of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). The ASSIST detects hazardous, harmful, and dependent use of all psychoactive substances. The ASSIST has sensitivity, specificity, internal consistency, and validity for detecting problems related to the use of alcohol, tobacco, marijuana, cocaine, amphetamines, inhalants, sedative/hypnotics, hallucinogens, opiates, and other substances [18,19,20]. The ASSIST consists of eight questions, is easy to use, and requires little time for completion [18,19,20]. In addition to its use in PHC services, it is also useful for other professionals who work with people who have drug-related problems [21] in different environments [20], such as hospitals, mental health clinics [22], and prisons [23].

The AUDIT and ASSIST can be followed by a session of Brief Intervention (BI), which is based on a motivational interview and lasts from 5 to 30 min. Brief Intervention assists the at-risk user with reducing or stopping their substance use. The use of BI for promoting behavioral changes related to drug use was proposed in 1972 in Canada by Sanchez-Craig et al. [24]. The BI session has six elements that are represented by the FRAMES acronym: Feedback (devolution of the involvement pattern with the drug detected during the interview), Responsibility (the behavioral change is the responsibility of the patient), Advice (guidance about drug-related problems and how to cope with them), Menu of options (options or alternative behaviors to the drug use), Empathy (understanding others' behaviors), and Self (self-efficacy and self-confidence of patients in their ability to change) [25].

With regard to alcohol, the benefits and effectiveness of instruments that detect hazardous and harmful use early and the BI in PHC have been supported by several studies, systematic reviews, and meta-analyses [26]. The majority of studies have demonstrated the effectiveness of BI for alcohol and tobacco [27], but some findings suggest its usefulness for other drugs [28, 29, 30].

The present study evaluated the implementation process of early detection using the ASSIST and the promotion of behavioral change through BI in employees from a City Hall in a southern city in Brazil as part of the daily routine of the Occupational Health Service. We sought to evaluate (1) the possibility of using the ASSIST in various environments for early detection of the involvement with substances, followed by BI to change behavior, (2) whether the workplace is an appropriate environment for such a preventive procedure, and (3) whether the Occupational Health Service provides health promotion programs. This study also sought to identify the epidemiological profile of psychoactive substance involvement in this setting.

Methods

Study 1: Implementation of early detection and brief intervention for drugs in the Occupational Health Service of a City Hall in a southern city of Brazil

The participants included professionals from the Occupational Health Service and other public organizations linked to City Hall. From 2007 to 2010, three training courses were offered to the multidisciplinary professionals of the Occupational Health Service. Each 20 h training course included the following content: the main effects of alcohol and other drugs of abuse, the utility of the ASSIST for detecting risky drug users, and the principles of BI and role-playing on the ASSIST and BI procedures. The professionals were also trained in the use of the research study's formularies. In meetings held in their own workplaces and previously scheduled with each team, the researchers supervised the professionals' practice of screening, BI, and data collection. Two to six meetings were conducted for each team according to their needs. Meetings with each manager from each organization of City Hall were held to inform them about the aims and procedures of the project and obtain permission for its implementation.

After data collection (1 year and 5 months), focus group meetings were held with the professionals who participated in the project. The first meeting assessed the use of the ASSIST for early detection of harmful and hazardous drug use in the workplace, and the other meeting assessed the use of BI. The analysis of meeting content evaluated the ASSIST+BI implementation process, the barriers faced, and possible solutions. Managers of the Psychological and Social Service invited all participants to the meetings. Each focus group meeting lasted 120 min and was conducted by two researchers (moderator and observer). Open questions based on the study objectives and others derived from discussions during the meeting were asked by the moderator. All declarations of the professionals were recorded and noted. The questions included the following:

- (1) How was your experience with the project (the research itself and the procedures used for detection and BI)?
- (2) Do you think using the ASSIST is effective at detecting drug users, and is BI effective in the workplace?
- (3) What were the main barriers faced during implementation (research and ASSIST+BI)?
- (4) How did you conduct the BI to ensure that the employee would talk about drug use?
- (5) How was the employee invited in your organization?

- (6) Which approach did you use to begin the interview before the application of the ASSIST?
- (7) What are the expectations for the ASSIST+BI project?
- (8) Do you think that talking with the employee about how the procedure is part of a research project facilitated the approach?
- (9) At the end of the research, will you still say that the procedure is “part of a research project,” or will you say it is an “occupational health routine”?
- (10) Can you cite examples about real situations you experienced during BI?

The written recordings from the focus group meetings were analyzed, grouped, and coded by two independent investigators using qualitative content analysis [31].

Study 2: Prevalence of the involvement with psychoactive substances among employees in this City Hall

The participants were City Hall employees. To ensure a representative sample of the total employees ($n = 26,129$), a sample consisting of 5% of the total employees, including only employees with registration numbers ending in the numeral “3” from the different organizations of City Hall, were enrolled in the study. In each organization, employee recruitment was performed according to the routine of the Occupational Health Service. When an employee did not attend an interview after two telephone calls, the employee was replaced by another employee with a registration number ending in the numeral “3.” The inclusion criterion included the employee being healthy enough to participate in a 30 min interview.

The ASSIST questionnaire was applied by a professional from the Occupational Health Service according to their training and assurance of promoting healthy behavior. The employee was instructed to answer the questions truthfully, without fear of punitive consequences and with a guarantee of anonymity. Employees who received an ASSIST score that indicated no risky use were only informed about the general effects of drugs. When an ASSIST score suggested dependence, the employee was referred to specialized professional staff (usually by the occupational health team). When an ASSIST score indicated harmful or hazardous use, the employee received BI lasting 15 to 30 min. Prevalence rates were then calculated and expressed as the percentage of involvement patterns for each substance.

The ethics committee of Universidade Federal do Paraná approved the study (No. 04-08, December 2, 2008). All study participants signed consent forms that guaranteed anonymity.

Results

Study 1: Implementation of early detection and brief intervention for drugs in the Occupational Health Service of a City Hall in a southern city of Brazil

A professional from the Occupational Health Service of City Hall had heard of the ASSIST during a Scientific Meeting in 2006. Leaders from this service then made contact with the researcher responsible for the ASSIST project at Universidade Federal do Paraná to introduce the ASSIST in their routine practice as a tool for detecting substance-related problems early, intervening, and avoiding the development of dependence. Other leaders, after hearing that the ASSIST was a valid and reliable tool for detecting early substance involvement in the workplace, recommended its routine use in all organizations inside City Hall. The team agreed that until that moment they did not have any procedure in place that dealt with the issue of drugs, and they often felt some discomfort when discussing substance use with their employees. In the beginning of 2007, the researcher responsible for the ASSIST project conducted the first training course for 43 professionals from the Occupational Health Service. One year after the training, the researcher was requested to supervise the team in the implementation of detection and intervention procedures. The researcher proposed a partnership that seeks to perform this implementation using a research protocol. The managers of the Occupational Health Service also had interest in estimating the prevalence of harmful, hazardous, and dependent use of substances among the employees of the institution. After a discussion of the proposal in a meeting with the Secretary of Human Resources, Manager of the Department of Occupational Health, and leadership within the Division of Psychology and Social Work, the professionals and the researcher received permission to conduct the implementation using the research protocol. Two other training courses were then held to train newly admitted professionals ($n = 27$). When necessary, meetings with the managers or leaders of each organization were held to put the research into practice.

In the organization with the greatest number of employees and with the greatest demand for an occupational health routine, the enrollment of some researchers from Universidade Federal do Paraná was needed. However, these researchers were only responsible for applying the ASSIST; BI was conducted by the professionals.

To evaluate the implementation process, of the 70 trained professionals, 26 effectively adhered to the research study protocol (11 psychologists, 12 social workers, one organizational development analyst, one occupational therapist, and one cultural promoter). In the first focus group meeting, 21 professionals participated, representing all of the organizations. At the second meeting, 22 professionals participated who were not necessarily the same professionals who participated in the first meeting, in addition to one professional representing the

Epidemiological Center of City Hall. The transcripts of the two meetings were grouped and condensed into a single text because their content overlapped. During the meetings, when one or more professionals gave a testimonial, the others agreed (i.e., no disagreements were observed). The topics arising from the qualitative analysis of the statements were grouped according to questions and are presented below.

(1) *How was your experience with the project (the research itself and the procedures used for detection and BI)?*

- All agreed that the ASSIST project was important for promoting changes in practice.
- The professionals considered the training important for changing practice and helped them learn how to talk about substance-related problems.
- The accomplishment of the ASSIST+BI through the research project (action research procedure) in their routine was considered essential for combating drug dependence in the workplace mainly because they were motivated during the implementation.

(2) *Do you think using the ASSIST is effective at detecting drug users, and is BI effective in the workplace?*

- The major importance of the ASSIST was broaching the issue without prejudice or fear. Talking about substance use then became easier.
- The instrument allowed the professionals to obtain an individual's history and provide personalized feedback, which are key elements of BI.
- The ASSIST allowed the monitoring of employees for a long time.
- Some employees were apprehensive at the beginning of the interview, but the apprehension disappeared during the interview, and the employees even showed interest in receiving help.
- The professionals stated that talking about tobacco use had no barriers, and the employees spoke naturally. Regarding the other drugs, including alcohol, the professionals thought it was different. They sometimes realized that the employees were referring only to their use during adolescence or in just an experimentation way, but they did not believe this was true.

“I think the ASSIST detects tobacco use, but it is not able to detect other substances.”

“Regarding the other substances, the ASSIST detected small number users.”

- However, using the ASSIST and BI allowed discussions of behavioral change and the employee’s lifestyle, without compromising the work link.

“Even if the employee is resistant about his/her use, he/she will think about the subject and thus have the possibility of changing the behavior later.”

- The professionals found some employees involved with substances, which had no idea that they did a pattern of risky use. In these cases, the employees expressed that they wanted help or referral to treatment.

(3) *What were the main barriers faced during implementation (research and ASSIST+BI)?*

- One barrier was the difficulty of bringing the employees from the workplace to the Occupational Health Service in some cases, mainly when they were invited to participate in the research. This barrier was not experienced by professionals who recruited employees during the scheduled periodic medical examination.
- Some professionals believed that the ASSIST was not able to detect substances other than tobacco in the workplace. This belief was based on the personal perception that a larger number of employees would likely use other substances.

(4) *How did you conduct the BI to ensure that the employee would talk about drug use?*

- The implementation of the ASSIST facilitates the initial approach and provides elements to be discussed during BI, with emphasis on feedback concerning ASSIST scores that provide the motivation to change behavior.
- The guidance received in the training course helped in conducting BI.
- The application of the ASSIST and BI ensured the confidentiality of all information provided by the employee. The knowledge that the research was partnered with a university was considered by the employees as a guarantee of the seriousness of the study.

(5) *How was the employee invited in your organization?*

- Different forms of recruitment were used (see results of Study 2).
- They agreed that the most practical strategy of recruitment was through the periodic medical examination and introducing the use of the ASSIST routinely.

(6) *Which approach did you use to begin the interview before the application of the ASSIST?*

- The professionals explained to 98.2% of the employees that the questionnaire was part of a research project in partnership with the university before applying the ASSIST. Only in one organization representing the remaining 1.8% of the employees, the professionals explained that the procedure was part of a research project in partnership with a university after applying the ASSIST because they already used the instrument as part of a routine.
- Regardless of when the application of the ASSIST was reported as research, all professionals referred to the confidentiality and ethics of the research.

(7) *What are the expectations for the ASSIST+BI project?*

- The expectation for the ASSIST-BI project was to use it in their routine as a prevention strategy.
- Another expectation was to continue performing research in partnership with the university, mainly to adapt the instrument for application in the workplace to detect all individuals who are involved with substances other than tobacco.

(8) *Do you think that talking with the employee about how the procedure is part of a research project facilitated the approach?*

- The professionals felt that this approach could have facilitated the interview.
- Beginning the interview by saying that it was part of a research project conferred lightness to the confidential questions and demonstrated that the interview was not directly related to the employee's job or personal life. The interview, therefore, could be conducted in a relaxed manner.

- However, the necessity of signing an informed consent form caused some distrust in the employees. Despite citing this problem, only two individuals (0.15%) did not agree to sign the consent form.

(9) *At the end of the research, will you still say that the procedure is “part of a research project,” or will you say it is an “occupational health routine”?*

- Most of the professionals believed that subterfuge was not needed when talking about substance use. The occupational health professionals also always told the truth to the employees. After the completion of the research, the ASSIST and BI will be implemented as a routine supplemental medical examination.
- Some professionals believed that continuing to say that the procedure is part of a research project would not be problematic because asking about substance use is a type of “research,” considering that they are searching for employees’ substance use profiles, although no scientific methodology is used. They argued that saying it is part of a research project confers lightness to the matter, as mentioned above.

(10) *Can you cite examples about real situations you experienced during BI?*

- Some organizations already implemented the ASSIST and BI to all employees in routine practice. They also assumed that the procedure is the best way to talk about substance use.
- Some significant statements of the professionals regarding the effectiveness of the ASSIST+BI were the following:

“Several employees reported they did not stop using the substance but were reducing their use.”

“An employee commented that he/she was proud to participate in research, and he/she was quitting his/her tobacco use.”

“One professional reported that the research allowed contact with an employee who, far from suspicion, was involved in risky alcohol use. The ASSIST made it possible for early detection and intervention. The employee, detected by the ASSIST, became concerned about his/her scores and then asked for help.”

Study 2: Prevalence of the involvement with psychoactive substances among employees in this City Hall

The professionals and researchers interviewed 1310 employees, representing 5% of the total number of employees. To contact individuals, each organization used the best strategy to ensure the representativeness of the sample. The different forms of recruitment used were the following: 75.4% of the employees, representing four organizations, were recruited by invitation to participate in the research; 7.6% of the employees, representing one organization, were recruited by invitation and by direct contact during the periodic medical examination; 7.6% of the employees, representing one organization, were recruited through several strategies such as direct contact after the periodic medical examination, direct contact in their own workplace, direct contact during events held by the organization, and inviting the employee when visiting the organization to solve administrative issues; 4% of the employees, representing one organization, were invited after the periodic medical examination; 3.7% of the employees, representing one organization, participated as a supplement to the periodic medical examination; and 1.8% of the employees, representing one organization, were included in the research as routine practice. The strategy of recruiting employees through the periodic medical examination causes delays, and for this reason could not be used as the sole strategy.

Among the four organizations (B, D, E, and I) that used the recruitment strategy of invitations to participate in research, three needed to call a greater number of employees to achieve a representative sample of individuals. Therefore, in organization D, 121 employees were invited, and 90 (74%) attended the interview. In organization E, 111 employees were invited, and 87 (78%) attended the interview. In organization I, 1495 employees were invited, and 807 (54%) attended the interview. In the organizations in which the recruitment strategy was direct contact in the periodic medical examination (before, after, or as routine care), convening additional employees was not needed.

Tables 1-3 show the sociodemographic profiles of the participants. Organizations D, F, H, and I had a predominance of female employees. The average age of the participants was 42 years. The majority (62.4%) were married and Catholic (68.4%; Table 1). Regarding education, 58.4% had completed postgraduate or undergraduate school, and 3% had no formal education or fundamental education that was incomplete. Regarding the functional position in their organization in City Hall, most of the employees had technical positions in education and culture (55.6%; Table 2).

The different patterns of substance use detected by the ASSIST showed that for 49.8% used tobacco in their lifetime, 8.1% had risky use, and 9.7% had dependent use. Eight-four perfect used alcohol in their lifetime, 52.1% used alcohol in the last 3 months, 2.4% had risky

use, and 0.8% had dependent use. The ASSIST showed that 17.6% used other substances in their lifetime, 1% had recent use, 0.4% had risky use, and 0.1% had dependent use.

Discussion

The main contribution of this study was the role of the implementation process in promoting changes in practice. Several procedures during implementation were used, such as a training course, supervision of all participants, awareness of leaders and managers, and the use of action research methodology. These procedures raised awareness and changed the attitudes of the occupational health professionals for the new practice of early detection and intervention in substance-related problems. The professionals concluded that the ASSIST is a useful tool for detecting substance-related problems in this environment, broaching this matter without prejudice or fear, promoting behavioral change directed to the problems arising from drug use, and creating a link between occupational health professionals and employees in the workplace. As result of this interaction, the health professional can monitor the problem, prevent its worsening, and fulfill the role of the Occupational Health Service in promoting health and preventing disease. Regarding the workplace being appropriate for such practices, the professionals believed that the employees did not always answer the ASSIST truthfully, with the exception of tobacco. They thought that some functional positions, such as municipal guards, drivers, and machine operators, would be afraid of losing their benefits related to their activities as a consequence of alcohol or other substance misuse. The present data do not address this issue, and other methodological approaches will be needed to evaluate the reliability of the responses (e.g., biochemical tests), which may be intrusive and coercive when considering the relationship between the company and employees. Nonetheless, the professionals were unanimous in declaring that despite a possible underrepresentation of the problem, the ASSIST is effective at broaching the drug issue and initiating intervention.

The study of the epidemiological profile of substance involvement among the employees in this City Hall was considered very important by the leaders and managers from the institution. Although some professionals have questioned the validity of the prevalence rates detected by the ASSIST, and considering that the main goal was to implement early detection and intervention for drug-related problems, we can suggest that through the process of action research we achieved this objective.

The qualitative method of the focus group and subsequent content analysis used to assess the implementation process were shown to be effective for changing the routine practice of the Occupational Health Service. Focus groups are a form of group interview that capitalises

on communication between research participants in order to generate data. This means that instead of the researcher asking each person to respond to a question in turn, people are encouraged to talk to one another: asking questions, exchanging anecdotes and commenting on each other's experiences and points of view [31]. This type of methodology permits an understanding of the features and meanings of some of the processes under study and is commonly used in psychiatry, psychology, linguistics, and political science [32]. Kemmis and McTaggart [33] define action research as “a form of collective self-reflective research undertaken by participants in social situations, with purpose to improve the rationality and justice of their own social or educational practices, and understanding these practices and the situations in which these practices are carried out,” so the research provided insight into implementing changes to a pre-established practice for health workers.

Although the workplace is a potential site for primary and secondary prevention for alcohol and other substance misuse [9] this practice is actually rare [10]. The scarcity of programs focused on substance use also has another origin: the difficulty health professionals have when talking about this matter [34]. The professionals who participated in this study reported that they generally feel uncomfortable discussing substance use with employees. They know that substance use may cause negative consequences in the workplace, but they must guarantee the individual's privacy. For this reason, the use of a less invasive detection method may be the best option. Thus, the use of the ASSIST and the action research implementation process confirmed its utility in this setting.

In fact, the use of the ASSIST allowed not only the early detection of risky use, but also the detection of use patterns that suggest dependence. According to Rubin [35], early detection of substance use has been very important when dealing with the problem by allowing intervention and improving the prognosis. Our previous study conducted in PHC centers in Paraná showed positive results in reducing alcohol consumption after 3 months, in which patient alcohol and substance use was detected by the ASSIST, and they received a 15 min BI session [36]. Other studies have evaluated BI and also demonstrated its efficacy in reducing other substance use [37,38, 39].

Even for those patients who were resistant during the interview, the professionals felt that they benefited from that intervention because they began the process of having the motivation for behavioral change. According to DiClemente [25], using motivational strategies carefully is important, and such strategies are more simplified in patients in the pre-contemplation stage [40]. Thus, the professional must understand the patient's choice at that moment because the impact of intervention might occur only later.

In this Occupational Health Service assessed in the present study, implementing punitive measures for drug users or dependent users is not unusual. Notably, however, some specific workers in certain activities may cause harm to themselves or others or the institution itself. The possibility of using objective tests, such as biochemical tests that detect drug use, targeted to that category of employees (e.g., municipal guards, drivers, or machine operators) should be investigated further. A viable alternative would be making the initial approach using the ASSIST to establish a good relationship with the employee, ensuring that no extreme punishments are taken, and then justifying the necessity for biochemical analysis and a medical examination. Drug testing of workers in certain positions has already been requested in some countries. In Brazil, some organizations conduct drug tests during the admission process, but this practice is based on internal protocols within these companies because no legal regulations have been enacted. The lack of a drug-testing law guarantees that employees will not be subjected to these tests [41]. In the United States, protocols for toxicological drug and alcohol testing were established by the Department of Transportation for workers linked to all types of collective or industrial transportation, including air, road, and rail [42]. Australia has a similar drug-testing program for individuals working directly or indirectly in civil aviation [43]. Both United States and Australia justify their drug-testing programs for the safety of the general public and offer intervention and treatment for those who need help.

Among the large number of employees recruited to participate in this study, only two did not consent that their data would be used for analyses despite answering the ASSIST and receiving BI. They indicated that the need for signatures on the informed consent form made them uncomfortable. Additionally, three organizations needed to invite a greater number of individuals to achieve the required number of the sample. They stated that non-acceptance of the employees to the invitation was attributable to their work demands and not a refusal to participate in the research. A study conducted in Italy using the CAGE instrument, which assesses the prevalence of alcohol-related problems among hospital workers, showed similar rates of non-attendance. The questionnaires were available to 710 professionals in the hospital, and only 450 (63%) answered them, even with the guarantee of anonymity [44]. Employees with substance use-related problems were more afraid of negative consequences related to such a disclosure in the workplace [45] than workers with other health problems [46], even those related to their working situation, such as depression, anxiety, emotional exhaustion, immunodeficiency disorders, and cardiovascular diseases [47]. A study held at the Petrobras Research Center in Brazil focused on cardiovascular disease and showed that of the 1191 employees invited, 81% attended the interview [48]. Thus, non-attendance rates observed in the present study (54-78%) were not different from those previously reported.

In the present study, extra recruitment was not necessary in organizations that recruited employees in the periodic medical examinations. This suggests that official measures related to routine occupational health service (Labor Code, Art.157 and Art 158) [15] are more effective than requests for attendance to a non-planned examination.

Regarding the prevalence rates described in the present study, 84% of employees had lifetime alcohol use, which was very similar to other studies. The II Household Survey on Psychotropic Drugs in Brazil, held in 2005 by the Brazilian Center for Information on Psychotropic Drugs (CEBRID) in the 108 largest cities, reported a lifetime rate of alcohol use of 74.6% [49]. Phase III of project ASSIST-WHO (2002-2007) detected a lifetime alcohol use rate of 94% in a sample of PHC in Curitiba, Brazil [24,50]. In the same study, the rate of alcohol use in the 3 months preceding the interview was 64%. When professionals from PHC in the same city implemented a procedure for detection and intervention in a very similar study with similar methodology, they reported a 68.3% rate of lifetime alcohol use and a 45.8% rate of using alcohol in the past 3 months [51]. Perhaps the high prevalence rates of lifetime alcohol use observed in all of these Brazilian studies reflect the country's sociocultural acceptance of alcohol use. Alcoholic beverages have been present in almost all civilizations, and the expectation of social and physical pleasure [52], family influences [53], beliefs of effects [54, 55], the influence of the media [56], and its licit use stimulate alcohol consumption.

However, the rates of possible dependence and risky use for alcohol observed in the present study were less than those from the other cited studies. In the Phase III ASSIST project, the percentage of patients with possible dependence was 1.8% [24], whereas in the study conducted by professionals the percentage was 2.3% [51]. The II Household Survey conducted by CEBRID revealed a prevalence rate of possible alcohol dependence of 12.3% [49]. Regarding the risky use of alcohol, when using the AUDIT in a study held in two cities in Minas Gerais, the percentage was 3.3% [57]. When using the ASSIST in the study in Parana, the rate was 6.7% [51]. These differences may be attributable to the different health environments and samples studied [57]. The high prevalence rates observed in the study performed in PHC settings may be attributable to the fact that respondents were seeking help for a disease that likely could be influenced by their substance use. In the present study, the employees were not seeking medical assistance, so the prevalence rates could be expected to be less. In the II Household Survey, the data represented the general population. Because no link existed between respondents and interviewers, the individual usually has more freedom to answer a questionnaire. Moreover, one can consider that detection of this type of problem in the workplace can lead to embarrassment caused by fear and the stigma related to revealing the problem in this setting [45].

Regarding tobacco use among the City Hall employees, the prevalence rates for lifetime use and possible dependence were similar to other studies. In the II Household Survey, the rate of lifetime tobacco use was 44%, and the rate of possible dependence was 10.1% [49]. In the study held in PHC settings, the rate of lifetime use was 57%, and the rate of possible dependence was 13% [51]. The similarities observed among these studies indicate that employees more easily talk about their tobacco use during professional discourse in the Occupational Health Service.

The rates of tobacco use in the past 3 months and risky use observed in the present study were lower than the rate found previously [51]. Since 1996, Brazil has prohibited smoking in enclosed public places, with the exception of specific areas, but such a law has not been effectively enforced [58]. In 2009, other municipal and state laws have banned smoking in all environments for collective use [59]. These laws may have influenced behavioral changes to quit tobacco use among the employees interviewed. Some studies have demonstrated that policies prohibiting tobacco use in workplaces may influence the reduction or cessation of substance use [60,61,62].

Regarding other drug use, the present study only showed similar lifetime use rates for sedative/hypnotics compared with other studies performed in the same region of Brazil. In the II Household Survey, the prevalence rates observed in southern Brazil for lifetime use were 9.7% for marijuana, 4.2% for cocaine/crack, 2.6% for amphetamines, 5.2% for inhalants, 3.3% for sedative/hypnotics, 1.1% for hallucinogens, and 5.1% for opiates. Rates of possible dependence obtained in the same region were 1.1% for marijuana, 0.3% for stimulants, and 0.2% for sedative/hypnotics [49]. In Phase III of project ASSIST, the rates of use in the 3 months preceding the interview were 6.7% for marijuana, 3.8% for cocaine, 1.8% for inhalants, 1.2% for sedatives, and 0.5% for hallucinogens. Rates of risky use in the same study were 4.2% for marijuana, 1.2% for cocaine, 1% for amphetamines, 0.6% for inhalants and sedatives, and 0.1% for hallucinogens [24]. One question that arises from our present data is why illicit drug use rates were lower than those observed in the other studies. Were employees afraid of disclosing their real substance use [45], or were they really not using drugs because of their position at work?

Finally, some positive points of our study regarding the implementation process of early detection using the ASSIST and BI need to be emphasized. (1) The use of the ASSIST should be publicized and disseminated at certain events. When doing so, some people attending the event may recognize its utility for both self-application and the application for others. (2) The process of action research encourages professionals to change their practice. This consideration is relevant mainly because after 1 year the professionals who were trained how to use the ASSIST

and how to perform BI had not implemented this knowledge into practice. (3) Regardless of the form of recruitment, few employees refused to participate after the explanation of the intention of the interview. (4) Although the professionals reported some distrust in the reliability of the ASSIST in detecting actual substance use, with the exception of tobacco, all of them agreed that the ASSIST was an excellent instrument for allowing discussions about drugs in their workplace and referring individuals to specialized treatment when necessary. (5) The employees' reports of decreasing or stopping their substance use after BI will need to be investigated further in future studies.

Conclusion

Implementing early detection by using the ASSIST followed by BI for substance use influenced changes in the routine of an Occupational Health Service in a City Hall in a southern city of Brazil. Professionals from this institution considered the ASSIST an important tool for broaching the topic of drug use with employees without prejudice and stigma and intervening in drug-related problems in the workplace before drug use advances to dependence.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Authors' contributions

All authors contributed equally to this article.

Acknowledgements

We thank the Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) and the Conselho de Auxilio do Pessoal de Ensino Superior (CAPES) for fellowships awarded to RBL and VPZP, respectively. We also thank the professionals and patients involved in the study and the support of the Secretaries and other organizations linked to City Hall. The authors would also like to thank Mr. Michael Arends for his valuable assistance with editing the manuscript. The authors would like to acknowledge the contributions of the WHO-ASSIST Study Group for Phase III and IV: R. Ali (Australia), T. Babor (United States), M. Farrell (United Kingdom), M. Formigoni (Brazil), R. Humeniuk (Australia), R. Boerngen-Lacerda (Brazil), W. Ling (United States), J. Marsden (United Kingdom), B. McRee (United States), M. Monteiro (WHO Geneva), D. Newcombe (Australia), H. Pal (India), V. Poznyak (WHO Geneva), S. Simon (United States), J. Vendetti (United States).

References

1. Azevedo RCS: **Drogas e trabalho**. In *Saúde Mental e Trabalho*. Volume 1, 1st edition. Edited by Guimarães LAM, Grubits S. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999:35-49.
2. Lacerda ALT: **Álcool e local de trabalho**. In *Saúde Mental e Trabalho*. Volume 1, 1st edition. Edited by Guimarães LAM, Grubits S. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999:17-33.
3. Frone MR: **Work stress and alcohol use**. *Alcohol Res Health* 1999, **23**:284-291.
4. Vaissman M: **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
5. McFarlin SK, Fals-Stewart W, Major DA, Justice EM: **Alcohol use and workplace aggression: an examination of perpetration and victimization**. *J Subst Abuse* 2001, **13**:303-321.
6. Hodgins DC, Williams R, Munro G: **Workplace responsibility, stress, alcohol availability and norms as predictors of alcohol consumption-related problems among employed workers**. *Subst Use Misuse* 2009, **44**:2062-2069.
7. Ragland DR, Greiner BA, Yen IH, Fisher JM: **Occupational stress factors and alcohol-related behavior in urban transit operators**. *Alcohol Clin Exp Res* 2000, **24**:1011-1019.
8. Moore S, Sikora P, Grunberg L, Greenberg E: **Work stress and alcohol use: examining the tension-reduction model as a function of worker's parent's alcohol use**. *Addict Behav* 2007, **32**:3114-3121.
9. Roman PM, Blum TC: **The workplace and alcohol problem prevention**. *Alcohol Res Health* 2002, **26**:49-57.
10. Cook RF, Back A, Trudeau J: **Substance abuse prevention in the workplace: recent findings and an expanded conceptual model**. *J Primary Prev* 1996, **16**:319-339.
11. Boerngen-Lacerda R: **As drogas na sociedade**. *Rev Igualdade* 2008, **41**:1-46.
12. Organização Mundial da Saúde: **Reagindo ao problema das drogas**. São Paulo; 1992.
13. Almeida LM: **Da prevenção primordial à prevenção quaternária**. *Rev Portug Saúde Pública* 2005, **23**:91-96.
14. Noto AR, Galduróz JCF: **O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999, **4**:145-151.
15. **Consolidação das Leis Trabalhistas**. [<http://www.mtb.gov.br/legislacao/default.asp>; accessed September 26, 2010]

16. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M: *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test—Guidelines for Use in Primary Care*. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2001.
17. Jorge MR, Masur J: **Questionários padronizados para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool**. *J Bras Psiquiatria* 1986, **35**:287-292.
18. WHO Assist Working Group, Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M, Formigoni MLOS, Isralowitz R, Lacerda RB, Marsden BM, Mcree B, Monteiro M, Pal H, Rubio-Stipec M, Vendetti J: **The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility**. *Addiction* 2002, **97**:1183-1194.
19. Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, 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**:199-206.
20. Humeniuk R, Ali R, Babor T, Farrel M, Formigoni MLOS, Jittiwutikarn J, Boerngen de Lacerda R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhiwatiwa S, Pal H, Poznyak V, Simon S: **Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)**. *Addiction* 2008, **103**:1039-1047.
21. Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R. Translation and adaptation by Formigoni MLOS, Boerngen-Lacerda R, Ronzani TM, Guirro UBP: **ASSIST: teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias—guia para uso na atenção primária a saúde. Versão preliminar 1.1**. UNIFESP: São Paulo; 2004.
22. Spear S, Tillman S, Moss C, Gong-Guy E, Ransom L, Rawson RA: **Another way of talking about substance abuse: substance abuse screening and brief intervention in a mental health clinic**. *J Human Behav Social Environment* 2009, **19**:959-977.
23. Holmwood C, Marriott M, Humeniuk R: **Substance use patterns in newly admitted male and female South Australian prisoners using the WHO-ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)**. *Int J Prisoner Health* 2008, **4**:198-207.
24. DeMicheli D, Formigoni MLOS: **SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas—encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 4- intervenção breve para casos de uso de risco de substâncias**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2008.
25. Miller WR, Rollnick S: **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos**. Translators Caleffi A, Dornelles C. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.

26. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, González-Pinto A: **Efficacy of brief intervention for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses.** *Alcohol Clin Exp Res* 2004, **28**:608-618.
27. Drummond DC, Thomb B, Brown C, Edwards G, Mullan MJ: **Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers.** *Lancet* 1990, **336**:915-918.
28. Lang E, Engelder M, Brook T: **Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users.** *J Subst Abuse Treat* 2000, **19**:111-116.
29. Baker A, Boggs TG, Lewin TJ: **Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions among regular users of amphetamine.** *Addiction* 2001, **96**:1279-1287.
30. 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.
31. Jenny Kitzinger: **Qualitative research: introducing focus groups.** *British Medical Journal* 1995, 311: 299-303.
32. Campos DC: **A análise de conteúdo na pesquisa qualitativa.** In Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa. Edited by Baptista MN, Campos DC. Rio de Janeiro: LTC; 2007:265-288.
33. Cohen L, Manion L, Morrison K: **Action research.** In *Research Methods in Education*. 5th edition. London: Routledge; 2000:227-241.
34. Sabadini MAB: **Discursos e atitudes dos profissionais de saúde sobre o uso do álcool e outras drogas** (Ph.D thesis). São Paulo, SP: Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psicobiologia; 2010.
35. Rubin RH: *Medicine: A Primary Care Approach*. Philadelphia: Saunders; 1996.
36. Oliveira RT: **Avaliação da eficácia da intervenção breve aplicada conjuntamente ao questionário ASSIST para o álcool a atenção primária a saúde em Curitiba e Palmas-PR** (Master's thesis). Curitiba, PR: Universidade Federal do Paraná, Departamento de Farmacologia; 2006.
37. Martin G, Copeland J, Swift W: **The Adolescent Cannabis Check-Up: feasibility of a brief intervention for young cannabis users.** *J Subst Abuse Treat* 2005, **29**:207-213.
38. Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Cahill S, Wickes W, White JM: **The Psychostimulant Check-Up: a pilot study of a brief intervention to reduce illicit stimulant use.** *Drug Alcohol Rev* 2010, **29**:169-176.

39. Zahradnik A, Otto C, Crackau B, Löhrmann I, Bischof G, John U, Rumpf HJ: **Randomized controlled trial of a brief intervention for problematic prescription drug use in non-treatment-seeking patients.** *Addiction* 2009, **104**:109-117.
40. Prochaska JO, DiClemente CC: **Toward a comprehensive model of change.** In *Treating Addictive Behaviors*. 2nd edition. Edited by Miller WR, Heather N. New York: Plenum Press; 1998:3-24.
41. Colluci C: **Empresa vigia funcionario que usa droga.** FOLHA de São Paulo [http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u91118.shtml; accessed September 26, 2010].
42. United States Department of Transportation. **Office of Drug & Alcohol Policy & Compliance** [http://www.dot.gov/ost/dapc/; accessed September 26, 2010].
43. Australian Government Civil Aviation Safety Authority: **Testing of safety-sensitive personnel for alcohol and other drugs (Project SS 06/01).** [http://www.casa.gov.au/scripts/nc.dll?WCMS:PWA::pc=PC_93058; accessed September 26, 2010].
44. Lobello S, Semeraro MG, Marcomini A, Nadir L, Polato F, Vendramini A, Polato F, De Lazzari F: **Alcohol-related problems in health-workers in a general hospital: a screening study** [abstract]. *Digest Liver Dis* 2008, **40**:S106-S107.
45. Matano RA, Koopman C, Wanat SF, Winzelberg AJ, Whitsell SD, Westrup D, Futa K, Clayton JB, Mussman L, Taylor CB: **A pilot study of an interactive web site in the workplace for reducing alcohol consumption.** *J Subst Abuse Treat* 2007, **32**:71-80.
46. Merrick ESL, Volpe-Vartanian J, Horgan CM, McCann B: **Revisiting employee assistance programs and substance use problems in the workplace: key issues and a research agenda.** *Psychiatr Serv* 2007, **58**:1262-1264.
47. Noblet A, LaMontagne AD: **The role of workplace health promotion in addressing job stress.** *Health Prom Int* 2006, **21**:346-353.
48. Matos MFD, Silva NAS, Pimenta AJM, Cunha AJLA: **Prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em funcionários do centro de pesquisas da Petrobrás.** *Arq Bras Cardiol* 2004, **82**:1-4.
49. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, Moura YG, Sanchez ZVDM: **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005.** Supervisão Carlini EA, Coordenação Galduróz JCF. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

50. Humeniuk R: **The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in primary healthcare settings: a technical report of phase III findings of the WHO ASSIST randomized controlled trial.** Prepared by Humeniuk R, Dennington V, Ali R on behalf of the WHO ASSIST Phase III Study Group: Ali R, Babor T, Souza Formigoni MLO, Humeniuk R, Boerngen-Lacerda R, Ling W, McRee B, Newcombe D, Pal H, Poznyak V, Simon S, Vendetti J. Geneva: World Health Organization; 2008.
51. Zottis CR: **Detecção precoce e intervenção breve para o uso de risco e nocivo de drogas: avaliação dos resultados para a implementação na atenção primária a saúde em três municípios do Paraná** (Master's thesis). Paraná: Universidade Federal do Paraná, Departamento de Farmacologia; 2009.
52. Brown SA: **Drug effect expectancies and addictive behavior change.** *Exp Clin Psychopharmacol* 1993, **1**:55-67.
53. Darkes J, Goldman MS: **Expectancy challenge and drinking reduction: experimental evidence for a meditational process.** *J Consult Clin Psychol* 1993, **61**:344-353.
54. Oliveira M, Soibelman M, Rigoni M: **Estudo de crenças e expectativas acerca do álcool em estudantes universitários.** *Health Psychol* 2007, **7**:421-433.
55. Cabral LR, Farate CMC, Duarte JC: **Representações sociais sobre o álcool em estudantes do ensino superior.** *Rev Referência* 2007, **11**:70-78.
56. Araújo LB, Gomes WB: **Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool.** *Psicologia e Crítica* 1998, **11**:5-33
57. Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM: **Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviço de atenção primária a saúde de Juíz de Fora e Rio Pomba (MG).** *Rev Bras Epidemiologia* 2007, **10**:637-645.
58. Furlaneto CJ, Passareti T, Machado-Júnior C: **Políticas de controle ao uso do tabaco em ambiente de trabalho por empresas da Grande São Paulo.** *Rev Inst Cienc Saúde* 2008, **26**:281-288.
59. Bialous SA, Presman S, Gigliotti A, Muggli M, Hurt R: **A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil.** *Rev Pan Salud Publica* 2010, **27**:283-290.
60. Brownson RC, Hopkins DP, Wakefield MA: **Effects of smoking restriction in the workplace.** *Ann Rev Public Health* 2001, **23**:333-348.
61. Brownson RC, Eriksen MP, Davis RM, Warner KE: **Environmental tobacco smoke: health effects and policies to reduce exposure.** *Ann Rev Public Health* 1997, **18**:165-185.

62. Farrelly MC, Evans WN, Sfekas AES: **The impact of workplace smoking bans: results from a national survey.** *Tobacco Control* 1999, **8**:272-27.

Table 1. Demographic profile of employees.

Secretary or Linked Organization	Female	Age	Marital Status (%)					Religion (%)				
	(%)	(mean ± SD)	Married	Single	Divorced	Widowed	Not informed	Catholic	Evangelical	Other ^a	None	Not informed
A (n = 99)	51.5	46 ± 7.9	63.7	20.2	13.1	3.0	0	68.7	17.2	8.1	6.0	0
B (n = 4)	0	44 ± 5.7	75.0	0	25.0	0	0	50.0	50.0	0	0	0
C (n = 100)	20.0	40 ± 11.1	67.0	23.0	9.0	0	1.0	66.0	22.0	7.0	4.0	1.0
D (n = 90)	76.8	40 ± 10.9	61.1	25.6	12.2	1.1	0	53.3	2.2	40.0	4.4	0
E (n = 87)	19.5	49 ± 6.9	69.0	16.1	11.5	3.5	0	72.4	4.6	17.2	5.7	0
F (n = 23)	60.9	49 ± 6.7	60.9	17.4	21.7	0	0	47.8	8.7	26.1	17.4	0
G (n = 51)	39.2	47 ± 9.1	58.8	17.6	21.6	2.0	0	72.5	13.7	9.8	3.9	0
H (n = 49)	57.1	39 ± 11.5	55.1	38.8	6.1	0	0	67.3	30.6	0	2.0	0
I (n = 807)	96.6	41 ± 9.5	61.8	22.9	12.1	2.8	0.2	70.4	7.1	20.2	2.1	0.2
TOTAL (n = 1310)	76.3	42 ± 9.9	62.4	22.7	12.3	2.4	0.2	68.4	9.8	18.4	3.2	0.2

^aProtestant, Orthodox, Lutheran, Spiritualist, and Other.

Table 2. Distribution of employees according to position and education.

		Secretaries or Other Linked Organizations									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTAL
PROFESSIONAL POSITION											
Position of Management		0	0	0	0	4	0	0	5	30	39
Technical Position											
	Health Area	11	0	0	19	0	0	0	1	0	31
	Administration/Accounting	65	0	11	18	10	2	8	35	13	162
	Legal	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Engineering/Environmental	14	0	2	0	8	0	11	0	1	36
	Educational/Cultural	0	0	1	43	1	12	2	2	667	728
	Security	0	0	81	0	0	0	0	0	0	81
Auxiliary Function Position		7	4	5	10	64	9	30	5	95	229
Not informed		0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
EDUCATION DEGREE											
Postgraduate		8	0	1	11	2	7	0	1	237	267
Undergraduate		64	0	29	39	12	4	19	23	318	508
High School/Incomplete Undergraduate		23	2	63	35	43	8	15	21	228	438
Fundamental/Incomplete High School		3	1	4	3	18	0	6	4	16	55
Incomplete Fundamental/Uneducated		1	1	2	2	11	4	11	0	7	39
Not informed		0	0	1	0	1	0	0	0	1	3
Total		99	4	100	90	87	23	51	49	807	1310

Table 3. Percentage of substance use patterns based on ASSIST scores.

	Use patterns ^a			
	Lifetime use	Past 3 month use	Risky use	Dependent use
Tobacco	653 (49.8)	228 (17.4)	106 (8.1)	127 (9.7)
Alcohol	1100 (84.0)	682 (52.1)	32 (2.4)	11 (0.8)
Marijuana	90 (6.9)	4 (0.3)	1 (0.1)	0
Cocaine	21 (1.6)	0	0	0
Amphetamine-stimulants	41 (3.1)	2 (0.1)	2(0.1)	0
Inhalants	28 (2.1)	0	0	0
Sedatives	40 (3.1)	6 (0.5)	2(0.1)	1 (0.1)
Hallucinogens	7 (0.5)	1 (0.1)	1 (0.1)	0
Opioids	2 (0.1)	0	0	0
Other	2 (0.1)	0	0	0

Each individual can be scored in more than one type of drug. ^aDifferent substance use patterns detected by the ASSIST. The numbers in parentheses represent the percent of the total individuals interviewed.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. M. de. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 91-96, 2005.
- APA- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatry Association. 1994.
- ARTAL, F. J. C. Síndromes neurológicas asociados com el consumo de hongos y plantas alucinógenos. **Revista Elementos: Ciência e Cultura**, v. 12, n. 60, p. 49-57, 2005.
- AUCHEWSKI, L.; ANDREATINI, R.; GALDURÓZ, J. C. F.; BOERNGEN-LACERDA, R. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.
- AZEVEDO, R. C. S. Drogas e trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Saúde Mental e Trabalho**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 35-49.
- BABOR, T. F.; DE LA FUENTE, J. R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. **AUDIT–The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care**. WHO/MNH/DAT/89.4, World Health Organization. Geneva, 1989.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care**. WHO/MSD/MSB/ 01.6b, World Health Organization, 2001.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J.; MONTEIRO, M. **AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care**. 2.ed. WHO/MSD/MSB/01.6, World Health Organization, Geneva, 2001.
- BABOR, T. F.; CARROL, K.; CHRISTIANSEN, K.; DONALDSON, J.; HERRELL, J.; KADDEN, R.; LITT, M.; MCREE, B.; MILLER, M.; ROFFMAN, R.; SOLOWJI, N. STEINBERG, K.; STEPHENS, R.; VENDETTI, J. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 72, p. 455-466, 2004.
- BAKER, A.; LEE, N.K.; CLAIRE, M.; LEWIN, T. J.; GRANT, T.; POHLMAN, S.; SAUNDERS, J. B.; KAY-LAMBKIN, F.; CONSTABLE, P.; JENNER, L.; CARR, V. J. Brief cognitive behavioral interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. **Addiction**, v. 100, p. 267-278, 2005.
- BALLESTEROS, J.; DUFFY, J. C.; QUEREJETA, I.; ARINO, J.; GONZÁLEZ-PINTO, A. Efficacy of brief intervention for hazardous drinkers in primary care: systematic review

and meta-analyses. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, v. 28, p. 608-618, 2004.

BARRETO, L. M. Fumo e saúde. In:_____. **Dependência Química: nas escolas e no trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2000. p. 71-74.

BASHIR, K.; KING, M.; ASHWORTH, M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. **British Journal of General Practice**, v. 44, p. 408-412, 1994.

BECK, L. M.; DAVID, H. M. S. L. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. **Escola de Enfermagem Anna Nery Revista Enferm.**, v. 11, n. 4, p.706-711, 2007.

BERNSTEIN, J.; BERNSTEIN, E.; TASSIOPOULOS, K.; HEEREN,T.;LEVENSON, S. ; HINGSON, R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroine use. **Drug and Alcohol dependence**, v. 77, p. 49-59, 2005.

BOBO, J. K.; HUSTEN, C. Sociocultural influences on smoking and drinking. **Alcohol Research & Health**, v. 24, n. 4, p. 225-232, 2000.

BOERNGEN-LACERDA, R. As drogas na sociedade. In: MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. **Revista Igualdade**. Curitiba: 2008. p. 1-46.

BROWN , J. B. The use of focus groups in clinical research. In: CRABTREE, B. F.; MILLER, W. L. **Doing qualitative research**. London: Sage Publications, 1999. p. 109-124.

BROWSON, R.C.; HOPKINS, D. P.; WAKEFIELD, M. A. Effects of smoking restriction in the workplace. **Annual Review of Public Health**, v. 23, p. 333-348, 2001.

CAMPOS, J. A. D. B.; LOFFREDO, L. C. M.; ALMEIDA, J. C. Razão de prevalências: alcoolismo nas diferentes regiões geográficas do Brasil segundo o sexo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 28, n. 3, p. 347-350, 2007.

CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Drogas psicotrópicas – o que são e como agem. **Revista IMESC**, n. 3, p. 9-35, 2001.

CARLINI, E. A. (supervisão) [et al.]. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país** (2005). São Paulo: CEBRID /UNIFESP, 2006.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da Técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CARNEIRO, H. Breve histórico do uso de drogas. In: SEIBEL, S. D. (Ed). **Dependência de Drogas**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 11-26.

CASTANHO, A. R. S. P.; PLANETA, C. S.; LUCIA, R. Modelos experimentais que avaliam os mecanismos de recompensa e dependência de drogas. **Biotemas**, v. 5, n. 1, p. 65-76, 1992.

CAZENAVE, S. de O. S. Toxicologia geral das substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D. (Ed). **Dependência de Drogas**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 39-58.

CHALOUT, L. The organic solvents. **Canadian Psychiatric Association Journal**, v.16, n.2, p. 157-160, 1971.

CHAIEB, J. A.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 246-254, 1998.

COHEN, L.; MANION, L.; MORRISON, K. **Research Methods in Education**. 5.ed. London: Routledge, 2000. 476p.

COPELAND, J.; SWIFT, W.; ROFFMAN, R.; STEPHENS, R. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 21, p. 55-64, 2001.

COSTA, M. C. M.; FIGUEIREDO, M. C.; CAZENAVE, S. O. S. Ayahuasca : uma abordagem toxicológica do uso ritualístico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 6, p. 310-318, 2005.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. **Grupos focais e pesquisa social**: o debate orientado como técnica de investigação. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Ouro Preto, 2002.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. **SUPERA**: sistema para Detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: Módulo 3 – Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2009.

DUALIBI, S.; LARANJEIRA, R. Alcohol-related public policies. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 839-848, 2007.

DUARTE, P. C. A. V.; CARLINI-COTRIM, B. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v. 1, p. 17-25, 2000.

DURLAK, J. A.; DUPRE, E. P. Implementation Matters: a review of research on the influence of the implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. **American Journal of Community Psychology**, v. 41, p. 327-350, 2008.

FARRELY, M. C.; EVANS, W. N.; SFEKAS, A. E. S. The impact of workplace smoking bans: results from national survey. **Tobacco Control**, v. 8, p. 272-277, 1999.

FERIGOLO, M.; MEDEIROS, F. B.; BARROS, H. M. T. "Êxtase": revisão farmacológica. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 487-495, 1998.

FERREIRA, M. P. Tabaco. In: SEIBEL, S. D. (Ed). **Dependência de Drogas**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 187- 200.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 96-99. 2001.

FIGLIE, N. B. Entrevista motivacional. In: SEIBEL, S. D. (Ed). **Dependência de Drogas**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 349-366

FLEMING, M. F. Screening and brief intervention in primary care settings. **Alcohol Research & Health**, v. 28, p. 57-62, 2004.

FORMIGONI, M. L. O. S. **A intervenção breve na dependência de drogas**. A experiência brasileira. Lemos, São Paulo, 1992.

FORMIGONI, M. L. O. S.; ABRAHÃO, K. P. Neurobiologia da dependência de substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D. (Ed). **Dependência de Drogas**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 59-70.

FRONE, M.R. Work stress and alcohol use. **Alcohol Research**, v. 23, n. 4, p. 284-291, 1999.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. **São Paulo Medical Journal**, v. 121, n. 6, p. 231-237, 2003.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 3-6, 2004.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E.A. **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**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2004.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A.R. Solventes orgânicos voláteis (inalantes). In: SEIBEL, S. D. (Ed). **Dependência de Drogas**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 273-280.

GAZAL-CARVALHO, C.; CARLNI-COTRIM, B.; SILVA, O. A.; SAUAIA, N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.1, p. 47-54, 2002.

GÊNESIS. In: Bíblia Sagrada. São Paulo: Editora Ave-Maria, 2003. Cap. 9, vers. 21.

GONÇALVES, P. S. **Avaliação das barreiras para implementação do projeto detecção precoce e intervenção breve para o uso de risco de drogas na atenção primária a saúde em Curitiba-PR**. 74 f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) - Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

HENRIQUE, I. F. S.; MICHELI D.; LACERDA, R. B.; LACERDA, L. A.; FORMIGONI, M. L. O. S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HODGINS, S. K.; WILLIAMS, R.; MUNRO, G. Workplace responsibility, stress, alcohol availability and norms as predictors of alcohol consumption-related problems among employed workers. **Substance Use and Misuse**, v. 44, p. 2062-2079, 2009.

HOLMWOOD, C; MARRIOT, M.; HUMENIUK, R. Substance use patterns in newly admitted male and female South Australian prisoners using the WHO-ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). **International Journal of Prisoner Health**, v. 4, n. 4, p. 198-207, 2008.

HONJO, K.; ISO, H.; TSUGANE, S.; TAMAKOSHI, A.; SATOH, H.; TAJIMA, K.; SUZUKI, T.; SOBUE, T. The effects of smoking and smoking cessation on mortality from cardiovascular diseases among Japanese: pooled analysis of three large-scale cohort studies in Japan. **Tobacco Control**, v. 19, p. 50-57, 2010.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S. Uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-362, 2000.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **ASSIST**. Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde. Genebra: OMS. 2004.

HUMENIUK, R. **The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary health care settings: a technical report of phase III findings of the WHO ASSIST randomized controlled trial**. Prepared by Rachel Humeniuk, Victoria

Denington & Robert Ali on behalf of the WHO ASSIST Phase III Study Group World Health Organization 2008.

HUMENIUK, R.; ALI, R.; BABOR, T. F.; FARRELL, M.; FORMIGONI, M. L. O. S.; JITTIWUTIKARN, J.; BOERNGEN DE LACERDA, R.; LING, W.; MARSDEN, J.; MONTEIRO, M.; NHIWATIWA, S.; PAL, H.; POZNYAK, V.; SIMON, S. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). **Addiction**, v. 103, n. 6, p. 1039-1047, 2008.

KENDLER, K. S.; SCHMITT, E.; AGGEN, S. H.; PRESCOTT, C. A. Genetic and Environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. **Archives of General Psychiatry**, v. 65, n. 6, p. 674-682, 2008.

LACERDA, A. L. T. Alcool e local de trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Saúde Mental e Trabalho**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 17-33.

LICATA, S. C.; ROWLETT, J.K. Abuse and dependence liability of benzodiazepine -type drugs: GABA_A receptor modulation and beyond. **Pharmacology Biochemistry Behavior**, v. 90, n. 1, p. 74-89, 2008.

LI PING, WONG. Focus group discussion: a tool for health and medical research. **Singapore Medical Journal**, v. 49, n.3, p. 260, 2008.

MACDERMID, J. C.; GRAHAM, I. D. Knowledge translation: putting the "practice" in evidence-based practice. **Hand Clinics**, v. 25, p. 125-143, 2009.

MACLVER, M.B. Abuse inhalants enhance GABA-mediated synaptic inhibition. **Neuropsychopharmacology**, v. 34, n. 10, p.2296-2304, 2009.

MacRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D. (Ed). **Dependência de Drogas**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 27-37.

MARANGELL, L. B.; SILVER, J. M.; MARTINEZ, J. M.; YUDOFISKY, S.C. Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. In:_____. **Psicofarmacologia**. Tradução de: DORNELLES, C. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 28-32, 2004.

MASUR J., MONTEIRO M.G. Validation of the CAGE, alcoholism screening test in Brazilian psychiatric inpatient setting. **Brazilian Journal Medicine Biology**, v. 16, p. 215-218, 1983.

MATANO, R. A. *et al.*, A pilot study of an interactive web site in a workplace for reducing alcohol consumption. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 32, p. 71-80, 2007.

McFARLIN S. K.; FALS-STEWART, W.; MAJOR, D.A.; JUSTICE, E.M. Alcohol use and workplace aggression: an examination of perpetration and victimization. **Journal of Substance Abuse**, v. 13, p. 303-301, 2001.

MENDES, A. C. J. **Análise da sessão de intervenção breve, bem como da sua eficácia, aplicada após a detecção pelo ASSIST-OMS a usuários abusivos de álcool, maconha, cocaína e anfetaminas na atenção primária à saúde em dois municípios do Paraná**. 101f.Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

MÉNDEZ, E. B. **Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MENDOZA-SASSI, R. A.; BÉRIA, J. U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, v. 98, p. 799 – 804, 2003.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Intervenção Breve: mais peças do quebra- cabeça. In: _____. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Tradução de: CALLEFI, Andrea; DORNELLES, Claudia. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p. 43-47.

MINCIS, M.; MINCIS, R. Doença hepática alcoólica. **Revista Brasileira de Medicina**, v.67, p.21-31, 2010.

MISHIMA, K.; EGASHIRA, N.; HIROSAWA, N.; FUJII, M.; MATSUMOTO, Y.; IWASAKI, K.; FUJIWARA, M. Characteristics of learning and memory impairment induced by Δ^9 -Tetrahydrocannabinol in rats. **Japanese Journal of Pharmacology**, v. 87, p. 297-308, 2001.

MOORE, S.; SIKORA, P.; GRUNBERG, L.; GREENBREG, E. Work stress and alcohol use: Examining the tension-reduction model as a function of worker's parent's alcohol use. **Addictive Behaviours**, v. 32, p. 3114-3121, 2007.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. van der M.; NOTO, A. R. Anfetaminas e análogos. In: SEIBEL, S. D. (Ed). **Dependência de Drogas**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 201-216.

NASCIMENTO, E. C.; NASCIMENTO, E.; SILVA, J. P. Uso de álcool e anfetaminas entre caminhoneiros de estrada. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 290-293, 2007.

NIH - NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Drugs, brain and behavior: The science of Addiction**. NIH Pub. n 07- 5605. NIDA, 2007.

NORDON, D. G.; HÜBNER, C. K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 12, n. 2, p. 66-69, 2009.

NOTO, A. R.; GALDURÓZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 145-151, 1999.

O'BRIEN, C. P. Drogadição e uso abusivo de drogas. In: GOODMAN-GILMAN, A.; HARDMAN, J.G.; LIMBIRD, L. E. (Ed.). **GOODMAN & GILMAN – As bases farmacológicas da terapêutica**. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. p. 543-561.

OLIVEIRA, G. F.; LUCHESI, L. B. O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem 1932-2007. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 626 – 633, 2010.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Reagindo ao problema das drogas**. São Paulo, 1992.

POTASH, M. N.; GORDON, K. A.; CONRAD, K. L. Persistent psychosis and medical complications after a single ingestion of MDMA “Ecstasy” – a case report and review of the literature. **Psychiatry**, v. 6, n. 7, p. 40-44, 2009.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; FLOWER, R.J. Hábito, dependência e abuso de fármacos. In: _____. **Rang & Dale: Farmacologia**. Tradução de: SANTOS, R. R. et al. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 619-637.

REIGADA, C.; REIS, M. F. de C. T. Educação ambiental para crianças no ambiente urbano: uma proposta de pesquisa-ação. **Revista Ciência e Educação**, v. 10, n. 2, p.149- 159, 2004.

RIBEIRO, M. S. Alcoolismo, personalidade e transtorno de personalidade: possibilidades diagnósticas e tipológicas. **Medicina**, v.32, supl. 1, p. 17-25, 1999.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S.; ALVES, M. J. M.; RONZANI, T. M. A utilidade de escalas derivadas de instrumentos de avaliação de personalidade na identificação do uso disfuncional de substâncias psicoativas. **HU-Rev**, v. 26, n. 2/3, p. 253-258, 2002.

RICHMOND R.; KEHOE, L.; HEATHER, N.; WODAK, A. Evaluation of a workplace brief intervention for excessive alcohol consumption: the workscreen project. **Preventive Medicine**, v. 30, p. 51-63, 2000.

RIDENOUR, T. A.; BRAY, B.C.; COTTLER, L.B. Reliability of use, abuse, and dependence of four types of inhalants in adolescents and young adults. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 91, n. 1, p. 40-49, 2007.

ROMAN, P. M.; BLUM, T. C. The workplace and alcohol problem prevention. **Alcohol Research and Health**, v. 26, n. 1, p. 49-57, 2002.

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S.; AMARAL, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 852- 861, 2005.

RÖSKE, K.; HANNÖVER, W.; THYRIAN, J. R.; JOHN, U.; HANNICH, H.J. Smoking cessation counseling for pregnant and postpartum women among midwives, gynaecologists and paediatricians in Germany. **International Journal Environmental Research Public Health**, v. 6, p. 96-107, 2009.

RUBIN, R. H. **Medicine in primary care approach**. Philadelphia: Saunders, 1996.

SANDERS-BUSH, E.; MAYER, S. E. 5-hydroxytryptamine (serotonin): receptor agonists and antagonists. In: BRUNTON, L.L.(Ed.); LAZO, J.S.; PARKER, K.L. (associate editors). **GOODMAN & GILMAN'S** the pharmacological basis of therapeutics. 11th ed. New York: McGraw-Hill, 2006. p. 297-316.

SAUNDERS, J. B.; AASLAND, O. G.; BABOR, T. F.; de la FUENTE, J. R.; 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**, v. 88, n. 6, p. 791-804, 1993.

SENFT, R. A.; POLEN, M.R.; FREEBORN, D. K.; HOLLIS, J.F. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 13, n. 6, p. 464-470, 1997.

SILVEIRA, C. M.; SILVEIRA, C. C.; SILVA, J. G. da.; SILVEIRA, L. M.; ANDRADE, A. G. de; ANDRADE, L. H. S. G. de. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, p. 31-38, 2008.

SOLDERA, M.; DALGALARRONDO, P.; CÔRREA FILHO, H. R.; SILVA, C.A.M. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 277-283, 2004.

SOMMER, R.; AMICK, T. Pesquisa-ação:Ligando pesquisa à mudança organizacional. **Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais**, n. 4, p. 1-8, 2003.

SOUZA, D. O. de S.; SILVEIRA FILHO, D. X. da. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 2, p. 276-287, 2007.

SPARLING, P. B. Worksite health promotion: principles, resources, and challenges. **Preventing Chronic Diseases**, v. 7, n. 1, p. 1-5, 2010.

SPEAR, S.; TILMAN, S.; MOSS, C.; GONG-GUY E.; RANSOM, L.; RAWSON R. A. Another way of talking about substance abuse: a substance abuse screening and brief intervention in a mental health clinic. **Journal of Human Behavior in the Social Environment**, v. 19, n. 8, p. 959-977, 2009.

STEIN, M. D.; HERMAN, D. S.; ANDERSON, B. J. A motivational intervention trial to reduce cocaine use. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 36, p. 118-125, 2009.

THYRIAN, J. R.; HANNÖVER, W.; RÖSKE, K.; SCHERBARTH, S.; HAPKE, U.; JOHN, U. Midwives' attitudes to counselling women about their smoking behavior during pregnancy and postpartum. **Midwifery**, v. 22, p. 32-39, 2006.

UNITED NATIONS – Office on drugs and crime. **World Drug Report**, 2010. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/frontpage/UNODC_Annual_Report_2010_LowRes.pdf> Acesso em: 20/09/10.

VIAPIANA, L. T. Drogas, álcool e crime. In: _____. **Economia do crime: uma explicação para a formação do criminoso**. Porto Alegre: Age, 2006. p. 44-59.

VIEIRA, D. L.; RIBEIRO, M.; ROMANO, M.; LARANJEIRA, R. R. Alcohol and adolescents: study to implement municipal policies. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 396-403, 2007.

WEBB, G.; SHAKESHAFT, A.; SASON-FISHER, R.; HAVARD, A. A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. **Addiction**, v. 104, p. 365-377, 2008.

WENDLER, E. A.; BUSATO, C. R.; MIYOSHI, E. Uso de anfetaminas por motoristas de caminhão para reduzir o sono. **UEPG Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 3/4, p. 7-14, 2003.

WHO ASSIST WORKING GROUP. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction**, v.97, p. 1183-1194, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Environmental Health Technology and Support**. Geneva, 280 p, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. 10TH Revision. Geneva, Switzerland: WHO, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf> Acesso em: 29/11/2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on alcohol 2004. Geneva: 2004. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf> Acesso em: 22/09/2010.

WU, L.T.; SCHLENGER, W.E; GALVIN, D. M. The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17. **Journal of Adolescent Health**, v. 32, p. 5-15, 2003.

ZAMBONI, M. Epidemiologia do câncer do pulmão. **Jornal de Pneumologia**, v. 28, n. 1, p. 41-47, 2002.

ZOTTIS, C. R. **Detecção precoce e intervenção breve para o uso de risco e nocivo de drogas**: avaliação dos resultados para implementação na atenção primária a saúde em três municípios do Paraná. 98 f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO - PACIENTE

PROJETO ASSIST PMCURITIBA-UFPR

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Profa. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda

AUTORIZAÇÃO.

1. A natureza e os objetivos da pesquisa foram explicados para mim.
2. Eu entendi que não terei nenhum benefício direto por estar participando das entrevistas da pesquisa, exceto receber informações sobre álcool, tabaco e outras substâncias.
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 no meu atendimento atual ou futuro.
5. Se eu tiver qualquer dúvida sobre meus direitos como sujeito da pesquisa poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

Eu entendi tudo e concordo em participar.

Nome do participante:

Assinatura:

Número de matrícula:

Eu certifico que expliquei a finalidade do estudo ao participante e acredito que ele(a) entendeu do que se trata.

Nome do entrevistador:

Assinatura:

Data:

Local:

ANEXO 2

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Analise cuidadosamente este formulário antes de concordar em participar.

PROJETO ASSIST PMCURITIBA-UFPR

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Profa. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda

INTRODUÇÃO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que está sendo conduzida no Brasil, e em vários outros países do mundo sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde. Um total de 1750 participantes será recrutado em toda a Prefeitura de Curitiba. O objetivo da pesquisa é aprender como as pessoas respondem perguntas sobre suas experiências com cigarro, álcool, medicamentos e outras substâncias e como elas respondem quando recebem informações sobre seu uso de substâncias. 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.

Esta pesquisa visa avaliar como as pessoas respondem a um questionário que é usado para medir o comportamento relacionado ao uso de álcool, tabaco e outras substâncias. Também se quer avaliar como as pessoas respondem a um aconselhamento breve sobre o seu uso de substâncias. 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 dura cerca de 20 minutos.

Durante a primeira entrevista você será colocado (por sorteio) em um de dois grupos. Os participantes do grupo 1 receberão o resultado da entrevista e informações por escrito para levar para casa. Os participantes do outro grupo receberão o mesmo procedimento na segunda entrevista.

Na segunda entrevista, daqui a 3 meses, 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 das informações que receberam.

CONFIDENCIALIDADE

O seu nome não será registrado no questionário sobre drogas. Para preservar a sua identidade, você receberá um número codificado que constará do questionário. Seu nome não será divulgado em qualquer publicação ou para qualquer pessoa. O seu formulário de consentimento de participação e as informações para sua localização serão mantidos em local trancado separado do questionário e ficará sob a responsabilidade do entrevistador.

RISCOS

Não existe nenhum risco associado com a sua participação nesse estudo.

BENEFÍCIOS

A sua participação nos ajudará a entender se o questionário auxilia a identificar pessoas com problemas causados pelo uso de álcool, tabaco ou outras substâncias 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 única obrigação é ser honesto(a) 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 seu atendimento, no momento ou no futuro. Você pode pedir esclarecimentos sobre o projeto quando quiser. Você pode contatar a Dra Roseli B. de Lacerda, a responsável pela pesquisa em Curitiba, caso você queira algum esclarecimento ou tenha alguma reclamação no telefone 3361-1720, da Universidade Federal do Paraná. Por favor, sinta-se à vontade para perguntar o que não tenha entendido.

DATA: ___ / ___ / ___
 ENTREVISTADOR: _____
ASSIST – OMS –

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "**NÃO**" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "**NÃO**" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "**SIM**" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, etc)
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
j. outras – especificar:

ANEXO 3

Paciente código _____

UBS: _____

QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM PARA O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "**NUNCA**" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc</i>), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do 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 êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i>) ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i>) e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
0	2	1

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

ANEXO 4

NOME DO ENTREVISTADOR:

SECRETARIA OU SERVIÇO AO QUAL ESTÁ VINCULADO:

REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO DOS PACIENTES: Por favor, preencha essa folha de “Registro de Participação” para todo paciente que você abordar para o estudo. Inclusive para aqueles pacientes que recusarem participar, os quais deverão ser registrados o seu sexo e ano de nascimento.

ORDEM	NOME	MATRÍCULA	SEXO ¹	IDADE	PROFISSÃO CARGO	ESTADO CIVIL ²	RELIGIÃO ³	ESCOLARIDA DE	ACEITOU ⁴ PARTICIPAR	DATA 1ª entrevista	DATA 2ª entrevista	GRUPO ALOCADO ⁵	CONTATO TELEFONE

1 - **SEXO:** M=MASCULINO; F=FEMININO. 2 - **ESTADO CIVIL:** C=CASADO/VIVE JUNTO; S = SOLTEIRO; D = DIVORCIADO/SEPARADO; V = VIÚVO; 3 - **RELIGIÃO:** C=CATÓLICA; P=PROTESTANTE; M=MUÇULMANO/ISLAMICO; J=JUDEU; O=OUTRA; N=NENHUMA. 4 - **ACEITOU PARTICIPAR:** S=SIM; N=NÃO. 5 - **GRUPO ALOCADO:** C=CONTROLE; IB=INTERVENÇÃO; EP=EPIDEMIOLÓ

ANEXO 5

1. Como foi a sua experiência com o projeto (projeto englobando tudo, tanto projeto de pesquisa quanto o procedimento de detecção e intervenção breve).

Chefia 0 – é um projeto importante, principalmente tendo em vista a vinculação com a OMS, uma vez que estamos fazendo parte, sendo um elo, mesmo que pequeno, no combate a dependência química.

15 – Foi válido apesar da grande dificuldade pela grande demanda que temos. Mas no geral seria isso. Foi uma boa experiência.

2 – que o assist é altamente válido é unânime. Eu acho que é muito positivo inclusive permitindo abordagens de histórico.

1- Como experiência pessoal, eu acho que teve uma diferença entre o antes do treinamento e depois. Antes do treinamento eu teria dificuldades, depois do treinamento, do material todo, achei que ficou tão fácil abordar, achei um meio bem bacana, como um meio de aproximação.

3 – No começo eu tinha um preconceito, ficava sem jeito, eu achava que invadia a privacidade do servidor.

22 – acho que a receptividade foi boa, achei que aproxima o servidor. O treinamento ajudou muito na abordagem do assunto.

5 – a experiência foi válida, o instrumento é válido, facilita a tocar no assunto pq vc vai se familiarizando e na abordagem vc vai ficando mais segura. Antes do instrumento eu me sentia constrangida e com o instrumento eu achei que ficou tranquilo. É importante poder tocar no assunto, desmistificar a questão.

18 – Eu acho que o instrumento é válido e a gente se sente mais a vontade para conversar.

20 – Eu me senti melhor do que eu achei que me sentiria. Para nós a experiência foi válida e sem maiores problemas.

19 – Eu tive minha resistência no começo, mas depois achei uma maravilha.

24 – Como aplicação e conhecimento do instrumento está sendo uma experiência ótima. Está tendo uma receptividade muito boa, tanto que tem pessoas que perguntam quando serão chamadas, então eles tem até procurado. Torna-se uma maneira de se ter um histórico da pessoa.

25 – Eu achei ótimo termos a oportunidade de realizar uma pesquisação, utilizar o instrumento e incorporar na rotina.

26 – Eu acho que serve como mais um instrumento de trabalho. Eu achei ótimo levantar um perfil epidemiológico

27 – No início eu tive algumas dificuldades, mas foi no processo de aleatoriedade de alocação de grupos.

16 – Eu não tive problemas, eu não tenho dificuldades em abordar esse assunto.

2. Vocês acham que detectar usando o assist e fazer IB é eficaz no ambiente de trabalho?

2 – Eu acho que a expectativa era de fazer uma busca ativa, e eu sinto que frustrou pelo menos a mim pq o que aparece é o tabagismo, mas com relação a outras substâncias não aparece, ou aparece um número minúsculo. Parece que não detecta outras substâncias.

22 – É eu achei que aproxima muito o servidor. No início ele fica meio apreensivo, mas depois começa a contar, e quando recebem o feedback de risco ou sugestivo de dependência eles querem ajuda, inclusive os chefes. Percebi que o servidor tem interesse em receber apoio.

5 - Nós da SMMA percebemos quando estão mentindo. As drogas ilícitas não aparecem, ou então dizem ter utilizado na adolescência ou só experimentado. Mesmo aqueles servidores que outras pessoas vêem e relatam ou mesmo que nós sabemos, dizem que usam socialmente no caso do álcool. É claro que, independente do servidor tentar manipular as respostas, com o assist e com a IB é mais fácil falar sobre a mudança de vida, a mudança de hábito, a mudança comportamental.

18 – Claro que alguns a gente sabe que faz uso e mentem mais são muito poucos, principalmente com o uso do álcool. O tabagismo já é mais fácil as pessoas falarem.

27 – Para mim foi muito bom pq algumas pessoas que eu suspeitava ou pessoas que queriam ajuda eu pude encaminhar.

16 - Eu percebo que alguns não estão abrindo. Então aparece tabagismo. Quando é relacionado ao álcool é relacionado a adolescência, que já utilizou mas está abstinente. Quando pontua e perguntamos o que achava de tratamento falam que devem para por si próprios pq o tratamento ajuda, mas não dá certo, ou que tem que trabalhar então não tem tempo.

10 – Eu acho que em termos de tabaco está detectando, porém para as outras não.

15 – Eu acho que por nossa secretaria ter mais servidoras, o que aparece mais é tabaco, as demais drogas estão relacionadas aos familiares.

3 – Eu acho que eles negligenciam a fissura, eles não sentem pois na hora que ele utiliza ele sempre entra em contato com a droga e acaba não sentindo falta.

20 – O tabaco eles não mentem.

2 – A percepção que eu tenho é que as outras drogas sempre serão abafadas pelo tabaco.

1- Quando atendíamos as pessoas, algumas falavam que é bom fazer esse trabalho pq tem muito servidor que utiliza e extrapola... mas aí nós ficávamos esperando e não apareciam, e nós aplicamos em quase todos. Então algo estava errado...

12 – é o assist auxilia a abordar, fazer a prevenção mostrando o risco do padrão utilizado pelo servidor, no próximo periódico devemos voltar a conversar sobre a questão. Como instrumento é ótimo, pq a prevenção no adulto deve ser feita individual. Utilizar o assist como abordagem e verificar a longo prazo o efeito do uso e monitorar o servidor.

3. Quais foram as principais barreiras no processo (processo e assist + IB).

20 –a barreira no processo é a distância para tirar o servidor do local de serviço, as vezes ele acaba gastando a tarde inteira, eles são muito espalhados e ficava difícil chamá-lo para participar da pesquisa. No assist, eu acho que eles falam mentira ou camuflam os resultados. E aí como o cigarro é mais fácil de ser aceito, é o que aparece.

18 – A barreira é chamar o servidor, mas para realizar a aplicação do assist e a IB não teve.

10 – É a barreira é saírem do local de trabalho, as vezes estão no próprio local de trabalho e não podem sair da sala de aula. Muitas vezes eles vinham na primeira parte, porém diziam que não viriam em uma próxima pq não poderiam se ausentar do local de trabalho.

15 – Muitas vezes era marcado com o servidor para o atendimento e ele não aparecia, sempre com a justificativa de não poder sair do local de trabalho.

Todos concordam com a questão de retirar o servidor do local de trabalho para a pesquisa é uma barreira do processo de pesquisa.

1 2 3 - A detecção parece ficar mais restrita ao uso do tabaco, as demais drogas não aparecem. Tivemos uma barreira em encontrar os servidores das secretarias indiretas, principalmente o IPPUC, apesar dessa secretaria já ter um histórico de não participar de nenhuma atividade, e não era relacionado ao assunto de drogas em si, pq não colocávamos o assunto a ser tratado quando os chamávamos.

23 – só conseguimos detectar tabaco.

– a barreira foi inicial na necessidade de não se fazer IB quando o servidor era alocado no grupo controle.

– Principalmente fazer a IB apenas depois de três meses

4. Como vc conduziu a IB para garantir que o servidor falasse no assunto de drogas. O que vc evitaria falar ou enfatizar em uma sessão de IB.

25 – o que facilitou a abordagem do assunto foi o assist, deixando a pessoa a vontade para responder e aí com base nas respostas fazia a IB. Foi bem natural.

24 – O assist facilitou, não tive nenhum caso que existisse dificuldades, não houve recusa em participar e falavam do assunto abertamente. Foi com tranquilidade, inclusive as pessoas agradeciam por ter a oportunidade em falar no assunto

5 – O tabaco é visível a IB é mais fácil, inclusive por conta da Lei Antifumo, então a própria pessoa relata que tem que parar de fumar, e assim é muito mais fácil de fazer a IB. Agora a questão do álcool, assim como a maconha, o relato é que já experimentou, mas não faz uso ou que utiliza socialmente, no caso do álcool, que utiliza como as outras pessoas. Mas mesmo sendo mais difícil eu conduzo mostrando as técnicas de IB, os pratos da balança.... E embora a pessoa resista em achar que ela não tem um problema, a gente sabe que ela sai da conversa pensando no assunto.

10 – As IBs que fiz foi bem tranquilo, normalmente as pessoas queriam saber em que implicaria no seu trabalho, mas não tive dificuldades em realizar as IBs.

17 – Minha estratégia foi com base na pontuação do assist

23 – As chefias fogem do assunto. Mas utilizamos a pontuação do assist. Já temos o manejo para trabalhar com essa questão e utilizando a pontuação reforçamos a ideia de falar mais sobre o assunto.

4 – eu tive problemas em aplicar na classe médica, não que não tenham problemas com a questão mas não querem que registre.

25 – Não tive problemas em conduzir a IB.

18 – Não tive problemas pq deixei os servidores bem a vontade para falar no assunto. A estratégia que usei foi a pontuação do assist

20 - Não tive problemas, falei da OMS, da ética, do sigilo e utilizei a pontuação do assist.

13 – Não tive problemas, até pq utilizei a abordagem de ser uma pesquisa e que tratava-se de questão de saúde. E sempre comentavam ter gostado de participar, que tiveram oportunidade de falar.

5. Exemplifique situações em que foram eficazes e as que não foram eficazes na sua experiência com a IB.

5 – Em um caso o servidor era novo na prefeitura, e a aceitabilidade dele foi grande, foi muito tranquilo, então teve boa aceitação. A outra pessoa continua na história de que para a hora que quiser. Nós iniciamos a fazer a aplicação do assist e a IB para um departamento com histórico de problemas com álcool, ainda não fizemos o retorno deles , mas eu considero muito gratificante pela questão de poder falar no assunto. Eu considero bem válido

17 – Eu tive um caso em que o paciente foi bem resistente e foi com relação ao tabaco. Ele dizia ser direito dele utilizar e que não era o momento dele, falou ser opção dele e se ele precisasse de ajuda ele buscaria o serviço. E eu me senti invadindo um pouco o espaço dele achei melhor não confrontá-lo para não perder o paciente.

22 – Na nossa secretaria o que percebemos é que muitos daqueles com o final de matrícula estipulado para a pesquisa não apresentavam problemas mas sabíamos que existia o problema dentro da secretaria, então decidimos fazer em 100% da secretaria em questão. Em questão a realização da IB algumas pessoas relatavam não ser interessante para o caso delas, mesmo retomando o assunto de ser questão de saúde, comentavam que param quando quiserem.

18 – Eu não tive problemas, mas quando eu utilizei o manual com estratégias, eu achei que eu tinha uma coisa concreta para trabalhar e fazer a abordagem, os pacientes acharam interessante e diziam que iriam utilizar. Alguns falavam que não tinham parado , mas tinham diminuído.

20 – Existiu uma senhora que pontuou e no seguimento ela relatou que tinha parado e que estava sentindo-se orgulhosa em participar da pesquisa e em poder dizer que tinha parado.

13 – Eu recebi uma paciente que consome 2 galões e meio de vinho a cada dois dias. Até fizemos a conta de quanto ela gasta em um mês. E pela aparência, vc não diria que ela estava em consumo de álcool. Ela teve muita receptividade, ela queria muito ajuda, ainda tenho o retorno com ela.

19 – Os pacientes em que apliquei tinham diminuído o uso do tabaco e um deles comentou estar muito feliz com a redução. Outra pessoa comentou a redução do tabaco, mas estava, ainda, muito resistente quanto ao seu uso do álcool.

6. Quais as expectativas em relação ao projeto SBI?

23 – Minha expectativa é dar continuidade, é aprofundar o tema assist, PQ A PREVENÇÃO DEVE SER O CARRO CHEFE. Acho que vale a pena continuar, mas acho que temos que padronizar.

17 – Para mim a expectativa é saber se tem eficácia, e se detecta outras drogas no ambiente de trabalho. E caso não detecte, quase as adaptações poderiam ser feitas.

25 – Que ele seja mesmo utilizado como instrumento de trabalho a critério do profissional, e não utilizar como rotina para todos, que tenhamos um instrumento para realizar o meu trabalho ou seja, quando eu achar que é preciso eu o utilizo.

15 – Eu espero que tenha continuidade pq fazer pesquisa por fazer não resolveria.

7. Como foi o chamamento do servidor em sua secretaria?

1 – Convite para uma pesquisa relacionada à qualidade de vida de uso de substâncias conduzida em parceria com OMS, PMC e UFPR.

2 – Chamados para atendimento de rotina com profissional da saúde ocupacional.

3 – Convocamos através do periódico. O servidor vinha para o periódico, e o próprio médico mandava para o serviço social para uma conversa complementar sobre saúde e substâncias.

4 – Foram chamados por telefone para participar de uma pesquisa.

5 – Mandamos convite (notes) para o servidor participar de uma pesquisa relacionada a saúde.

6 – Aproveitamos a vinda do servidor no periódico, apenas nas secretarias indiretas nós chamamos por convite, porém não relatava sobre o que se tratava.

7 – Nós chamamos através de convite para uma complementação do exame médico periódico.

8– Nós usamos várias estratégias. Uma fase foi no periódico, outra fase os servidores que iam até o núcleo, mesmo que por questões administrativas, nós chamávamos para a pesquisa. E em alguns casos nós fomos até o local de trabalho, em outros houve um encontro com os servidores e aproveitamos a ocasião para aplicar em alguns.

9 – Foram chamados para atenderem uma pesquisa sobre qualidade de vida a pedido da PMC.

8. Qual a abordagem utilizada para aplicar o assist?

1 – Antes da aplicação era relatada a parceria da PMC, UFPR e OMS tendo a finalidade de conhecer a qualidade de vida e uso de substâncias. Era ainda comentado o sigilo relacionado a nomes e matriculas dos servidores.

2 – Fazia-se a entrevista como rotina, o teste era aplicado como parte do atendimento. Após o teste e ou IB foi feita a explicação sobre a pesquisa. A abordagem não foi difícil, mesmo não comentando sobre a pesquisa.

3 – Antes da aplicação relatava-se a pesquisa em parceria com PMC, OMS E UFPR.

4 – Explicou-se ser uma pesquisa em parceria com a UFPR , com instrumento desenvolvido pela OMS, muitas vezes explicava-se o que era a OMS, e dizíamos ter um objetivo a prevenção.

5- Informávamos ser uma pesquisa da OMS, e na PMC a pesquisa estava sendo realizada em parceria com a UFPR.

6 – Explicava ser uma pesquisa em parceria coma UFPR, PMC E OMS.

7 – Eu iniciava dizendo ser uma pesquisa em parceria com a UFPR ,OMS E PMC.

8 – Relacionava à pesquisa e a parceria.

9 - Dizia ser uma pesquisa de interesse da PMC sobre qualidade de vida.

9. Comentar ser pesquisa com parceria da OMS facilita a abordagem?

1– Sim.

2 – sim

3 – A explicação sobre a pesquisa era feita após a aplicação do assist e da IB. Assim não ocorria interferência na abordagem. Inclusive duas pessoas que pontuaram para IB não aceitaram participar da entrevista, foram feitos todos os procedimentos como aplicação do assist e IB, mas quando foram faladas de pesquisa e de assinatura do termo de consentimento elas não quiseram participar, principalmente, pela parceria com a instituição e a continuidade do sigilo. Mas isso não interferiu no trabalho em si, elas receberam o acompanhamento, acho que até que nos aproximou mais.

4 – Entendo que sim para a aplicação do assist pq torna mais impessoal, porém acho que em relação a IB o paciente tem que assinar o termo de consentimento o que o deixa mais inseguro.

5 – Falar que se trata de pesquisa facilita a abordagem do assunto, inclusive começar dizendo que é de nível mundial, que tem a participação da OMS.

6 – Sim. Mesmo aqueles que sabiam previamente do que se tratava a pesquisa participaram e continuaram vindo, inclusive chefes e diretores.

7 – Não atrapalha

8 – Sim. Acho que a pesquisa dá certa leveza pq não está ligado ao trabalho é uma coisa de fora, é igual te perguntarem alguma coisa na rua, vc responde, vc vai estar no meio dos números.

9 – Sim.

10. Daqui para frente seria utilizada a questão da pesquisa ou como uma rotina de saúde ocupacional?

Chefia – acho que não precisamos mais utilizar de subterfúgios para tocar em um assunto que a realidade existe e que nós da saúde ocupacional devemos intervir.

1 – Eu continuaria a falar que se trata de uma pesquisa.

2 – Colocaria, assim como já fizemos em um departamento, se tratar de complementação de exame médico periódico.

3 – Eu acho melhor falar sempre a verdade, se não é pesquisa, não é pesquisa, não vou chamar para uma pesquisa. Continuaremos a trabalhar com o assist como instrumento de rotina no atendimento.

4 – Com certeza falaria ser uma pesquisa, já que não deixa de ser uma maneira de pesquisa. Explicaria ser uma pesquisa com instrumento oficial da OMS e cujo objetivo é fazer diagnóstico precoce.

5– Falaríamos ser o assist um instrumento de rotina diária da saúde ocupacional.

6- Eu acho que a pesquisa passa uma impessoalidade que vc não está preocupada com o indivíduo. Então eu acho que devemos demonstrar um comprometimento da saúde ocupacional com o indivíduo, isso tem que ficar claro. Então, eu Cho que tem que ter outra abordagem.

7 – Eu considero continuo achando que a pesquisa dá certa leveza. Evidente que na questão do sigilo fica um pouco duvidoso pq a partir do momento que ele tem que voltar no seguimento, isso implica dizer que ele tem um problema, e ele vai quere se afastar.

8- As questões que constam no Assist podem se constituir em instrumento de uma situação como forma de traçar perfil individual ou para conhecimento do perfil de uma clientela, se tomado como rotina em uma estrutura de trabalho. A abordagem deve oferecer credibilidade e confiança ao cliente, este aspecto sempre tem que ser atendido, não é pesquisa, não deve ser mencionado como pesquisa.

→ Percepção geral :

É mais prático aplicar quando o servidor vem para o exame médico periódico, pq aproveita o horário em que ele já deve se deslocar do ambiente de trabalho para uma determinação legal.

A grande importância do assist além de facilitar a abordagem e poder tocar no assunto sem preconceito ou medo.

A familiarização com o instrumento promove maior segurança para aplicá-lo e para falar no assunto. Mesmo que o servidor esteja resistente em relação ao assunto falado na IB, ele irá sair pensando no assunto e, assim, com a possibilidade de mudar seu comportamento.

Todos relacionaram o sigilo e a não repercussão no vínculo empregatício.

