

RENATA THIVES DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO BREVE APLICADA
CONJUNTAMENTE AO QUESTIONÁRIO ASSIST PARA O ÁLCOOL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CURITIBA E PALMAS - PR**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Farmacologia, no Programa de Pós-Graduação em Farmacologia do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

Curitiba, 2006.

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO BREVE APLICADA
CONJUNTAMENTE AO QUESTIONÁRIO ASSIST PARA O ÁLCOOL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CURITIBA E PALMAS - PR**

“Somos o que fazemos, mas somos, principalmente,
o que fazemos para mudar o que somos”
(Eduardo Galeano)

Dedico este trabalho a todos aqueles que
através de suas histórias fizeram
eu compreender a minha...

AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida, pelas oportunidade para eu seguir a missão que foi concedida.

A minha mãe, a qual foi meu porto seguro, um anjo de luz que soube me guiar em todos os caminhos.

Ao Anderson, meu noivo, que soube compreender minha ausência e estresse, pelo apoio e estímulo nos momentos em que pensava que não ia conseguir, eu o amo por tudo que você é.

A minha família, pelo companheirismo, orientação e dedicação que sempre tiveram comigo.

Ao meu pai, por fazer com que eu encontrasse nesse caminho forças para enfrentar as barreiras.

A Adriane e os alunos de Iniciação Científica, pelo trabalho desempenhado no projeto, em especial Fernanda, Vania, Kleber, Sara e Leila.

Ao UNICS e ao Colégio Bom Jesus, que sempre mostraram-se prontos a ajudar nesta etapa de minha capacitação e por permitirem que os alunos participassem ativamente deste processo.

A todos os meus colegas de mestrado e meus amigos, pela amizade que apesar de não estarmos sempre juntos, proporcionaram-me momentos e conhecimentos, os quais nunca esquecerei.

Aos professores e funcionários do Departamento de Farmacologia que contribuíram para minha formação.

Aos funcionários, direções e pacientes das USB e do Hospital São José, que possibilitaram com suas histórias e atitudes o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos amigos especiais Carla, Carol, Caike, Carlos, Inara e Rute que me acolheram e me deixaram fazer parte de sua vida e de sua família.

A Professora Roseli que foi não somente orientadora neste trabalho. Amigo é aquele que nos ajuda a levantar e caminha conosco, sem deixar cair, nos da força para prosseguir e nos ajuda a vencer. Sua amizade, compreensão e dedicação são exemplos em que procuro me espelhar.

SUMÁRIO

EPÍGRAFE	i
DEDICATÓRIA	ii
AGRADECIMENTOS	iii
LISTA DE ABREVIATURAS	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
<i>FIGURA DA INTRODUÇÃO</i>	vii
FIGURAS DO TRABALHO ENVIADO À REVISTA	vii
LISTA DE TABELAS	viii
<i>TABELAS DA INTRODUÇÃO</i>	viii
RESUMO	viii
ABSTRACT	x
1 INTRODUÇÃO	1
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVO GERAL	26
3.1 Objetivos Específicos	26
4. TRABALHO ENCAMINHADO À REVISTA	27
RESUMO	28
ABSTRACT	29
INTRODUÇÃO	30
METODOLOGIA	31
RESULTADOS	35
ANÁLISE DA EFICÁCIA DA IB	35
DISCUSSÃO	36
CONCLUSÃO	40
LEGENDAS DAS FIGURAS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXO	49
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXO 1 - PARTE 1: REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO	65
ANEXO 2 – PARTE 6: ASSIST	67
ANEXO 3 – PARTE 2: CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO	72
ANEXO 4 – PARTE 3: FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES AO PACIENTE	73
ANEXO 5 – PARTE 4: FORMULÁRIO DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE	74

	V
ANEXO 6 – PARTE 5: FORMULÁRIO DE PERFIL DEMOGRÁFICO	78
ANEXO 7 – PARTE 7: REGISTRO DA INTERVENÇÃO BREVE	81
ANEXO 8 – PARTE 8: ASSIST	84
ANEXO 9 – PARTE 9: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA IB	90
ANEXO 10 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	94

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção primária à Saúde

ASSIST – “Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test” – Teste de triagem para álcool, tabaco e outras substâncias.

AUDIT – “Alcohol Use Disorders Identification Test” – Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool.

AVAI – Anos De Vida Ajustado Por Incapacidade.

CAGE – Acrônimo referente às suas quatro perguntas – “Cut Down, Annoyed by criticism, Guilt e Eye-opener”.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças- 10 edição.

CONT – Grupo controle

DSM – IV – “Diagnóstico Statistical Manual - IV edition”, Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª Ed.

IB – Intervenção Breve

NIAAA – “National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism” – Instituto Nacional sobre Abuso de Álcool e Alcoolismo

OMS – Organização Mundial da Saúde - “World Health Organization”

PKU – Fenilcetúria

UBS – Unidade Básica de Saúde

USPSTF – “US Preventive Services Task Force”

WHO – ver OMS.

LISTA DE FIGURAS***FIGURA DA INTRODUÇÃO***

Figura 1: Modelo de mudança de comportamento (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1984).....	20
---	----

FIGURAS DO TRABALHO ENVIADO À REVISTA

Figura 1: COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ESCORE OBTIDO PELO INSTRUMENTO ASSIST NA ENTREVISTA BASAL E DE RETORNO PARA O GRUPO IB.....	57
---	----

Figura 2: COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ESCORE OBTIDO PELO INSTRUMENTO ASSIST NA ENTREVISTA BASAL E DE RETORNO PARA O GRUPO CONT.....	58
---	----

Figura 3: COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ESCORE TOTAL OBTIDO PELO INSTRUMENTO ASSIST NA ENTREVISTA BASAL E DE RETORNO PARA OS GRUPOS IB E CONT.....	59
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELAS DA INTRODUÇÃO

Tabela 1: Limite para uso de álcool.....2

RESUMO

Objetivo: A OMS desenvolveu e validou o ASSIST (“Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test”) para detectar uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde, onde são comuns pacientes com problemas causados pelas drogas. Avaliou-se a eficácia da Intervenção Breve (IB) após detecção pelo ASSIST de problemas com o álcool.

Metodologia: Em Unidades de Saúde de Curitiba e ambulatório do Hospital São José - Palmas, 1046 pacientes, ambos os sexos, 18-50 anos, responderam o ASSIST (8 questões sobre frequência e problemas pelo uso nos últimos 3 meses, sendo 39 o escore máximo). Para álcool, escores entre 11-26 indicam risco e inclusão no estudo. Cada paciente, aleatoriamente, recebia IB de no máximo 20 min após o ASSIST (grupo IB – Intervenção Breve) ou permanecia em espera para IB após 3 meses (grupo CONT - Controle). Então, o ASSIST era aplicado novamente.

Resultados: Álcool foi a droga mais usada na vida (89,7%), nos últimos 3 meses (72,5%) e 15,9% ficaram na área de risco. Destes, 45 foram alocados no grupo CONT e 36 no IB. Os escores médios no basal e retorno foram, respectivamente: IB (n=33) $16 \pm 5,8$; $9 \pm 7,7$; CONT (n=29) $17 \pm 4,6$; $13 \pm 6,7$. Os fatores sessão ($F(1, 60)=57,12$ $p \leq 0,001$) e grupo ($F(1, 60)=5,62$ $p \leq 0,03$) foram significantes pela ANOVA de 2 vias mas sem interação ($F(1, 60)=3,28$ $p= 0,075$).

Conclusão: Os escores de todos os pacientes reduziram, porém os que receberam IB no basal ficaram fora do risco enquanto os controles continuaram. Houve maior adesão do grupo IB.

UNITERMOS: ASSIST-OMS, ABUSO DE ALCOOL, TESTE DE TRIAGEM, INTERVENÇÃO BREVE.

ABSTRACT

Objective: The ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) is an questionnaire developed by the WHO. It's screens for harmful, hazardous and dependence use of drugs. The test was devised for use in primary health care settings, where there is potential to detect problems early associated with drug use. Was evaluated de efficacy of BI after screen by ASSIST for alcohol problems.

Methods: In primary health care from Curitiba and ambulatory São José hospital from Palmas. 1046 subjects, 18-50 years old, both gender, answered the ASSIST (is an eight item questionnaire about frequency, problems by use in least three months). For alcohol, the subjects with score was between 11-26 indicate them inclusion in study. Each subject was randomized and received BI with at the most 20 min (BI group – Brief Intervention) or stand in wait list for receive the BI after three months (CONT group - Control). Then, the ASSIST was applied again.

Results: Alcohol is the drug the most use in life (89,7%), least three months (72,5%) and 15,9% wore in risk area; Only 81 accept to participate: 45 was randomized in CONT e 36 in BI. The score median in basal and follow-up, respectively: CONT (29 subjects) $17\pm 4,6$; $13\pm 6,7$; IB (33 subjects) $16\pm 5,8$; $9\pm 7,7$. The session factor ($F(1, 60)=57,12$ $p\leq 0,001$) and group ($F(1, 60)=5,62$ $p\leq 0,03$) significant by ANOVA two way, but out of interaction ($F(1, 60)=3,28$ $p= 0,075$).

Conclusions: All subjects had been them scores reduced, however the BI in basal was outside of the risk area while CONT they had remained. The IB was the most interested in follow up.

UNITERMS: ASSIST-WHO, PROBLEMS ALCOHOL USE, SCREENING TEST, BRIEF INTERVENTION.

1 INTRODUÇÃO

O consumo de álcool aumenta significativamente as chances de problemas de saúde e isso é comum em pacientes que freqüentam os cuidados primários a saúde (ANDERSON et al., 1993) além do que impõe uma quantia econômica significativo de encargos ao sistema básico de saúde (FLEMING et al. 2000). Culturalmente o álcool apresenta-se em nossa sociedade, desde as primeiras civilizações de que temos notícia, tendo uma importante e variada inserção na vida do homem. A palavra *álcool* deriva do árabe “alkuhl”, significando essência. Seu uso tem ocorrido no tempo de acordo com as diferenças culturais, podendo variar inclusive dentro de uma mesma cultura, com as atitudes a seu respeito tendo sido da tolerância à reprovação e por vezes até de duplo registro, ao mesmo tempo de aquiescência e de condenação (TOSCANO, 2001).

O álcool usado acima dos limites recomendados é associado com um amplo espectro de preocupações relacionado à saúde incluindo o aumento da pressão sangüínea, traumas, acidentes, violência doméstica câncer, síndrome alcoólica fetal e problemas de saúde. Esses problemas ocasionados pelo álcool são normalmente tratados, mas sem a atenção para a causa primária destes, além do que, a falha em uma detecção precoce do problema pode resultar em sérias conseqüências clínicas (FLEMING, 1997).

O homem considerado em sua totalidade constitui um ser biopsicossocial. Talvez em nenhum outro âmbito da medicina estes três fatores interajam tão fortemente como no campo da dependência por drogas, somando-se, aqui, uma quarta vertente – a droga em si – e todas as suas peculiaridades farmacológicas (GALDURÓZ; CARLINI, 1995).

Um importante fator de risco para o desenvolvimento de alcoolismo é o fator familiar, mas o ambiente social e fatores interpessoais são igualmente importantes, assim como a predisposição genética assim como ocorre em outras doenças. (ENOCH; GOLDMAN, 2002). ROOM et al. (2005) relatam que mesmo que o álcool seja tipicamente usado em situações sociais, a quantidade que um indivíduo ingere tende a ser influenciada pela quantidade

que os seus companheiros ingerem. Assim, se o nível de ingestão de uma população aumenta ou diminui, é provável que esse padrão reflita no consumo de cada indivíduo desta população.

O limiar para o uso de álcool dentro de um padrão de baixo risco foi determinado pelo Instituto Nacional sobre Abuso de Álcool e Alcoolismo (NIAAA) dos Estados Unidos como dois “drinks” por dia para homens e um para mulheres (Tabela 1):

Tabela 1: Limite para uso de álcool

**U.S. Government Recommended “Safe”
Levels for Alcohol Consumption**

Men: two drinks per day
 Women: one drink per day
 Standard drink (U.S.) = 12 g of alcohol:
 one 12 oz bottle of beer (4.5 percent); or
 one 5 oz glass of wine (12.9 percent); or
 1.5 oz of 80-proof distilled spirits

Fonte: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2000)
 (tradução: *oz bottle of beer* - uma lata de cerveja com 330 mL; *5 oz glass of wine* – uma taça de vinho com 140 mL; *1.5 oz of 80 proof distilled spirits* – uma dose de 40 mL de destilado)

De acordo com esse mesmo Instituto é recomendado que homens e mulheres acima de 65 anos consumam não mais que um “drink” por dia. O risco para o abuso de álcool é definido como mais que sete “drinks” por semana ou mais que três por ocasião para mulheres e mais que 14 por semana ou mais que 4 “drinks” por ocasião para homens. Já o consumo pesado é freqüentemente definido como mais do que 3 ou 4 “drinks” por dia para mulheres e mais que cinco ou seis para homens (*apud* ENOCH; GOLDMAN, 2002; FLEMING, 1997).

Se os transtornos por uso de substâncias não forem diagnosticados e tratados precocemente, o abuso destas substâncias poderão desencadear um grande número de incapacitações aumentando o volume de trabalho para os centros de saúde pública. (GARNICK et al., 2002). O uso regular de drogas e a dependência podem levar a problemas físicos, mentais e sociais, que demoram um tempo para se desenvolverem e podem incluir diminuição da imunidade a infecções, ansiedade, depressão, problemas com o sono,

sintomas de abstinência quando o uso é diminuído ou interrompido, dificuldades financeiras e problemas legais, de relacionamento e no trabalho. O custo social do uso do álcool é muito alto, considerando-se a atividade criminal, a violência e as lesões acidentais decorrentes. (GATCH; LAL, 1998).

Estudos epidemiológicos têm detectado índices de uso cada vez maiores nos últimos anos, tanto no Brasil (GALDURÓZ et al., 1997; 2003), como em outras regiões do mundo (UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM, 1997; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002). De acordo com o IV levantamento Nacional realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID (GALDURÓZ et al., 1997) com 15.503 estudantes de escolas de 1º e 2º graus de dez capitais brasileiras, as drogas mais consumidas entre os estudantes foram o álcool, responsável por 20% das faltas escolares, e os solventes. Em relação às drogas ilícitas, observou-se um aumento significativo de uso na vida desde o III Levantamento Nacional realizado em 1993, passando de 22% para 25% (GALDURÓZ et al., 1994; GALDURÓZ et al., 1997).

Dados do 1º Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (CARLINI, 2002), considerando as 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, mostraram que, em relação ao uso na vida de substâncias psicoativas, 48,3% dos entrevistados na faixa de 12 a 17 anos de idade mencionaram ter consumido bebidas alcoólicas, 15,7% tabaco, 3,4% solventes e 3,5% maconha. Considerando a prevalência de dependência nesta mesma faixa etária (12 a 17 anos), observou-se que 5,2% dos jovens foram considerados dependentes de álcool, 2,2% de tabaco e 0,6% de maconha. No V e último Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 27 capitais brasileiras com 48.155 estudantes, no ano de 2004, realizado pelo CEBRID, os dados indicaram que os alunos que já fizeram o uso na vida de drogas faltaram mais às aulas quando comparados aos que nunca experimentaram drogas não sendo, o uso de drogas, prerrogativa de certa classe socioeconômica. O uso na vida de algumas drogas como: anabolizantes, maconha, energéticos, cocaína e

esteróides têm maior incidência nos indivíduos do sexo masculino, ao passo que, drogas como: anfetamínicos e ansiolíticos são mais usadas por indivíduos do sexo feminino, confirmando dados dos estudos anteriores. Para ambos os sexos, o uso na vida de drogas reduziu em cinco capitais. O uso na vida de álcool diminuiu em ambos os sexos, em nove das dez capitais anteriormente estudadas com o mesmo método, ao contrário do tabaco que não teve uma redução significativa, em Porto Alegre, houve inclusive, aumento no uso na vida desta droga (7,2 %); Estando a região Sul em segundo lugar em relação ao uso na vida com 67,8 %, ficando atrás da região Sudeste com 68,7%. Em relação ao uso freqüente (quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa) a região Sul está na frente aos demais estados e a média nacional com 12,9 %. O álcool foi a droga que teve a menor média de idade do primeiro uso com média de 12,5 anos entre todas as drogas pesquisadas. O mesmo estudo demonstra que características familiares podem estar relacionadas ao uso pesado de álcool, o bom relacionamento com os pais e entre os próprios estudantes parece ser um fator protetor ao não uso pesado de álcool. Pode-se notar que os estudantes que seguem alguma religião tiveram menos uso pesado de álcool. A prática do esporte não influenciou no uso, porém aqueles estudantes que trabalhavam tiveram mais uso pesado de álcool que os não usuários. O uso na vida de drogas psicotrópicas inicia muito cedo, em crianças na faixa etária de 10-12 anos, 0,6 % fizeram uso de maconha, 0,5 % cocaína, 0,2 % crack, 7,0 % tabaco, 41,2% álcool. Para a faixa etária de 13-15 anos, 3,9 % maconha, 1,4 % cocaína, 0,6 % crack, 24,7 % tabaco, 69,5 % álcool. Os estudantes com 16-18 apresentaram os seguintes dados: 11,2 % maconha, cocaína 2,8 %, crack 1,1 %, tabaco 39,7 % e álcool 80,8 %. Nas três faixas etárias, os estudantes já experimentaram as demais drogas pesquisadas (anfetamínicos, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, barbitúricos, opiáceos, xaropes, alucinógenos, orixinógenos, energéticos, esteróides/anabolizantes, tabaco e álcool) e o grau de freqüência no uso tende a aumentar com a idade (GALDURÓZ et al., 2004).

Segundo o BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CURITIBA (2005) a doença alcoólica do fígado está em 2º lugar entre as doenças causadoras de

mortes entre as faixas etárias de 35-44 (4,8%) e 45-54 anos (4,1%).

Segundo CARLINI-MARLATT (2001), uma forma de avaliação de consumo faz uso de dados de produção/venda de bebidas alcoólicas e cigarros para calcular o consumo *per capita*. O Brasil ocupa o 63º lugar entre 153 nações analisadas, sendo um dos 20 países que possui estimativas sobre a produção doméstica e informal de álcool, e deste modo sabe-se que no Brasil o Ministério da Agricultura estimou em 8,6 litros *per capita* em 1996. As tendências analisadas pela Organização Mundial da Saúde no “Status Report on Alcohol” (1999) mostrou que a produção industrial *per capita* no Brasil, entre início da década de 70 e meados da década de 90, passou de 3,18 para 5,5 litros apresentando uma mudança de cerca de 74,53%, enquanto Chile, Argentina, Estados Unidos e Canadá apresentaram reduções (apud CARLINI-COTRIM, 2001). A autora ainda conclui que o Brasil é um mercado promissor para a venda de bebidas alcoólicas e de cigarros, contrastando com o mercado representado pelos países desenvolvidos e mesmo com alguns países sul-americanos. O impacto dessa tendência, em um país relativamente apático no enfrentamento de interesses econômicos que coloquem em risco a saúde da coletividade, ainda é desconhecido, além do que o enfrentamento desses problemas, por sua vez, demandarão em acréscimo de gastos públicos num país que se digladiava para cortar os gastos do Estado em várias áreas.

Existem evidências de que o uso de drogas está associado a problemas de saúde pública. Tabaco, álcool e drogas ilícitas estão entre os 20 maiores fatores de risco de problemas de saúde identificados pela Organização Mundial da Saúde. Estima-se que o tabaco seja responsável por 9% de todas as mortes e por 4,1% da carga global de doenças, medida pelos anos de vida ajustado por incapacidade (AVAI). O álcool é responsável por 3,2% de mortes e 4% de AVAIs e as drogas ilícitas por 0,4% de mortes e 0,8% de AVAIs. Existe uma tendência crescente das pessoas usarem múltiplas substâncias juntas ou em épocas diferentes, o que aumenta ainda mais os riscos, cigarro e álcool continuam nos primeiros lugares das listas dos fatores de risco na projeção para 2010 e 2020 (MARQUES, 2004).

O álcool está freqüentemente associado com violência e crimes, porém esta relação poderia não ser sempre casual (ROOM, 2001; BALTIERI, 2004). Diferenças culturais também tornam-se aparentes na estreita ligação entre o consumo de álcool e violência (ROOM, 2005; NOTO et. al 2004). MARTIM e BRYANT (2001) apontam três fatores que interrelacionam o consumo de drogas e as atividades criminosas: primeiro, o comportamento mal adaptativo provocado pelos efeitos farmacológicos resultaria em atividades ilícitas; segundo, que as necessidades econômicas dos usuários conduziram a atos criminosos para sustentar o próprio vício; e por último, a violência associada ao tráfico e ao mercado de drogas compondo o crime organizado. Um estudo feito por DUARTE e CARLINI-COTRIN (2000) analisou os processos de homicídios julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba, sugerindo que 58,9% dos autores e 53,6% das vítimas estavam sob efeito do álcool no momento da ocorrência. Já um estudo feito por NOTO et al. (2004) demonstrou que no estado de São Paulo de 749 situações de violência evidenciadas, 52,7% mencionavam violência com autor embriagado e 9,7% com o autor intoxicado por outra droga. Os autores discutem que apesar da imprensa associar a violência ao uso de cocaína e da crença geral que a violência doméstica está associada ao uso de drogas ilícitas, o uso do álcool, uma droga lícita e muito popular, mostrou uma associação muito maior para todos os tipos de violência, exceto para furtos, fortemente associados ao uso de cocaína.

Em geral, os usuários de substâncias psicotrópicas procuram os serviços especializados já em uma fase muito grave do distúrbio (FORMIGONI, 1992). Acrescenta-se a isso, o fato de muitos usuários de drogas apresentarem comorbidades, sendo freqüente entre as mulheres alcoolistas a ocorrência de transtornos de ansiedade e do humor, e entre os homens, a personalidade anti-social (KESSLER et al., 1997). Alguns pacientes também distorcem as informações referentes ao uso de álcool por terem vergonha e medo da estigmatização. Isto poderia levar a omissões de informações sobre condições médicas e/ou psiquiátricas, potencializando complicações cirúrgicas, sintomas de síndrome de abstinência, interações com drogas e a perda de oportunidades para prevenção, incluindo

intervenções durante a gestação para prevenir efeitos danosos para o feto. Mais freqüentemente muitos pacientes, principalmente os mais velhos, continuam sendo tratados sem o reconhecimento dos problemas reais (ENOCH; GOLDMAN, 2002), assim muitas pessoas que necessitam de cuidado para os problemas com álcool e outras drogas acabariam por não receber o cuidado específico para o problema (HARWOOD et al. , 2001; WOODWARD et al. 1997).

Existe também o estigma associado com o álcool e outras drogas de abuso, levando os usuários a evitar o tratamento formal com medo que as informações interfiram no emprego e entre familiares e amigos, e, por esse motivo, nem todos os que precisam de tratamento realmente querem enfrentar isso (MCLELLAN; MEYERS, 2004). Porém, os testes de detecção também podem encorajar o paciente através de um diagnóstico da evolução do problema e levá-los ao tratamento que poderia ser efetivo (BABOR et al., 2004).

Historicamente, métodos mágicos e empíricos foram usados em várias sociedades como ações preventivas não apenas pela população de forma espontânea, mas também com a recomendação dos responsáveis pela saúde na comunidade local. Entretanto, o conceito científico de uma intervenção preventiva foi desenvolvido como resultado de avanços no conhecimento médico tendo-se por base a descoberta de agentes etiológicos específicos e de imunizadores (BUCHER, 1995).

A prevenção na área de drogas visa a adoção de uma atitude responsável com relação aos psicotrópicos. O objetivo último da prevenção, no campo dos problemas relacionados ao consumo de drogas psicotrópicas, é procurar que os membros de uma dada população não abusem de drogas e, conseqüentemente, não causem danos pessoais e sociais relacionados a este abuso, nem prejuízos que daí possam decorrer (CARLINI et al., 1990).

No Brasil, durante muitos anos, havia uma clara separação entre as ações preventivas, ligadas ao Ministério da Saúde, e as ações curativas, vinculadas ao Ministério da Previdência. A nova legislação é muito clara na definição: não deve mais haver essa separação; as ações de caráter individual e coletivo devem ser financiadas e estar articuladas no mesmo

sistema, gerando atendimento da demanda espontânea da população, sem que sejam esquecidos os programas pré-estruturados para atender às necessidades epidemiologicamente definidas pelo gestor do serviço de saúde. O atendimento com a diretriz da integralidade também pressupõe acesso a serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, e considera o indivíduo na sua totalidade, respeitando as peculiaridades individuais e coletivas (DUCAN et al., 1996)

Com o progresso para intervenções para doenças específicas, tem-se aumentado o interesse para a detecção de fatores comportamentais de risco em pacientes com poucos hábitos de saúde preventiva (BABOR et al, 2004). Atividades de intervenções primárias podem criar um clima social de melhor aceitação para medidas efetivas. Entretanto decorrente de tal estado de consciência, eles são incapazes de sozinhos reduzir os problemas relacionados ao álcool, sem outras medidas de controle (CRAPLET, 2006).

Segundo BABOR et al. (2004), há várias maneiras de mudar os comportamentos em prol da saúde e um dos direcionamentos é a aplicação clínica de serviços preventivos em locais de cuidado à saúde.

Aos pacientes que visitam os locais de atenção primária à saúde dever-se-iam oferecer oportunidades para identificação do uso de álcool e drogas e direcionar tratamento aos que necessitassem de cuidados. Promover a detecção, bem como a estabilização dos problemas por álcool e outras drogas, são freqüentemente realizados por programas de saúde mental, e os instrumentos para essa detecção não são usados em grande escala (DUSZYNSKI et al., 1995). Assim, a detecção precoce do uso de substâncias e suas conseqüências, tem sido de grande importância para se fazer uma intervenção nas fases iniciais do problema, melhorando muito o prognóstico (JEKEL et al., 1996; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002; STEWART; CONNORS, 2004/2005).

Segundo SCHMIDT e DUNCAN (1996), as ações preventivas podem ocorrer em momentos diferentes na história da doença, o que permite sua classificação em prevenção primordial, primária, secundária e terciária.

A prevenção primordial objetiva evitar a instalação de fatores de risco.

Prevenção primária visa evitar a instalação da doença (SCHMIDT; DUNCAN, 1996), no domínio das substâncias psicoativas, o objetivo é impedir que se produza um consumo problemático antes mesmo do primeiro uso. Incluem-se aqui a educação para a promoção da saúde, a informação e medidas sociais e legais (LIMA; AZEVEDO, 2006).

A prevenção secundária visa à detecção e ao manejo precoce da doença, faz parte deste nível de intervenção uma variedade de técnicas: aquisição de conhecimento mais adequado a respeito das drogas; conscientização da pessoa em relação ao seu comportamento; suas reações às diversas circunstâncias; o significado das coisas que lhe acontecem e dos gestos que usa para determinadas situações (IMESC, 2006). Caracteriza-se por ser um prolongamento da prevenção primária, quando essa não atingiu os objetivos propostos. No âmbito da questão do uso indevido de drogas, trata-se, portanto, de intervenções que tem como objetivo principal reduzir danos e evitar que um estado de dependência se estabeleça (SENAD, 2006).

Prevenção terciária, é a reabilitação e a prevenção de complicações no indivíduo já doente (IMESC, 2006) consiste em quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população, reduzindo ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas à doença. Aplicada ao universo do uso indevido de drogas, esta tem como objetivo primordial evitar a recaída, visando a reinserção social dos indivíduos que se encontram numa perspectiva de dependência. Isto é, atua no sentido de possibilitar ao indivíduo uma reintegração no contexto social, na família e no trabalho, contemplando todas as etapas do tratamento (antes, durante e depois) (SENAD, 2006).

Os procedimentos dos testes de detecção tem sido desenvolvidos para identificar possíveis riscos ao alcoolismo (SAUDERS et al., 1993; SULLIVAN; FLEMING, 1997), e significativas reduções nos níveis de risco tem sido alcançados através de intervenções breves (FLEMING et al., 1997; BEING et al., 1993; WILK et al., 1997; KAHAN et al., 1995; MOYER et al., 2002).

O abuso e a dependência de álcool são desordens psiquiátricas prevalentes e novas farmacoterapias efetivas são necessárias para impedir o desenvolvimento para o alcoolismo, porém, é também bastante conhecido o

alto custo tanto para o desenvolvimento quanto para a aplicabilidade dessas farmacoterapias (NARANJO et al., 1996). A modificação de comportamentos alcançada com medidas de prevenção pode trazer benefícios não só para a saúde das pessoas, mas também economizar gastos do setor de saúde (BERLINGUER, 1996; STEWART; CONNORS, 2004/2005). A atenção primária à saúde (APS) oferece uma oportunidade única para o reconhecimento de pacientes com problemas de saúde mental e de usuários de substância de abuso nos estágios iniciais e indicar um tratamento (YOUNG et al., 2001; HAVERKOS et al., 1995).

Os profissionais que trabalham em APS tem uma importante responsabilidade de orientar seus pacientes em questões gerais de saúde e proporcionar um estado de bem estar físico e social. Por este papel eles deveriam vigiar e identificar os potenciais problemas relacionados à saúde (FLEMING, 2004/2005). A partir de tais constatações, tem-se observado um crescente número de pesquisas em relação ao uso de substâncias psicotrópicas, principalmente em relação ao desenvolvimento de instrumentos de detecção e diagnósticos válidos, confiáveis e de baixo custo (BABOR et al., 1989; BABOR et al., 2001).

O teste de detecção não é sinônimo de diagnóstico, o qual serve para estabelecer definitivamente a presença de uma doença, sendo que a detecção é usada para identificar os prováveis indivíduos com um problema. A detecção refere-se à aplicação de um teste em membros da população, para estimar a probabilidade de ele ter um problema específico, como problemas relacionados ao uso do álcool, como abuso ou dependência. As pessoas identificadas são freqüentemente encaminhadas para uma avaliação diagnóstica mais detalhada para confirmar se possui ou não o problema. (STEWART; CONNORS, 2004/2005).

Os critérios diagnósticos para uso nocivo e dependência estabelecidos pela OMS estão relacionados na Classificação Internacional das Doenças-10 edição (ICD-10, 1993) e evidencia prejuízos de caráter social, legal, ocupacional bem como para a saúde. Também a Associação Psiquiátrica Americana propõe critérios diagnósticos para esses transtornos,

caracterizando-os como abuso e dependência na sua publicação intitulada “Diagnostic Statistical Manual-IV edition – DSM-IV” (APA, 2000)

Crítérios Diagnósticos segundo o DSM -IV (APA, 2000)

Abuso de álcool – O abuso de álcool é definido como um padrão de mal-adaptação do uso do álcool levando a prejuízos ou aflições, manifestando uma ou mais dessas características abaixo no período de 12 meses:

- Uso recorrente de álcool resultando em prejuízo em cumprir as principais obrigações no trabalho, escola ou casa (Ex.: faltas repetidas ou fraco desempenho no trabalho relatado pelo uso do álcool, suspensões por faltas relacionadas também pelo uso do álcool ou expulsão da escola; negligência dos trabalhos domésticos ou de cuidar dos filhos)
- Uso recorrente de álcool em situações nas quais há risco físico (Ex.: dirigir automóveis ou operar uma máquina quando sob efeito do álcool).
- Recorrentes problemas legais (Ex.: preso por comportamento inadequado, relatado pelo uso de álcool)
- Uso continuado de álcool apesar de ter persistente ou recorrente problemas sociais ou interpessoais causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool. (Ex.: argumentações do cônjuge sobre intoxicação, agressões físicas).

Os pacientes não podem ter preenchido critérios para dependência de álcool anteriormente.

Dependência de álcool – A dependência de álcool é definida como um padrão de mal-adaptação do uso do álcool com relevância clínica que leva a prejuízos e aflições, como manifestado pela ocorrência de três (ou mais) das características abaixo em um período de 12 meses:

- Tolerância, definida por qualquer um dos dois critérios
 - A necessidade por aumentar a quantidade de álcool para causar intoxicação ou o efeito desejado.
 - Efeitos marcadamente diminuídos com o uso contínuo das mesmas quantidades de álcool.

- Síndrome de Abstinência, manifestado por qualquer um dos dois critérios:
 - Síndrome de abstinência característica.
 - Uso do álcool para aliviar ou evitar os sintomas da síndrome de abstinência.
- Beber álcool freqüentemente em grandes quantidades ou por longos períodos mais do que o intencional.
- Desejo persistente ou insucessos em evitar, diminuir ou controlar o uso de álcool.
- Muito tempo gasto em atividades necessárias para obter o álcool, usar ele, ou para recuperar-se dos efeitos.
- Desistir ou reduzir a importância de atividades sociais, ocupacionais, ou recreacionais devido ao uso do álcool.
- Uso continuado do álcool apesar de ter problemas físicos ou psicológicos persistentes ou recorrentes, que provavelmente tenham sido causados por álcool exacerbado (Ex.: Continuar a beber apesar de reconhecer que uma úlcera ficou pior pelo consumo do álcool).

A dependência pelo álcool pode ser classificada como dependência fisiológica quando há evidências de tolerância ou síndrome de abstinência. Se nenhuma dessas está presente, a dependência pelo álcool é classificada sem dependência fisiológica.

Critérios Diagnósticos segundo a CID-10 (WHO, 1993) - Os critérios distinguem entre o uso nocivo e a síndrome de dependência.

Uso nocivo de álcool – O uso nocivo é definido como um padrão para o uso do álcool que está causando danos à saúde. Os danos podem ser físicos (Ex.: hepatite seguida do uso do álcool por longos períodos) ou mental (Ex.: episódios depressivos secundários que aumentam a ingestão de álcool). O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário. Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão com freqüência associados a conseqüências sociais

diversas de vários tipos. Comumente o uso nocivo, mas não invariavelmente, tem conseqüências sociais adversas, conseqüências para os próprios usuários, no entanto não são suficientes para justificar um diagnóstico de uso nocivo.

Síndrome de dependência ao álcool Ocorrência de três ou mais manifestações, descritas a seguir, juntas no último mês ou, persistindo por período menor que um mês mas ocorrendo juntas repetidamente dentro do período dos últimos 12 meses:

- Um forte desejo ou sensação de compulsão para consumir álcool.
- Capacidade prejudicada para controlar o consumo em termos de início, término ou nível de uso, como evidenciado por um dos seguintes critérios:
 - Ingestão de álcool freqüentemente em grandes quantidades ou por períodos maiores que o pretendido.
 - Desejo persistente ou insucesso na tentativa de reduzir ou controlar o uso de álcool.
 - Estado de abstinência fisiológica quando a quantidade de álcool é reduzida ou cessada, como por um dos dois seguintes critérios:
 - A característica de síndrome de abstinência para o álcool.
 - Uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas da abstinência.
 - Evidências para tolerância dos efeitos do álcool, com uma das seguintes ocorrências:
 - Necessidade de aumentar significativamente a quantidade de álcool para causar intoxicação ou o efeito desejado.
 - Efeitos marcadamente diminuídos com o uso das mesmas quantidades de álcool.
 - Preocupação com o álcool evidenciado pelos seguintes critérios:
 - Renunciar ou dar pouca importância as alternativas prazerosas ou de interesse pelo álcool.
 - Gastar muito tempo em atividades necessárias para obter ou consumir álcool, ou recuperar-se dos efeitos.

- Uso persistente de álcool apesar da clara evidência de conseqüências prejudiciais, como evidenciado pelo uso continuado quando a pessoa esta atualmente consciente, ou poderia ser esperado estar consciente, da natureza da extensão do prejuízo.

O diagnóstico para problemas decorrentes do uso de álcool segundo a OMS também usa o termo “hazardous use” (uso de risco) descrevendo como um padrão de uso da substância que aumentaria o risco de conseqüências prejudiciais para o usuário. Estas poderiam incluir não somente conseqüências de saúde físicas e mentais, mas também conseqüências sociais. Em contraste com o termo “harmful use” (uso nocivo), o uso de risco refere-se a um padrão de uso que tem relevância para a saúde pública, mas que não atinge os critérios diagnósticos para um problema real nos usuários de álcool. Além do mais, esse termo não caracteriza um diagnóstico no CID – 10 (STEWART; CONNORS, 2004/2005).

As detecções oferecidas em APS são relativamente recentes na prática médica que teve crescimento e avanços na saúde pública na década de 30 e 40 (BERG; ALLAN, 2001). Os testes preventivos de detecção em serviços APS proliferaram na década de 50 e 60, período em que a detecção para PKU (fenilcetonúria) foi revelada. Como a detecção para PKU e outros métodos simples de detecção mostraram efetividade em controlar e prevenir doenças, aumentou a demanda para esse controle, mas em compensação foram reveladas barreiras vindas da APS (RUSSEL, 2004/2005). Em 1984, a comissão “U.S. Public Health Service” formada por um grupo de 20 membros criaram a “U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)”, para revisar sistematicamente as evidencias científicas dos serviços clínicos preventivos e a fazer recomendações para os profissionais sobre os serviços que eles deveriam rotineiramente oferecer (LAWRENCE; MICKALIDE 1987). Os membros deste grupo encontraram-se regularmente entre 1984-1988 e desenvolveram recomendações considerando 169 serviços preventivos em 60 áreas, resultando em 1989 na publicação “Guide to Clinical Preventive Services”. A sua segunda edição foi publicada em 1996, oferecendo mais de

200 serviços em APS, para adultos, gestantes, mulheres e crianças (RUSSELL, 2004/2005).

FLEMING (2004/2005) discute que a detecção na APS pode variar quanto ao tipo e intensidade indo desde uma única pergunta até uma avaliação ampla usando um questionário padronizado e propõe três níveis para a detecção e para as intervenções breves. A determinação do nível da detecção e da intervenção breve pelo clínico dependeria da população, se os pacientes têm ou não problemas psiquiátricos, habilidade físicas, interesses e a quantidade de tempo disponível. O nível de intervenção necessária para um paciente em particular, além destas citadas, também depende da gravidade do abuso ou da dependência de álcool, se usa tabaco ou outras drogas ilícitas bem como de medicamentos.

A detecção para usuários de álcool seguida de um breve aconselhamento tem demonstrado conseqüências positivas, como redução do consumo de álcool em pacientes que consumiam grandes quantidades (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2000, FREEBORN et al., 2000).

O guia médico desenvolvido pelo NIAAA recomenda os questionários que avaliam a quantidade/frequência de beber pesado (“binge-drinking”) como um teste de detecção primária (NIAAA 1995). Estes questionários são sensíveis e tem baixa média de resultados falso positivo. Os questionários são facilmente usados e podem ser incorporados dentro da prática médica com um mínimo de custo e esforço (FLEMING, 1997). Os instrumentos de detecção para problemas com álcool parecem ter adequadas sensibilidade e especificidade devendo isso ser levado em consideração quando utilizados em atenção primária (GARNICK, et al. 2002). Em 1996 a PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE – USPSTF (1996) recomendou que os serviços primários detectassem em todos os pacientes jovens e adultos problemas com bebidas, usando intervenções clínicas e questionários para teste de triagem: CAGE (“Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener”) ou AUDIT (“Alcohol Use Disorders Identification Test”) ou CAGE – AID (CAGE adaptado para incluir outras drogas) (ROCKVILLE, 1997). O teste de detecção CAGE tem grande confiabilidade de detecção, porém somente mantém o foco em dependentes de álcool (BABOR et al., 2004). Apesar das recomendações

para utilização de testes de triagem, em 2002 um grupo de pesquisa de Nova York constatou em uma avaliação com pacientes da APS, que 50% dos entrevistados disseram que os médicos não haviam perguntado sobre seu uso de substâncias de abuso e, 43% disseram que nunca foram diagnosticados (National Center on Addiction and Substance Abuse [CASA] 2002).

Existem alguns instrumentos já validados no Brasil, para triagem da dependência de álcool como o CAGE (MASUR; MONTEIRO, 1983) ou para avaliação de sua gravidade, como o SADD e o ADS (JORGE; MASUR, 1986). Para a triagem de problemas relacionados ao álcool existem estudos no Brasil para o AUDIT (MÉNDEZ, 1999; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003).

O AUDIT (“Alcohol Use Disorders Identification Test”) é um instrumento composto por 10 perguntas que objetiva a detecção precoce de pessoas com padrões de uso excessivo de álcool, pretendendo assim, possibilitar intervenções preventivas. Foi desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores coordenados pela OMS (BABOR et al., 2001).

As clínicas deveriam usar um procedimento para determinar em que faixa um paciente se encontra quanto ao uso de álcool, ou seja, se está em baixo risco, na área de risco com problemas de saúde referentes ao uso ou se está dependente. Essa detecção seria realizada antes de um procedimento como um plano terapêutico, o qual poderia ser uma breve intervenção (FLEMING, 1997). Uma identificação na fase inicial é importante uma vez que devem ser estabelecidos os níveis de uso, abuso ou dependência para melhorar a eficiência do tratamento, considerando que estes diferentes estágios de uso das substâncias requerem diferentes intervenções (WAGNER; WALDRON 2001; WINTERS 1999). Existe uma vasta literatura que utiliza o AUDIT como instrumento diagnóstico em serviços de (APS), (BABOR et al., 2001). Esse instrumento possui níveis de sensibilidade de 87,8% para o uso nocivo de álcool, apresentando desempenho satisfatório em serviços de APS. Além disso, na validação brasileira, o AUDIT apresentou uma confiabilidade satisfatória e capacidade de responder às mudanças de consumo do álcool por parte dos usuários (MÉNDEZ, 1999).

Para detecção do uso abusivo e da dependência do álcool e também de outras substâncias, a OMS e um grupo internacional de pesquisadores desenvolveram o ASSIST (“Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test”). Esse instrumento é um questionário de triagem breve, constituído por oito questões referindo-se ao uso do álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos e sedativos, alucinógenos, opiáceos e outras drogas, assim como seus derivados. É um instrumento de fácil administração e exige pouco tempo para ser respondido, cerca de 7 a 9 minutos (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002). O estudo inicial do ASSIST foi desenvolvido em duas fases, sendo a primeira voltada à sua construção e análise da confiabilidade e a segunda destinada à sua validação (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002; WOLFF et al., 1997). O estudo da primeira fase foi do tipo teste-reteste, foi realizado em diferentes locais do mundo por pesquisadores (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002) e foi observada uma boa confiabilidade (coeficientes Kappa entre 0,58 a 0,90 para as principais questões), sendo seu uso factível em locais de APS. Na segunda fase, foram observadas no ASSIST boas sensibilidade, especificidade, consistência interna e validade, sugerindo sua utilidade na detecção do uso abusivo de álcool e outras substâncias psicotrópicas (HENRIQUE et al., 2004).

Na fase II houve ainda um estudo piloto para avaliar a efetividade de uma IB nos pacientes considerados usuários nocivos ou de risco. Esse estudo indicou uma redução significativa nos escores do ASSIST obtidos três meses após a IB, quando comparados aos escores iniciais (antes da IB). Quando se avaliou especificamente outra droga que não o álcool (maconha, cocaína e opiáceos), houve uma redução de 23% nos escores do ASSIST em relação à primeira aplicação. Porém os dados foram insuficientes para demonstrar a sua real efetividade em provocar mudanças no usuário de risco tanto de álcool como de outras drogas, principalmente as ilícitas que estão inseridas em um outro contexto médico e social. (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

O ASSIST é direcionado principalmente aos profissionais de APS para o uso em suas rotinas de trabalho. Pode ser útil também para outros

profissionais que trabalham com pessoas que tenham problemas relacionados ao uso de drogas. De acordo com a OMS, os profissionais de APS são o primeiro nível de contato que os indivíduos, família e comunidade têm com o sistema de saúde. A APS é composta por profissionais de saúde de diversas formações que são treinados para o trabalho em equipe e para responder às necessidades locais de saúde da comunidade. O uso de substâncias pode ser muitas vezes a causa de uma doença, e o ASSIST pode ajudar a identificar e alertar as pessoas que podem estar sob risco de desenvolver problemas relacionados ao seu uso no futuro e também propicia o início de uma discussão com o paciente sobre seu uso de drogas atual. O ASSIST pode ser associado a uma Intervenção Breve (IB), que consiste em uma orientação ou aconselhamento com duração de 5 a 30 minutos baseado em uma entrevista motivacional, para ajudar usuários de risco a diminuir ou parar seu uso de drogas e então evitar os danos conseqüentes deste uso.

Essa estratégia de aconselhamento está baseada na terapia motivacional que contrasta mudanças comportamentais do paciente e aumenta o seu compromisso com a terapia (FLEMING et al., 1997; FLEMING et al., 1999).

Uma intervenção para reduzir a ingestão de álcool pode ser um breve aconselhamento dentro de um centro de cuidados a saúde (FLEMING, 2003). A IB tem sido de grande eficácia quando aplicada principalmente em programas de detecção, e tem obtido melhores resultados quando aplicada em bebedores moderados a pesados. A eficácia da IB foi demonstrada no início da década de 90, mas ainda existem controvérsias quanto a essa eficácia. Até o final desta mesma década, foram conduzidos novos estudos em amostras que contém bebedores moderados que procuram consultas, e não em programas planejados para a detecção (BALLESTEROS et al., 2004). Segundo FORMIGONI (1992) esta abordagem estaria enquadrada em um prevenção secundária, uma vez que a prevenção primária estaria enfocada às abordagens educacionais, propagandas, informativos e modos de retardar o início e de reduzir o acesso à substância.

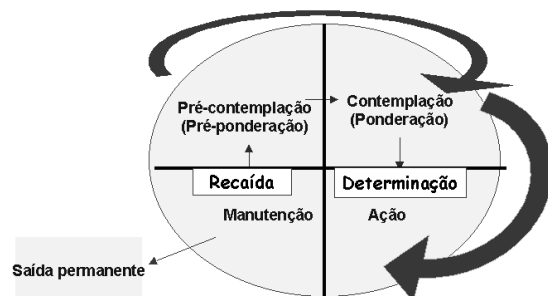
A IB foi inicialmente abordada no “Addiction Research Foudation”, ligado à Universidade de Toronto, no Canadá, através de um grupo de

pesquisadores na década de 80 coordenado pelos doutores Martha Sanches-Craig e D. Adrian Wilkinson. Inicialmente foi estudado com pessoas com problemas decorrentes do uso excessivo do álcool, sendo adaptada posteriormente para ser usada com outras drogas. Essa técnica foi apresentada pela Dr. Martha Sanches-Craig, em 1987, durante o VII Congresso Brasileiro de Alcoolismo / IV Congresso Ibero Americano de Alcoolismo realizado no Brasil. A Dr. Jandira Masur a Dr. Martha Sanches-Craig em conjunto com o Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica da Escola Paulista de Medicina e o “Addiction Research Foundation” iniciaram trabalhos sobre a IB (FORMIGONI, 1992).

A intervenção breve objetiva motivar aquelas pessoas que estão em risco pelo uso da substância a mudar seus comportamentos relacionados a esse uso imediatamente após a identificação de problemas atuais ou futuros (potenciais?) decorrentes desse uso (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; EMMEN et al., 2004). Deste modo tenta convencer o paciente de que seu uso de substância está colocando-o em risco e encorajá-lo a reduzir ou deixar o uso da droga. Certos tipos de estratégias de aconselhamento, particularmente aquelas mais diretivas, coercitivas ou confrontacionais, muito provavelmente evoquem resistência na maioria das pessoas (MILLER; ROLLNICK, 2001) por isso devem ser personalizadas e oferecidas na forma de apoio sem pré julgamento do usuário.

A entrevista motivacional é uma interação do tipo diretiva, centrada no indivíduo e que objetiva ajudar às pessoas a explorar e resolver suas ambivalências sobre seu uso da substância e a mover-se através dos estágios de mudança (Figura 1). É especialmente útil quando se trabalha com pacientes nos estágios de pré-contemplação e contemplação, mas os princípios e as habilidades são importantes em todos os estágios (MILLER; ROLLNICK, 2002; MILLER; SANCHEZ, 1993; MILLER et al., 1992; PROCHASKA et al., 1992).

Figura 1: Modelo de mudança de comportamento (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1984)



Fonte: MILLER; ROLLNICK, 2002.

A IB tem se apresentado efetiva para ajudar a estabilizar problemas sociais através da redução ou de parar de beber, para motivar pacientes alcoolistas a entrar em um tratamento mais adequado e ainda, motivar pacientes que estão em abstinência (ENOCH; GOLDMAN, 2002). Outra característica adicional dessas estratégias é que elas podem ser ofertadas por diferentes profissionais da saúde, os quais não necessitam estar direcionados em ações com substâncias de abuso (BABOR et al., 1986, REES; ROLLNICK 1995 *apud* WATSON, 2000).

Existem fortes evidências da efetividade de intervenções breves em serviços de APS em relação ao uso de álcool e tabaco. As evidências da efetividade para outras drogas estão cada vez maiores. Além disso, intervenções breves apresentam um baixo custo e são efetivas para todos os níveis de uso prejudicial e de risco de substâncias, sendo então ideais para serem usadas como método de promoção e prevenção de saúde para pacientes da atenção primária. HEATHER e WALLACE, (2003) em suas conclusões destacam que há fortes evidências da efetividade da IB é substancial ganho antecipatório para a saúde pública, mas também relacionam que a detecção e a IB para o uso excessivo de álcool não tem sido implementados pelos profissionais como médicos e enfermeiras.

A USPSTF (2004) encontrou boas evidências ao identificar pacientes nos quais o nível de consumo de álcool não atingia os critérios de dependência, mas sim um risco aumentado para morbidade e mortalidade. Nas avaliações dos pacientes em consultas de seguimento, foram encontradas evidências que a IB produziu pouca a moderada redução no consumo de álcool, mas que foi sustentada por períodos de 6 a 12 meses.

Além disso, a USPSTF indica que algumas evidências da intervenção levam ao comportamento saudável por mais de 4 anos, porém essas evidências ainda são insuficientes para dizer que a detecção e o aconselhamento comportamental reduzam a morbidade relacionada ao álcool.

Existem mais de 100 estudos relatados na literatura, bem como um certo número de meta-análises examinando a eficácia da intervenção breve em ambientes clínicos (VASILAKI et al., 2006; BALLESTEROS et al., 2004; MOYER et al., 2002; WILK et al., 1997;). EMMEN e colaboradores (2004) em uma revisão sobre a eficácia da IB em ambientes hospitalares relatam que aconselhamentos com elementos educativos e a possibilidade de manuais de auto ajuda e outras formas de informações escritas podem ajudar os pacientes a reduzir os problemas relacionados ao uso de álcool nos estágios iniciais.

Os resultados de WATSON (2000) em ambientes hospitalares, indicam que usando diariamente, persuasões simples pelas enfermeiras, podem ajudar os pacientes a reduzir um potencial consumo prejudicial de álcool. Segundo HEATHER e WALLACE (2003) há urgência para aumentar a qualidade das pesquisas quanto aos efeitos da IB direcionados a locais não médicos como no trabalho social, sistema de justiça criminal.

Numerosos estudos tem descrito a eficácia rápida da intervenção breve para o álcool (6-12 meses de seguimento), no entanto os efeitos duradouros tem sido somente avaliados em poucos estudos (KRISTENSON et al., 1983; FLEMING et al., 2002; WUTZKE et al., 2002; NILSSEN, 2004).

Juntamente com instrumentos validados e adequados de detecção para álcool e outras drogas, procura-se desenvolver estratégias terapêuticas simples, acessíveis a profissionais de diversas formações que atuam em serviços de atenção primária. A IB surgiu como uma alternativa, podendo ser utilizada por diferentes profissionais, despendendo pouco tempo, tanto no atendimento quanto no número de sessões necessárias para finalizar o processo. O grupo WHO (World Health Organization) de pesquisa em álcool tem desenvolvido instrumentos para identificação do risco ao alcoolismo tendo descrito os princípios de uma intervenção breve, e proposto uma larga

implementação deste na aproximação em geral da prática (ANDERSON 1985; SAUNDERS et al. 1987, 1992). Estudos anteriores sugerem que a efetividade da IB é superior a outras intervenções que demandam maior tempo principalmente para o uso de álcool (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; FORMIGONI, 1992). Há sugestões de relações entre dose-efeito do álcool através da intensidade de IB (POIKOLAINEN, 1999; WILK et al., 1997), mas não isso não tem sido formalmente testado (BALLESTEROS et al., 2004).

A IB pode ser entendida como um tratamento profilático antes ou logo após a entrada em problemas relatados com álcool. Ela é tipicamente designada por motivar bebedores de moderado a alto-risco para eles reduzirem o consumo de e/ou a frequência álcool, mais do que promover a abstinência. A intervenção breve é direcionada a cuidados primários à saúde (ROOM et al. 2005).

2 JUSTIFICATIVA

As conseqüências físicas, psicológicas e sociais do uso abusivo do álcool representam um importante problema de saúde pública, sendo que a escassez de recursos para o cuidado à saúde contribui de maneira significativa para agravar esse quadro (WUTZKE et al., 2001).

Cada vez mais se tem discutido a importância da utilização e desenvolvimento de instrumentos para realização de ações preventivas e propostas assistenciais que consigam de fato efetivar tais ações (GORENSTEIN et al., 2000). Apesar de haver tais preocupações e já se discutir ou se planejar políticas de prevenção do abuso e dependência de drogas, ainda não existem propostas assistenciais bem definidas para implementação de programas em locais de APS baseadas em evidências científicas.

Mais importante, os custos reduzidos da intervenção breve poderiam ser refletidos na oportunidade de programas de implementação “Bebam menos”(WUTZKE et al. 2001). Diversos instrumentos para detecção são bons para avaliação do uso em locais de cuidado à saúde, mas cada instrumento de detecção tem aplicações e usos determinados para diferentes ambientes clínicos (FLEMING, 1997), tais como serviços de APS. Em hospitais de atendimento geral, os quais incluem diversas especialidades, poder-se-ia influenciar os pacientes usando como argumentos as condições e doenças que os mesmos estão apresentando e que muitas vezes estão relacionadas ao uso de álcool. Porém as evidências para a efetividade de IB para problemas de álcool em hospitais é inconclusivo (EMMEN et al., 2004), necessitando de mais estudos.

Além disso, existe uma política clara de priorização e incentivo para a maior abrangência de ação de serviços de APS pelo Ministério da Saúde. Como exemplo, podemos apontar que o número de unidades de Programas de Saúde da Família (PSFs) no Brasil passou de 847 em 1996 para 4950 em dezembro de 1999 (MACHADO, 2000).

Existem evidências substanciais dos benefícios da utilização de instrumentos de detecção e IB em serviços de APS (BIEN et al., 1993; WHO

BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP, 1996; SENFT et al., 1997; CORDOBA et al., 1998; MAISTO et al., 2001; MILLER; WILLBOURNE, 2002). SENFT et al., em 1997, observaram uma redução da frequência do consumo de álcool, em um período de 6 a 12 meses após a avaliação inicial, em bebedores problemáticos que receberam a IB por quinze minutos e materiais explicativos em serviços de APS. O WHO “Brief Intervention Study Group” em 1996, demonstrou também que 5 minutos de conselhos simples foram tão efetivos quanto 20 minutos de aconselhamento. Além disso, a IB tem se mostrado uma forma efetiva em relação ao custo para a redução do consumo de álcool e problemas associados (FLEMING et al., 2000; WUTZKE et al., 2001). Num recente estudo de meta-análise, ficou demonstrada a efetividade da IB em usuários de risco de álcool em ambientes de APS (BALLESTEROS et al., 2004).

Pesquisas sugerem que a IB pode ser efetiva em serviços de APS para a redução de outras drogas que não o álcool, se uma intervenção culturalmente apropriada for desenvolvida. Embora haja uma escassez de estudos de IB para outras drogas que não o álcool ou tabaco (DUNN et al., 2001), alguns resultados sugerem que a IB pode ser útil para usuários de maconha (LANG et al., 2000; STEPHENS et al., 2000; COPELAND et al., 2001), benzodiazepínicos (BASHIR et al., 1994), anfetaminas (BAKER et al., 2001), opiáceos (SAUNDERS et al., 1995) e cocaína (STOTTS et al., 2001). BASHIR et al. em 1994, estudaram pacientes com problemas de uso crônico de benzodiazepínicos que passaram por poucos minutos de aconselhamento e receberam material educativo, como parte da visita de rotina médica. Eles concluíram que aconselhamentos breves em grupo, reduziram significativamente o uso de benzodiazepínicos, além de ter melhorado o quadro de saúde geral entre 3 e 6 meses após o início da intervenção.

Desta forma, esforços no sentido de detectar precocemente problemas relacionados ao uso de substâncias psicotrópicas se tornam importantes, pois envolvem aspectos sociais, familiares e econômicos. No Brasil, por exemplo, 30% a 60% dos leitos de hospitais gerais são ocupados por pessoas com problemas por uso de álcool, e a taxa de prevalência do alcoolismo é cerca de 11 % na população adulta (BRASIL, 1994; RAMOS; BERTOLOTE, 1990,

CARLINI et al., 2002). Sabe-se ainda que o alcoolismo é a terceira causa de absenteísmo ao trabalho no Brasil e a oitava causa de concessão de auxílio-doença pela previdência social (BRASIL, 1998). O uso do tabaco, da mesma forma, se constitui em um grande problema de saúde pública tendo em vista que esta é a segunda droga mais usada no Brasil e a estimativa de dependência é de 9% da população (CARLINI et al., 2002).

Este projeto faz parte da terceira fase de pesquisa do projeto ASSIST da Organização Mundial da Saúde, que está ocorrendo em vários países do mundo, por exemplo, Austrália, Estados Unidos, Espanha, Índia, Tailândia. No Brasil, as cidades participantes são Curitiba e Palmas no estado do Paraná, São Paulo e Diadema no estado de São Paulo. A proposta e a avaliação de alternativas relativamente simples de prevenção secundária de problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras substâncias a serem utilizadas por profissionais de APS, a avaliação da efetividade das IB justificam este trabalho. Além de que o projeto proposto poderá servir de modelo de intervenção a ser implementado em outras regiões do país.

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia da Intervenção Breve aplicada após a detecção pelo ASSIST de usuários abusivos de drogas, especificamente álcool, em locais de Atenção Primária à Saúde (algumas Unidades de Saúde) em Curitiba e no ambulatório do Hospital São José em Palmas – PR.

3.1 Objetivos Específicos

- Avaliar se a Intervenção Breve aplicada em seguida à detecção do uso abusivo de álcool, diminui o escore do ASSIST, na avaliação realizada no seguimento após três meses da avaliação inicial, quando comparado ao grupo controle;
- Identificar possíveis obstáculos para a aplicação do ASSIST acoplado à IB em serviços de atenção primária à saúde;

TRABALHO ENCAMINHADO À REVISTA**EFICÁCIA DA DETECÇÃO PRECOCE PELO ASSIST-OMS SEGUIDA POR INTERVENÇÃO BREVE EM USUÁRIOS DE RISCO E ABUSIVOS DE ÁLCOOL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ**

Efficacy of early screening through ASSIST-WHO followed by brief intervention in harmful and hazardous alcohol users in primary health care settings in two cities of Paraná.

Renata Thives de Oliveira¹, Adriane Cristina Janiszewski Mendes², Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni³, Roseli Boerngen de Lacerda²

¹ Centro Universitário Diocesano do Sudoeste do Paraná (UNICS)

³ Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

² Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Jardim das Américas, Curitiba, Paraná, CEP 81531-990 Brasil

Correspondência para:

Roseli Boerngen de Lacerda; P.O. Box 19031, 81531-990 Curitiba, PR, Brasil.

Tel: +55 (41) 3361-1720; Fax: +55 (41) 3266-2042.

boerngen@ufpr.br

* Este trabalho contou com o suporte financeiro da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP)

TÍTULO RESUMIDO: EFICÁCIA DO ASSIST/INTERVENÇÃO BREVE PARA ÁLCOOL

UNITERMOS: ASSIST-OMS, ABUSO DE ALCOOL, TESTE DE TRIAGEM, INTERVENÇÃO BREVE.

RESUMO

Objetivo: A OMS desenvolveu e validou o ASSIST (“Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test”) para detectar uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde, onde são comuns pacientes com problemas causados pelas drogas. Avaliou-se a eficácia da Intervenção Breve (IB) após detecção pelo ASSIST de problemas com o álcool.

Metodologia: Em Unidades de Saúde de Curitiba e ambulatório do Hospital São José-Palmas, 1046 pacientes, ambos os sexos, 18-50 anos, responderam o ASSIST (8 questões sobre frequência e problemas pelo uso nos últimos 3 meses, sendo 39 o escore máximo). Para álcool, escores entre 11-26 indicam risco e inclusão no estudo. Cada paciente, aleatoriamente, recebia IB de no máximo 20 min após o ASSIST (grupo IB) ou permanecia em espera para IB após 3 meses (grupo CONT). Então, o ASSIST era aplicado novamente.

Resultados: Álcool foi a droga mais usada na vida (89,7%), nos últimos 3 meses (72,5%) e 15,9% ficaram na área de risco. Destes, 45 foram alocados no grupo CONT e 36 no IB. Os escores médios no basal e retorno foram, respectivamente: IB (n=33) $16 \pm 5,8$; $9 \pm 7,7$; CONT (n=29) $17 \pm 4,6$; $13 \pm 6,7$. Os fatores sessão ($F(1, 60)=57,12$ $p \leq 0,001$) e grupo ($F(1, 60)=5,62$ $p \leq 0,03$) foram significantes pela ANOVA de 2 vias mas sem interação ($F(1, 60)=3,28$ $p=0,075$).

Conclusão: Os escores de todos os pacientes reduziram, porém os que receberam IB no basal ficaram fora do risco enquanto os controles continuaram. Houve maior adesão do grupo IB.

UNITERMOS: ASSIST-OMS, ABUSO DE ALCOOL, TESTE DE TRIAGEM, INTERVENÇÃO BREVE.

ABSTRACT

Objective: The ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) is an questionnaire developed by the WHO. It's screens for harmful, hazardous and dependence use of drugs. The test was devised for use in primary health care settings, where there is potential to detect problems early associated with drug use. Was evaluated de efficacy of BI after screen by ASSIST for alcohol problems.

Methods: In primary health care from Curitiba and ambulatory São José hospital from Palmas. 1046 subjects, 18-50 years old, both gender, answered the ASSIST (is an eight item questionnaire about frequency, problems by use in least three months). For alcohol, the subjects with score was between 11-26 indicate them inclusion in study. Each subject was randomized and received BI with at the most 20 min (BI group) or stand in wait list for receive the BI after three months (CONT group). Then, the ASSIST was applied again.

Results: Alcohol is the drug the most use in life (89,7%), least three months (72,5%) and 15,9% wore in risk area; Only 81 accept to participate: 45 was randomized in CONT e 36 in BI. The score median in basal and follow-up, respectively: CONT (29 subjects) 17±4,6; 13±6,7; IB (33 subjects) 16±5,8; 9±7,7. The session factor ($F(1, 60)=57,12$ $p\leq 0,001$) and group ($F(1, 60)=5,62$ $p\leq 0,03$) significant by ANOVA two way, but out of interaction ($F(1, 60)=3,28$ $p= 0,075$).

Conclusions: All subjects had been them scores reduced, however the BI in basal was outside of the risk area while CONT they had remained. The IB was the most interested in follow up.

UNITERMS: ASSIST-WHO, PROBLEMS ALCOHOL USE, SCREENING TEST, BRIEF INTERVENTION.

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool aumenta as chances de problemas de saúde e isso é comum em pacientes que freqüentam os cuidados primários à saúde ¹ além do que impõem uma quantia econômica significativa de encargos ao sistema de saúde ². O álcool usado acima dos limites recomendados é associado com um amplo espectro de problemas decorrentes do uso, incluindo traumas, acidentes, violência, hipertensão, câncer, síndrome alcoólica fetal e outros problemas de saúde. Os problemas ocasionados pelo álcool podem até ser tratados normalmente, mas sem a atenção para a causa primária destes, ou seja, uma falha na detecção precoce do problema pode resultar em sérias conseqüências clínicas, sociais e psicológicas ³. Cada vez mais tem sido discutida a importância da utilização e desenvolvimento de instrumentos para a realização de ações preventivas e propostas assistenciais que consigam de fato efetivar tais ações ⁴. Com o progresso para intervenções para doenças específicas, tem-se aumentado o interesse para a detecção de fatores comportamentais de risco em pacientes com poucos hábitos de saúde preventiva ⁵. A atenção primária à saúde (APS) oferece uma oportunidade única para o reconhecimento de pacientes com problemas de saúde mental e por uso de substâncias em estágios iniciais e para indicar um tratamento ^{6, 7}.

A modificação de comportamentos alcançada com medidas de prevenção pode trazer benefícios não só para a saúde das pessoas, mas também economizar gastos do setor de saúde ^{8, 9}. As detecções realizadas em APS são relativamente recentes na prática médica com crescimento e avanços na saúde pública nas décadas de 30 e 40 ¹⁰. Em especial, a detecção para usuários de álcool seguido de um breve aconselhamento tem demonstrado conseqüências positivas, como redução do consumo de álcool em pacientes que consumiam grandes quantidades ^{11, 12}.

A Organização Mundial da Saúde coordenando um grupo de pesquisadores internacionais desenvolveu um instrumento de triagem denominado ASSIST (“Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test”) para verificar o uso, abuso e dependência de álcool e de outras drogas (tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos e sedativos, alucinógenos, opiáceos e outras drogas, assim como seus

derivados) sendo seu uso factível em locais de APS^{13, 14}. O ASSIST pode ser associado a uma Intervenção Breve (IB). Esta é uma estratégia de aconselhamento eficaz direcionada para a mudança de comportamento e o aumento de cumplicidade com a saúde¹⁵. A IB tem se apresentado efetiva para ajudar a estabilizar problemas sociais e médicos pela redução ou suspensão de beber, para motivar pacientes alcoolistas a entrar em um tratamento mais adequado e ainda, motivar pacientes para a manutenção da abstinência¹⁶. Existem fortes evidências da efetividade de intervenções breves em serviços de APS em relação ao uso de álcool¹⁷⁻²² inclusive demonstrada por várias meta-análises²³⁻²⁶. Também em hospitais de atendimento geral, os quais incluem diversas especialidades, poder-se-ia influenciar os pacientes usando como argumentos suas condições e doenças presentes e que muitas vezes estão relacionadas ao uso de álcool. Porém as evidências para a efetividade de IB para problemas de álcool em hospitais ainda é inconclusivo²⁷.

A proposta e a avaliação de alternativas relativamente simples de prevenção secundária de problemas relacionados ao uso de álcool a serem utilizadas por profissionais de APS justificam este trabalho. Assim, este trabalho teve como objetivo principal a avaliação da efetividade da IB em pacientes detectados pelo ASSIST em uso de risco ou abusivo de álcool em ambientes de APS. A vantagem do uso do ASSIST seria por permitir a detecção de problemas pelo uso de álcool, além de outras drogas, numa abordagem de promoção de saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em 9 Unidades Básicas de Saúde de Curitiba, 1 Unidade Básica de Saúde 24 h e no Hospital São José de Palmas – PR.

Foram considerados critérios de inclusão: idade entre 18 e 50 anos; pertencer à maioria étnica do país; ser alfabetizado; concordar em participar do estudo e assinar um termo de consentimento informado; estar disponível para a entrevista de seguimento após 3 meses; fornecer indicação de pelo menos 2 outras pessoas para o contato para realizar o seguimento de avaliação; ter endereço fixo e fornecer endereço de sua residência; não estar envolvido com questões judiciais que o pudessem levar ao encarceramento durante os 3

meses após a entrevista inicial; não ter comprometimento cognitivo ou disfunção intelectual; não ter transtornos de comportamento grave ou sintomas psicóticos; não ter tendência à violência ou comportamento agressivo; estar fisicamente bem para poder participar de sessões de 30 minutos; não estar intoxicado ou em síndrome de abstinência de álcool ou drogas; não estar em tratamento para o uso de álcool ou outras dependências; não ter sido preso ou impedido de se locomover nos últimos três meses.

Os participantes foram convidados a participar do estudo através de abordagem direta, por pesquisadores, nos locais acima mencionados, tendo sido obtida autorização prévia dos responsáveis por cada serviço. A entrevista, incluindo a sessão de IB durou em média 30 minutos. Os seguintes instrumentos e formulários foram aplicados pelo entrevistador:

Registro de participação – formulário no qual constam o número de identificação do pesquisador, data, nome da Unidade de Saúde, sexo, ano de nascimento do paciente, grupo ao qual o paciente pertencia (IB ou CONT) e a data do seguimento. Era preenchido mesmo quando o indivíduo não aceitava participar do estudo.

ASSIST (anexo 1) - questionário estruturado contendo 8 questões sobre o uso de 9 classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos 3 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. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 8, sendo que a soma total pode variar de 0 a 39. Para o álcool, considera-se a faixa de escore entre 0 e 10 como indicativa de uso ocasional, 11 a 26 como indicativa de uso de risco e abuso e ≥ 27 como sugestiva de dependência. Para as outras drogas, as faixas de escore correspondentes são: 0 e 3; 4 e 26 e ≥ 27 . Os pacientes que atingiram o escore na faixa de risco e abuso e que aceitaram fazer parte do estudo, tiveram que assinar o consentimento de participação e receberam um formulário de informação ao participante no qual além de receber informações sobre a pesquisa, foram informados sobre a garantia de anonimato.

Questionário de Informações Demográficas – para coleta das variáveis sócio-demográficas, incluindo idade, estado civil, religião, etnia, tratamento anterior de dependência de drogas, situação ocupacional e educacional.

Formulário de localização e registro de seguimento – para registro do endereço e/ou telefone do paciente e de mais dois parentes ou amigos para a realização de novo contato após 3 meses. Era arquivado em local sigiloso.

Formulário de registro da sessão de IB – Contém informações do escore atingido pelo paciente para cada droga, para qual droga a IB foi focalizada, duração da IB, materiais fornecidos ao paciente e os graus de envolvimento do paciente na IB e probabilidade de mudança positiva através da IB. Era preenchido após a IB aplicada ao paciente, na primeira aplicação do ASSIST (grupo IB) ou no seguimento (grupo CONT).

Formulário de avaliação da opinião do paciente sobre a sessão de IB – Contém perguntas relativas a IB aplicada pelo pesquisador, consistindo em uma avaliação da IB pelo paciente. Apenas os pacientes do grupo IB responderam esse formulário na entrevista de retorno.

Procedimento - Cada pesquisador abordou o indivíduo que foi até a Unidade de Saúde, procurar consulta ou não, e que preenchia os critérios de inclusão no estudo, de maneira simpática e normal, perguntando se a pessoa aceitava fazer parte de uma pesquisa sobre saúde. Quando o indivíduo aceitava participar, era conduzido a um local com privacidade destinado para a aplicação do questionário ASSIST. Depois de aplicado o ASSIST, quando o indivíduo atingia escore para álcool abaixo do necessário para incluí-lo no estudo (0 a 10), era dispensado após receber informações gerais sobre os possíveis riscos do uso inadequado de álcool e outras drogas. Quando o escore ficava acima do estabelecido para o estudo (27 ou mais), era encaminhado para equipe especializada em dependência de drogas. Porém, se seu escore estivesse entre 11 e 26, ele era convidado a participar do estudo após rápida explicação dos objetivos. Caso aceitasse participar, o paciente era alocado aleatoriamente para um dos grupos experimentais: grupo CONT (que ficava numa lista de espera para receber a IB 3 meses após em consulta agendada) e grupo IB (que recebeu a IB imediatamente após a aplicação do ASSIST, na primeira consulta). Após o preenchimento dos formulários adequados para o grupo e ocasião, quando o paciente pertencia ao grupo IB,

recebia a sessão de IB imediatamente após. Esta sessão, com duração média de 15 minutos, seguia um protocolo pré-determinado baseado na técnica de entrevista motivacional tendo como objetivo a mudança de discurso do paciente. Ao final da sessão de IB, os pacientes recebiam um manual de auto-ajuda, desenvolvido especificamente para o projeto e, material educativo na forma de folhetos informativos sobre drogas. Após 3 meses, todos os pacientes eram convidados insistentemente a voltar à Unidade para uma entrevista de seguimento na qual respondiam novamente o questionário ASSIST. O escore obtido pelo ASSIST aplicado na sessão de retorno aos dois grupos permitiu avaliar a efetividade da IB. Nesta sessão, os pacientes do grupo IB responderam um questionário que avaliou o efeito da IB sobre o comportamento do paciente em relação ao seu uso de drogas assim como o papel que o material educativo (manual e folhetos) teve sobre essa mudança. Nessa consulta os pacientes do grupo CONT receberam a IB e em seguida, responderam o formulário de avaliação da sessão de IB. Caso o paciente não pudesse retornar ao local de recrutamento, a entrevista era realizada por telefone. Aos pacientes do grupo CONT era agendada a consulta para receber a IB.

Análise estatística – Os escores totais para o ASSIST foram comparados entre o escore inicial e o escore no retorno para os dois grupos usando ANOVA de duas vias para determinar o efeito da Intervenção Breve. Em seguida, os escores totais dos grupos e os obtidos nas duas entrevistas foram comparados pelo teste t de Student para amostras independentes e dependentes, respectivamente. As comparações entre as duas entrevistas para cada item do questionário ASSIST foram realizadas através do teste de Wilcoxon. Em todas as análises realizadas foi adotado o nível de significância de 5% e o software empregado foi o Statistica 5.5.

Ética - Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFPR. Pessoas dos serviços de atenção primária que obtiveram pontuação no ASSIST sugestiva de uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (escore no ASSIST ≥ 27 para qualquer substância psicoativa, à exceção do tabaco), foram orientadas a procurar tratamento em serviços especializados, a partir de uma lista de indicações fornecida pelo entrevistador.

RESULTADOS

ANÁLISE DA EFICÁCIA DA IB

Álcool foi a droga mais usada na vida (89,7%), nos últimos 3 meses (72,5%) e 15,9% estavam na área de risco. Destes, 45 foram alocados no grupo CONT e 36 no IB. Quando se comparam entre si cada uma das questões respondidas na entrevista basal com a do retorno para o Grupo IB (Figura 1) pode-se perceber que 4 das 6 questões perguntadas (6.2, 6.4, 6.5 e 6.6 X 8.2, 8.4, 8.5 e 8.6) tiveram seus escores significativamente diminuídos na entrevista de retorno. ($z_{Q2} = 1,98, p \leq 0,05$; $z_{Q4} = 2,80, p \leq 0,005$; $z_{Q5} = 2,34, p \leq 0,02$; $z_{Q6} = 3,33, p \leq 0,001$). Apenas as questões 6.3 X 8.3 ($z_{Q3} = 1,44, p = 0,15$), questão relacionada com a vontade de beber, ou seja o “craving” e 6.7 X 8.7 ($z_{Q7} = 0,98, p = 0,33$), relacionada com a dificuldade em reduzir ou parar a quantidade que está ingerindo., não tiveram alterações significativas nos seus escores entre as entrevistas. Para o grupo CONT (Figura 2) apenas duas questões tiveram seus escores reduzidos significativamente na entrevista de retorno, as questões 6.4 X 8.4 e 6.6 X 8.6 ($z_{Q2} = 1,24, p = 0,21$; $z_{Q3} = 1,10, p = 0,27$; $z_{Q4} = 2,08, p \leq 0,04$; $z_{Q5} = 0,20, p = 0,84$; $z_{Q6} = 2,17, p \leq 0,03$; $z_{Q7} = 0,93, p = 0,35$).

A ANOVA de duas vias para a variável escore total no ASSIST para o álcool (Figura 3) considerando como fatores os grupos (CONT e IB) e as entrevistas (basal e retorno) detectou efeito significativo para ambos, respectivamente ($F(1, 60) = 5,62, p \leq 0,03$; $F(1, 60) = 57,12, p \leq 0,001$), mas sem significância para a interação entre os dois fatores ($F(1, 60) = 3,28, p = 0,075$).

Para o grupo IB, os escores totais obtidos pelo instrumento ASSIST na entrevista basal ($15,2 \pm 3,29$) foi estatisticamente maior do que os obtidos na entrevista de retorno ($8,9 \pm 4,45$) ($t = 4,09, p \leq 0,001$). O mesmo efeito foi observado para o grupo CONT (basal: $16,3 \pm 3,91$; retorno: $12,5 \pm 6,6$; $t = 3,28, p \leq 0,003$).

Os escores totais obtidos pelo ASSIST na entrevista de retorno foi maior para o grupo IB quando comparado ao CONT ($t = -2,51, p \leq 0,02$). Como esperado, os dois grupos não diferiram na entrevista basal ($t = -0,91, p = 0,37$).

Outro dado a considerar foi a taxa de abandono do estudo, 35,6% dos pacientes do grupo CONT não compareceram para a entrevista de retorno, enquanto que apenas 8,3% dos pacientes do grupo IB faltaram a esta entrevista ($\chi^2 = 6,81$ $p \leq 0,01$).

DISCUSSÃO

O principal resultado do presente estudo foi demonstrar que, uma sessão de intervenção breve, com duração de 15 a 25 minutos, realizada imediatamente após a detecção pelo ASSIST dos usuários de risco e abusivos de álcool num ambiente de atenção primária à saúde, foi eficaz em reduzir o escore total obtido pela re-aplicação do ASSIST numa entrevista de retorno 3 meses após a entrevista basal. Nos pacientes que receberam a intervenção breve na entrevista basal, a redução do escore total, além de significativa, atingiu níveis abaixo da zona de risco determinada pelo instrumento ASSIST. Esse nível de risco para álcool compreende a pontuação entre 11 e 26, sendo que no presente estudo os pacientes do grupo IB tiveram seus escores reduzidos de uma média de 15,2 pontos na entrevista basal para 8,9 pontos na entrevista de retorno, ou seja, abaixo da zona de risco. Para os pacientes do grupo CONT, que não receberam a sessão de intervenção breve na entrevista basal, permanecendo numa lista de espera de 3 meses para receber a IB, a redução do escore total do ASSIST, que também foi significativa, porém atingiu uma média de escore que se manteve na zona de risco, ou seja, 12,5 pontos. Além disso, quando se analisou o escore obtido em cada uma das questões do ASSIST nas duas ocasiões de entrevista, também os pacientes do grupo IB tiveram um efeito mais acentuado, uma vez que apresentaram redução em 4 das 6 questões analisadas, enquanto os pacientes do grupo CONT tiveram apenas duas questões com escores reduzidos na entrevista de retorno. Esses resultados demonstram a eficácia da IB em pacientes de risco e abusivos de álcool que frequentam ambientes de atenção primária à saúde. Além disso, pode-se dizer que o simples fato de detectar o problema através do ASSIST fornecendo ao paciente o resultado dessa avaliação, porém sem fazer uma sessão de motivação para parar ou diminuir o seu uso de álcool, também tem uma certa eficácia sobre a sua mudança de comportamento relacionado

ao consumo de álcool, pois se notou uma redução significativa do escore total nesses indivíduos que pertenciam ao grupo CONT.

Os dados do presente trabalho corroboram outros encontrados na literatura. Há mais de 100 estudos relatados na literatura, bem como um número de metanálises ²³⁻²⁶ examinando a eficácia de IB para usuários de risco e abusivos de álcool em diferentes locais clínicos. Um estudo a respeito da IB relatado por FLEMING et al. ²⁸ mostrou que o grupo que recebeu este tratamento exibiu reduções significantes após 7 dias a 48 meses no retorno. Também relatou uma diminuição nos episódios de intoxicação e diminuição na frequência para beber. GROSSBERG et al. ¹⁵ verificaram que em pessoas de 18-30 anos houve uma redução no consumo de álcool avaliado até 4 anos após os pacientes terem recebido IB de 10-15 minutos. NILSSEN ²⁹ verificou que os efeitos da IB após 9 anos mostravam-se persistentes. Esses efeitos duradouros foram percebidos no grupo que recebeu IB na entrevista inicial, e também no grupo controle que recebeu IB um ano após. Estes relatos demonstram a eficácia duradoura deste procedimento rápido, simples e de baixo custo.

Um fato que merece análise, no presente trabalho, foi que o grupo que recebeu a IB apresentou diminuição de escores para quase todas as questões do ASSIST na avaliação de retorno, exceto as de número 3 e 7, sendo que a primeira relaciona-se com o “craving”, a vontade do indivíduo em ingerir o álcool, e a outra, relaciona-se com a perda de capacidade do indivíduo conseguir controlar seu consumo ou até mesmo parar de utilizar a substância. O conteúdo destas questões está intimamente relacionado com critérios propostos pela CID-10 ³⁰ para diagnóstico de dependência. Considera-se que pela pontuação atingida no ASSIST para estes pacientes, estes não preencheriam critérios diagnósticos para dependência. Isto demonstra que esses pacientes que tinham problemas decorrentes do uso do álcool não haviam ainda perdido o controle sobre o seu uso ou desenvolvido compulsão acentuada pelo álcool. MARQUES ³¹ discute algumas medidas para o controle do abuso de substâncias visando evitar os danos e sua possível evolução para dependência e que estão sendo implementadas nas políticas públicas em prevenção, no emprego de tratamentos psicossociais ou em terapias comportamentais cognitivas. Esta última consiste a base teórica da IB empregada no presente estudo, que preconiza motivar o paciente a resgatar sua autonomia a partir de um re-aprendizado de novos comportamentos. ³²⁻³⁶

Cabe mencionar que, no presente estudo, assim como na maioria dos encontrados na literatura, o procedimento de detecção seguido por intervenção breve é realizado por pesquisadores que normalmente apresentam alto nível de motivação e empenho, o que pode ter influenciado na eficácia observada. Porém, é importante lembrar que os pacientes foram aleatoriamente distribuídos para os grupos CONT e IB, o que diminui parcialmente esse viés do experimentador. Por outro lado, ainda é preciso considerar que o estudo não empregou o procedimento duplo-cego, pelas suas próprias características metodológicas. De qualquer maneira, faz-se necessária a avaliação desse procedimento na prática clínica rotineira pelos próprios profissionais da saúde.

DESAI et al.³⁷ relatam que na rotina clínica verificam relativamente poucos casos positivos, levantando questões sobre custo/benefício da detecção. Porém, a efetividade de um teste de detecção deve ser averiguada antes de utilizá-lo para o ambiente no qual será aplicado e para a finalidade a qual se destina. STEWART e CONNORS⁹ relatam que o custo e efetividade do teste são determinados por fatores como os problemas e doenças características, os custos diretos do teste e a segurança na validade e na sensibilidade do teste de detecção. Além do mais, um ponto positivo de um teste de detecção é a identificação de pacientes que possuam risco de desenvolver um transtorno ou que estejam nos estágios iniciais do mesmo, possibilitando uma maior efetividade do tratamento e evitando a mortalidade associada à desordem. Os testes de detecção deveriam ser considerados benéficos para a sociedade na qual são aplicados, uma vez que a relação entre custo e benefício da prevenção em relação ao tratamento para uma desordem crônica seria viável.

No presente estudo, a ocorrência de altos índices de casos positivos detectados pelo ASSIST suporta a idéia da relevância da detecção precoce dos problemas associados ao uso de risco e abusivo de álcool na atenção primária à saúde no nosso meio. Os problemas decorrentes do uso excessivo de álcool já estão bem demonstrados, evidenciando a relação positiva benefício/custo do procedimento. Apenas para destacar, os altos índices de mortalidade por cirrose alcoólica no município de Curitiba, PR, já justificariam o emprego da detecção precoce nos serviços de atenção primária à saúde.³⁸ Quanto à validade, sensibilidade e especificidade do ASSIST, isto já foi demonstrado num estudo anterior do

grupo WHO-ASSIST com os dados do Brasil. O instrumento mostrou bons índices de sensibilidade (variando de 84% a 91%), especificidade (de 79% a 98%), valores preditivos positivos (80% a 93%) e negativos (85% a 96%).¹⁴

Nos estudos encontrados na literatura sobre a eficácia da IB após a detecção de usuários de risco e abusivos de álcool, os instrumentos de detecção são diferentes do utilizado no presente trabalho, pois o ASSIST teve a sua validação no Brasil somente em 2004.¹⁴ Além da comprovação da sua validade, sensibilidade e especificidade para detectar usuários de risco e abusivos de álcool, o instrumento também permite detectar usuários de outras drogas, incluindo as ilícitas, no mesmo contexto de uma entrevista direcionada para promoção à saúde. Isto é importante destacar pois é muito comum, o profissional da saúde sentir-se inibido a falar sobre drogas ilícitas, quer seja por medo da reação do paciente, quer seja por não saber como aborda-lo.³⁹⁻⁴¹ Os resultados obtidos para outras drogas estão ainda em análise por insuficiência de número de pacientes até o momento.

A taxa de abandono do estudo foi diferente entre os dois grupos, sendo que para ambos, as tentativas de retorno foram as mesmas tanto em número de tentativas como no empenho para contata-los. O número de pacientes que abandonou o estudo foi maior no grupo controle, sugerindo que provavelmente a ausência da sessão de IB após a detecção do problema possa ter influenciado a adesão do paciente. Uma explicação poderia ser a piora do quadro ou talvez, o menor vínculo estabelecido com o entrevistador em decorrência de ter recebido informações sobre a existência de um problema e não ter qualquer orientação para tal problema. Considerando que os pacientes buscam a APS por um problema de saúde e que muitas vezes pode ter sido causado ou exacerbado pelo uso inadequado de uma substância, e assim, sendo o problema detectado e mostrado ao paciente, este poderia esperar alguma ação por parte do profissional que detectou o problema. O paciente encontra-se em um ambiente de saúde e acredita-se que esteja receptivo às informações sobre saúde, e desta forma, os pacientes do grupo CONT podem ter se decepcionado com a ausência de orientação, explicando a sua alta taxa de abandono. A IB é uma estratégia de aconselhamento eficaz que focaliza na mudança de comportamento e no aumento de cumplicidade com a saúde.¹⁵

CONCLUSÃO

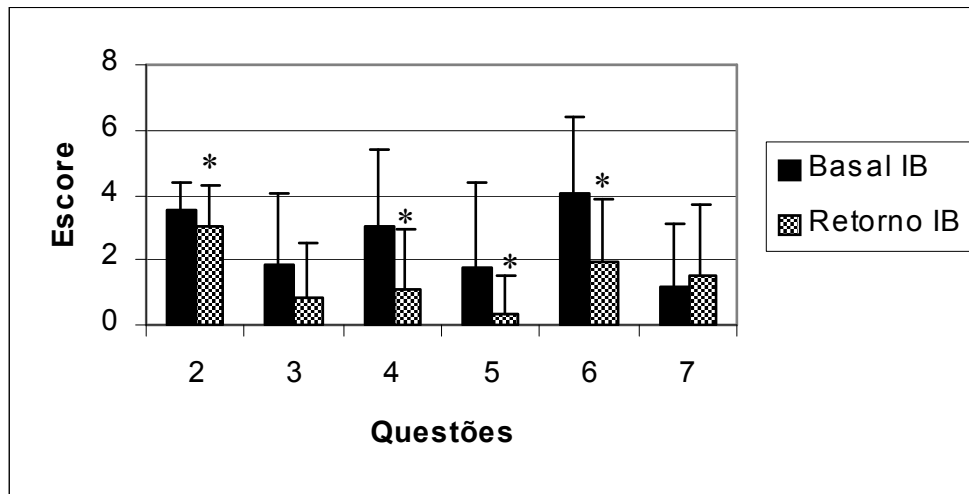
Diante destas evidências pode-se propor a aplicação do ASSIST seguida por Intervenção Breve como uma ferramenta para reduzir o consumo do álcool e os problemas relacionados ao seu uso em ambientes de atenção primária à saúde. Os profissionais da saúde deveriam usar rotineiramente um procedimento de avaliação que determinasse se um paciente está ou não fazendo uso de álcool e de outras drogas (se o paciente está sob baixo ou alto risco ou com problemas decorrentes do uso ou até de dependência) antes de realizar um plano terapêutico, podendo até estender a IB como ferramenta para um programa de tratamento para substâncias.³

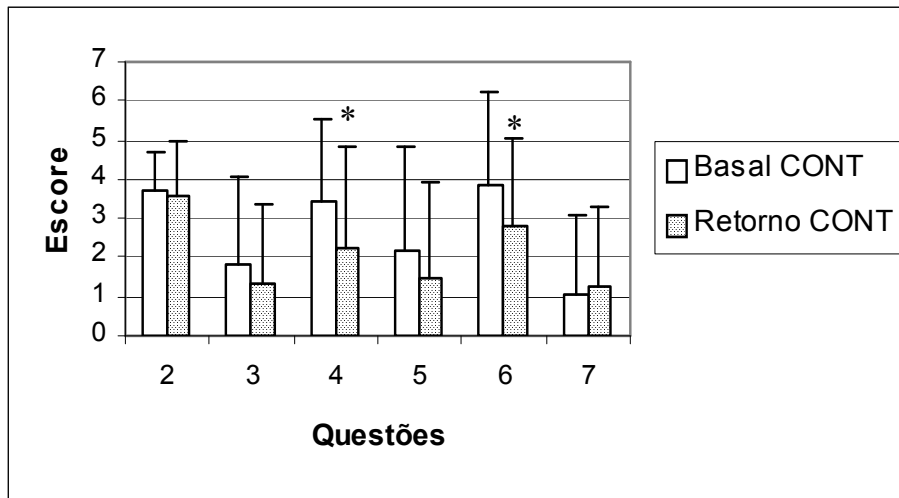
LEGENDAS DAS FIGURAS

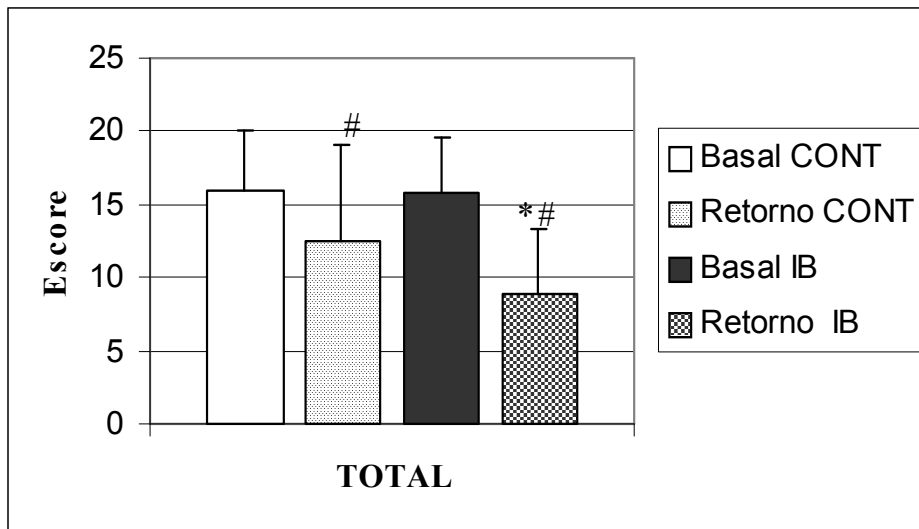
Figura 1: COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ESCORE OBTIDO PELO INSTRUMENTO ASSIST NA ENTREVISTA BASAL E DE RETORNO PARA O GRUPO IB - Médias±dp dos escores obtidos em cada questão do instrumento ASSIST nas ocasiões de entrevista (Basal, N=36; e Retorno, N=33) em usuários do grupo IB detectados como de risco e abusivos de álcool em unidades de saúde de Curitiba e ambulatório do hospital de Palmas (PR). * difere do escore basal (teste de Wilcoxon, $p \leq 0,05$).

Figura 2: COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ESCORE OBTIDO PELO INSTRUMENTO ASSIST NA ENTREVISTA BASAL E DE RETORNO PARA O GRUPO CONT - Médias±dp dos escores obtidos em cada questão do instrumento ASSIST nas ocasiões de entrevista (Basal, N=45; e Retorno, N=29) em usuários do grupo CONT detectados como de risco e abusivos de álcool em unidades de saúde de Curitiba e ambulatório do hospital de Palmas (PR). * difere do escore basal (teste de Wilcoxon, $p \leq 0,05$).

Figura 3: COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DO ESCORE TOTAL OBTIDO PELO INSTRUMENTO ASSIST NA ENTREVISTA BASAL E DE RETORNO PARA OS GRUPOS IB E CONT - Médias±dp dos escores totais obtidos pelo instrumento ASSIST nas duas ocasiões de entrevista em usuários dos grupos IB (Basal, N=36; Retorno, N=33) e CONT (Basal, N=45; Retorno, N=29) detectados como de risco e abusivos de álcool em unidades de saúde de Curitiba e ambulatório do hospital de Palmas (PR). * difere do grupo CONT; # difere da entrevista basal (teste t de Student, $p \leq 0,05$).







REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner C, Wallace P. The risk of alcohol. *Addiction* 1993; 88: 1496-580.
2. Fleming M, Mundt M, French M, Baier-Manwell L, Stauffacher E, Lawton-Barryk. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000; 38: 7-18.
3. Fleming MF. Strategies to increase alcohol screening in health care settings. *Alc Health Res World* 1997; 21: 340-7.
4. Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e farmacologia. São Paulo: Lemos, 2000.
5. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Higgins PS, Gassman RA, Gould BE. Training medical providers to conduct alcohol screening and brief interventions. *Subst Abuse* 2004; 25: 17-26.
6. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the united states. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 55-61.
7. Haverkos HW, Stein MD. Identifying substance abuse in primary y care. *Am Fam Physician* 1995; 52: 2029-35.
8. Berlinguer G. Ética da prevenção. Em: *Ética da saúde*. 1ª edição. São Paulo: Editora Hucitec;1996.
9. Stewart SH, Connors GJ. Screening for alcohol problems. *Alc Res & Health* 2004/2005; 28: 5-23.
10. Berg AO, Allan JD. Introducing the third U.S.. preventive services task force. *Am J of Prev Med* 2001; 20: 3-4.
11. Babor TF, Higgins – Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 2000; 95: 677-86.
12. Freeborn DK, Polen MR, Hollis JF, Senft RA. Screening and brief intervention for hazardous drinking in an HMO: effects on medical care utilization. *J Behav Health Serv Res* 2000; 27: 446-53.

13. 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.
14. WHO ASSIST WORKING GROUP- Ali, R.; Awwad, E.; Babor, T.; Bradley, F.; Butau, T.; Farrell, M.; Formigoni, M.L.S.O.; Isralowitz R.; Boerngen-Lacerda, R.; Marsden, B.M.; 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: 1183-94.
15. Grossberg PM, Brown DD, Fleming MF. Brief physician advice for high-risk drinking among young adults. *Annals of family medicine* 2004; 2: 474-80.
16. Enoch MA, Goldman D. Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. *Am Family Physician* 2004; 65: 441-8.
17. Bien T, Miller W, Tonigan S. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88: 315-36.
18. WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *Am J Pub Health* 1996; 86: 948-55.
19. Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *Am J Prev Med* 1997; 13: 464-70.
20. Cordoba R, Delgado T, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, Frisas O, Del Val AL. Effectiveness of brief intervention non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-center study. *Fam Practice* 1998; 15: 561-8.
21. Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer, Conigliaro RL, Kelley ME. Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *J Stud Alcohol* 2001; 62: 605-14.
22. Miller WR, Wilbourne PL. A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002; 97: 265-77.
23. Wilk AL, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Int Med* 1997; 12:247-83.

24. Moyer A, Finney J, Swearing C, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002; 97: 279-92.
25. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ainõ J, González-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alc Clin Exp Res* 2004; 28: 608-18 .
26. Vasilaki EI, Hosier SG, Miles Cox MW. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alc Alcohol* 2006; 41(3): 328–35.
27. Emen JM, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *Brit Med J* 2004; 328: 318-22.
28. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher AE, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long term efficacy and benefit-cost analysis. *Alc Clin Exp Res* 2002; 26: 36-43.
29. Nilssen O. Long-term effect of brief intervention in at-risk alcohol drinkers: a 9 year follow-up study. *Alc Alcohol* 2004; 39(6): 548-551.
30. WHO. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth Revision. Geneva Switzerland: WHO, 1993.
31. Marques AC. Resenha do resumo do relatório da Organização Mundial de Saúde sobre Neurociências e substâncias de abuso: pontos principais. *J Bras Dep Quím* 2004; 5(1): 51-56.
32. Miller W, Zweben A, Di Clemente C, Rychtarik R. Motivational enhancement therapy manual: a clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. (Project match monograph series v. 2). Rockville Maryland: National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism, 1992.
33. Prochaska JA, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behavior. *Am Psych* 1992; 47: 1102-14.
34. Miller W, Sanchez V. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. Notre Dame In: University Of Notre Dame Press, 1993.

35. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing*, 2nd Edition, Guilford Press New York And London, 2002.
36. Fleming MF. Brief interventions and the treatment of alcohol use disorders: current evidence. *Recent Dev Alcohol* 2003; 16: 375-90.
37. Desai MM, Rosenheck RA, Craig TJ. Screening for alcohol use disorders among medical outpatients: the influence of individual and facility characteristics. *Am J Psych* 2005; 162: 1521-26.
38. *Boletim Epidemiológico de Curitiba*. SMS, 2005. Ano XIV (1): 1-8.
39. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Enfermeiros e médicos da saúde primária: atitudes, conhecimentos e crenças a respeito da intervenção breve para bebedores pesados. *Addiction* 2001; 96: 305-11.
40. Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002; 39(4):333-42.
41. Thom B, Tellez C. A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice. *Br J Addict* 1986; 81:405-18.

ANEXO1

OMS ASSIST Fase III. Parte 6 OMS ASSIST V3.0 Basal



PARTE 6. Oms - ASSIST v3.0 LINHA DE BASE

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST
-Teste para Triagem do Envolvimento com Fumo, Álcool e outras Drogas-

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR

PAÍS

SERVIÇO

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

DATA

HORA INICIAL

(HORÁRIO EM 24 HORAS)

INTRODUÇÃO A SER LIDA PARA O PARTICIPANTE

ATENÇÃO: ANTES DE FAZER AS PERGUNTAS, DÊ O CARTÃO DE RESPOSTA DO ASSIST AO PARTICIPANTE

Agradeço a sua participação nesta breve entrevista sobre o seu uso de álcool, cigarro e outras drogas. Eu vou fazer algumas perguntas sobre a sua experiência no uso de substâncias que você pode ter bebido, fumado, cheirado, inalado, injetado ou consumido, durante a sua vida e nos últimos três meses. Veja neste cartão (MOSTRE O CARTÃO DE DROGAS) uma lista dessas substâncias. Algumas delas podem ter sido prescritas por um médico. Nesta entrevista, não iremos considerar medicamentos que foram usados como indicados pelo médico. Entretanto, se você usou medicamentos que não foram prescritos, por um tempo maior ou em maiores quantidades do que prescrito, por favor me diga. Nós estamos interessados em conhecer o seu uso de drogas ilícitas por razões de saúde pública. Tenha certeza que as informações que você me der serão mantidas em sigilo absoluto.

1. Na sua vida, qual(is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)	0	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	3
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	3
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	3
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)	0	3
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	3
j. Outras – especificar:	0	3

- Se “NÃO” em todos os itens questione: “Nem mesmo quando você estava na escola?”
- Se “NÃO” em todos os itens, pare a entrevista.
- Se “SIM” para alguma droga, prossiga para a questão 2 para CADA droga usada.

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	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
<i>a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)</i>	0	2	3	4	6
<i>b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)</i>	0	2	3	4	6
<i>c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)</i>	0	2	3	4	6
<i>d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)</i>	0	2	3	4	6
<i>e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)</i>	0	2	3	4	6
<i>f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)</i>	0	2	3	4	6
<i>g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)</i>	0	2	3	4	6
<i>h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)</i>	0	2	3	4	6
<i>i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)</i>	0	2	3	4	6
<i>j. Outras – especificar:</i>	0	2	3	4	6
<ul style="list-style-type: none"> • Se “nunca” em todos os itens da Questão 2, pule para a questão 6. • Se “sim” para algum destes itens prossiga com as questões 3, 4 e 5 para CADA droga mencionada. 					
3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC)	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
<i>a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)</i>	0	3	4	5	6
<i>b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)</i>	0	3	4	5	6
<i>c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)</i>	0	3	4	5	6
<i>d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)</i>	0	3	4	5	6
<i>e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)</i>	0	3	4	5	6
<i>f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)</i>	0	3	4	5	6
<i>g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)</i>	0	3	4	5	6

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	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermute, caninha, rum tequila, gin)	0	4	5	6	7
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	4	5	6	7
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	4	5	6	7
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)	0	4	5	6	7
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	4	5	6	7
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	4	5	6	7
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	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 (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermute, caninha, rum tequila, gin)	0	5	6	7	8
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	5	6	7	8
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	5	6	7	8
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)	0	5	6	7	8
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	5	6	7	8
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	5	6	7	8
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	5	6	7	8
j. Outras – especificar:	0	5	6	7	8

Faça as questões 6 e 7 para todas as substâncias utilizadas na vida
(Q.1)

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC...)?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	6	3
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	6	3
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	6	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	6	3
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	6	3
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	6	3
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	6	3
j. Outras – especificar:	0	6	3
7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC...) e não conseguiu?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	6	3
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	6	3
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	6	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	6	3
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	6	3
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	6	3
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	6	3
j. Outras – especificar:	0	6	3

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

ATENÇÃO: PACIENTES QUE INJETARAM DROGAS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES DEVEM SER AVALIADOS A PARTIR DO PADRÃO DE USO INJETÁVEL DURANTE AQUELE PERÍODO, PARA DETERMINAR SEUS NÍVEIS DE RISCO E O MELHOR TIPO DE INTERVENÇÃO.

PADRÃO DE USO INJETÁVEL	INTERVENÇÃO SUGERIDA
Até uma vez por semana ou Menos de 3 dias consecutivos	Intervenção Breve incluindo o cartão "riscos associados ao uso injetável"
Mais do que uma vez por semana ou Mais de 3 dias consecutivos	Encaminhar para Avaliação complementar e tratamento mais intensivo*

COMO CALCULAR O SCORE DE ENVOLVIMENTO ESPECÍFICO PARA CADA SUBSTÂNCIA

Para cada classe de substâncias (classes a. a j.) some os escores obtidos nas questões 2 a 7 inclusive. Não inclua no cálculo os escores das questões 1 e 8. Por exemplo, o escore para maconha seria calculado somando-se os pontos das linhas: $Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c$

Note que, no caso do tabaco, a questão 5 não deve ser considerada. O escore de tabaco é calculado somando-se as linhas: $Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a$

OMS ASSIST Fase III. Parte 6 OMS ASSIST V3.0 Basal



O TIPO DE INTERVENÇÃO É DETERMINADO EM DEPENDÊNCIA DOS ESCORES DE ENVOLVIMENTO ESPECÍFICO PARA CADA SUBSTÂNCIA

	Anotar a pontuação para cada droga	Nenhuma intervenção	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
Opiáceo		0-3	4-26	27 ou mais

NOTA: *AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR E TRATAMENTO MAIS INTENSIVO podem ser fornecidos pelo profissional de saúde em serviços de atenção primária, ou por um serviço especializado no tratamento de álcool e drogas, quando disponível.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO N, LESSA I, MAGALHÃES L, ARAÚJO MJ, AQUINO E, KAWACHI I, JAMES AS. **Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil.** Rev. de Saúde Pública, 2004; n. 38 v. 1 p. 05-15.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** Fourth Edition. Text Revision. Washington, DC: APA. 2000.

ANDERSON P, CREMONA A, PATON A, TURNER C, WALLACE P. **The risk of alcohol.** Addiction 1993; n. 88, p. 1496-1580.

ANDERSON P. **Managing alcohol problems in general practice.** British Medical Journal, 1985; n. 290, p. 1873-1875.

BABOR TF, HIGGINS – BIDDLE JC. **Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health.** Addiction, 2000; n. 95, p. 677-686.

BABOR TF, HIGGINS-BIDDLE JC, HIGGINS PS, GASSMAN RA, GOULD BE. **Training medical providers to conduct alcohol screening and brief interventions.** Substance Abuse, 2004; v. 25 n.1. p. 17-26.

BABOR TF, HIGGINS-BIDDLE JC, SAUNDERS JB, MONTEIRO MG. **Audit, the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care.** Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organization, 2001.

BABOR TF, HIGGINS-BIDDLE JC. **Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care.** World health organization, document n° WHO/MSD/MSB/01.6B, 2001.

BABOR TF, SAUNDERS JR, GRANT M. **Audit the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care.,** Geneva: World Health Organization, 1989; WHO/MNH/DAT 89.4

BABOR, TF, SCIAMANNA CN, PRONK NP. **Assessing multiple risk behaviors in primary care – screening issues and related concepts.** Am J Prev. Med, 2004; 27 (2S), 2004.

BAKER A, BOGGS TG, LEWIN TJ. **Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine.** Addiction, 2001; 96, p.1279-1287.

BALLESTEROS J, DUFFY JC, QUEREJETA I, AINÕ J, GONZÁLEZ-PINTO A. **Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care:**

- systematic review and meta-analyses.** Alcoholism Clinical and Experimental Research, April, 2004; v. 28, n. 4, p. 608-618.
- BALTIERI AD. **Álcool, crimes e leis.** J Bra Dep Quím, 2004; v. 5, n. 1, p. 37-49.
- 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, 1994; n. 44, p. 408-412.
- BEIN T, MILLER W, TONIGAN S. **Brief interventions for alcohol problems: a review.** Addiction, 1993; v. 88, p. 315-336.
- BERG AO, ALLAN JD. **Introducing the third u.s. preventive services task force.** American Journal of Preventive Medicine, 2001; v. 20, p. 3-4.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CURITIBA. SMS,** Ano XIV, 2005, n. 1, p. 1-8.
- BRASIL. **Ministério da saúde. Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo.** Brasília, 1994.
- BRASIL. **Serviço social da indústria. Projeto prevenção do uso abusivo de drogas nas empresas.** Brasília, 1998.
- BUCHER, R.- **Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: populações em situação de risco.** Ministério da Saúde, Brasília, 1995.
- CARLINI EA, CARLINI-COTRIM BHRS, SILVA FILHO AR. **Sugestões para programas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil.** EMP/CEBRID, São Paulo, 1990.
- CARLINI EA, GALDURÓZ JCF, NOTO AR, NAPPO AS. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil,** 2001. São Paulo: CEBRID/ Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, 2002.
- CARLINI EA. **Históricos sobre os conceitos éticos das pesquisas com seres humanos.** In: **Carlini Medicamentos, Drogas e Saúde.** Ed. Hucitec Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, São Paulo, 1995.
- CARLINI-MARLATT B. **“A população é jovem e o país é quente”: estimativas de consumo de álcool e tabaco no Brasil pelos dados das indústrias produtoras.** J Bras Sep Quím, 2001; n. 2, v.1, p. 3-8.
- 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, 2001; n. 21, p. 55-64.

CORDOBA R, DELGADO T, PICO V, ALTISENT R, FORES D, MONREAL A, FRISAS O, DEL VAL AL. **Effectiveness of brief intervention non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-center study.** Family Practice – an international journal. 1998; n. 15, v. 6, p. 561-568.

CRAPLET M. **Education, persuasion and the reduction of alcohol-related harm: a reply to Craplet.** Addiction, 2006; 101, p. 450-453.

DUARTE PAV, CARLINI-COTRIM B. **Álcool e violência: estudo dos processos de homicídios julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba.** J Bras Dep Quím, 2000; n. 5 v. 1, p. 17-25.

DUNN C, DEROO L, RIVARA FP. **The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review.** Addiction, 2001; n. 96, p. 1725-1742.

DUSZYNSKI K, NIETO F, VALENTE C. **Reported practices, attitudes and confidence levels of primary care physicians regarding patients who abuse alcohol and other drugs.** Maryland Med J, 1995; n. 44, p. 193-202.

EMEN JM, SCHIPPERS GM, BLEIJENBERG G, WOLLERSHEIM H. **Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review.** BMJ, 2004; n. 328, p. 318.

ENOCH MA, GOLDMAN D. **Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment.** American Family Physician, 2004; n. 3, v. 65, p. 441- 448.

FLEMING M, BARRY K, MANWELL L, JOHNSON K, LONDON R. **Brief intervention in primary care setting. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers.** Alcohol Res Health 1999; v. 23, p. 128-137.

FLEMING M, BARRY K, MANWELL L, JOHNSON K, LONDON R. **Brief physician advice for problem alcohol drinkers.** Jama, 1997; v. 277, n.13, p. 1039-1045.

FLEMING M, MUNDT M, FRENCH M, BAIER-MANWELL L, STAUFFACHER E, LAWTON-BARRY K. **Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care setting.** Med Care, 2001; v. 38, n. 1, p. 7-18.

FLEMING M, MUNDT M, FRENCH M, BAIER-MANWELL L, STAUFFACHER E, LAWTON-BARRYK. **Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings.** Med Care, 2000; v. 38, n. 1, p. 7-18.

FLEMING MF, MUNDT MP, FRENCH MT, MANWELL LB, STAUFFACHER AE, BARRY KL. **Brief physician advice for problem drinkers: long term efficacy and benefit-cost analysis.** Alcohol: clinical and Experimental Research, 2002; v. 26, p. 36-43.

FLEMING MF. **Brief interventions and the treatment of alcohol use disorders: current evidence.** Recent Dev Alcohol, 2003; v. 16, p. 375-390.

FLEMING MF. **Screening and brief intervention in primary care setting. Screening and Brief Intervention. Part II – A focus on specific settings.** Alcohol Research & Health, 2004-2005; v 2, p. 57-61.

FLEMING MF. **Strategies to increase alcohol screening in health care settings.** Alcohol Health & Research World. 1997; v. 21, n. 4, p. 340-347.

FORMIGONI MLOS. **Histórico e apresentação da estrutura do projeto. In: FORMIGONI MLOS. A intervenção breve na dependência de drogas: A Experiência brasileira.** São Paulo: Contexto, 1992.

FREEBORN DK, POLEN MR, HOLLIS JF, SENFT RA. **Screening and brief intervention for hazardous drinking in an HMO: effects on medical care utilization.** J Behav Health Serv Res. 2000; v. 27, p. 446-453.

GALDURÓZ JCF, NOTO AR, CARLINI EA. **IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1996.** CEBRID/Escola Paulista de Medicina; São Paulo. 1997.

GALDURÓZ JCF, NOTO AR, FONSECA AM, CARLINI EA. **V levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004.** CEBRID/Escola Paulista de Medicina; São Paulo. 2004,

GALDURÓZ JCF, NOTO AR, NAPPO AS, CARLINI ELA. **First household survey on drug abuse in São Paulo Brazil/1999: principal findings.** São Paulo Med J. 2003; v. 121, n. 6, p. 231-237.

GARNICK DW, HORGAN CM, MERRICK EL, HODGKIN D, FAULKNER D, BRYSON S. **Managed care plans' requirements for screening for alcohol, drug and mental health problems in primary care.** The American Journal of Managed Care, 2002; v. 8, n. 10, p. 879-887.

GATH MB, LAL H. **Pharmacological treatment of alcoholism.** Prog. Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiat. 1998; v. 22, p. 917-944.

GORENSTEIN C, ANDRADE LHS, ZUARD, AW. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e farmacologia.** São Paulo: Lemos, 2000.

GROSSBERG PM, BROWN DD, FLEMING MF. **Brief physician advice for high-risk drinking among young adults.** Annals of family medicine. September – October, 2004; v. 2, n. 6, p. 474-480.

HARWOOD H, SULLIVAN K, MALHOTRA D. **Data analysis identifies major disparities in alcohol treatment across various groups.** Frontlines: Linking Alcohol Services Research and Practice. June 2001; p. 3-5,7.

HAVERKOS HW, STEIN MD. **Identifying substance abuse in primary y care.** American Family Physician. 1995; v. 52, p. 2029-2035.

HEATHER N, WALLACE P. **Brief interventions for excessive drinkers.** Alcohol Concern Research Forum, 2003; p. 8.

HENRIQUE IFS, DE 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).** Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo Apr./Jan. 2004; v. 50, n. 2, p. 1-8;

IMESC. **Info Drogas.** Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/tipoprev.htm>. Acesso em 11-05-06.

JEKEL, JF. ELMORE JG, KATZ DL. EPIDEMIOLOGY. **Bioestatics and preventive medicine.** Philadelphia, Saunders, 1996.

JORGE MR, MANSUR J. **Questionários padronizadores para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 1986; v. 35, p. 287-292.

KAHAN M, WILSON L, BECKER L. **Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review.** CMAJ, 1995; v. 152 n. 6, p. 851-859.

KESSELER RC, CRUM RM, WARNER LA, NELSON CB, SCHULENBERG J, ANTHONY JC. **Lifetime co- occurrence of DSM-III alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity y survey.** Arch Gen Psychiatry, 1997; n. 54, p. 313-321.

KRISTENSON H, ÖHLIN H, HULTÈN-NOSSLIN MB, TRELL E, HOOD B. **Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls.** Alcohol: Clinical and Experimental Research, 1983; v. 20, p. 203-209.

LANG, E., ENGELANDER, M. & BROOK, T. **Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users.** Journal Of Substance Abuse Treatment, 2000; v. 19, p. 111-116.

LAWRENCE RS AND MICKALIDE AD. **Preventive services in clinical practice: designing the periodic health examination.** Jama: Journal of the American Medical Association, 1987; v. 257, p. 2205-2207.

LIMA E, AZEVEDO RCS. **Programa de prevenção ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas na Unicamp.** Disponível em <http://www.prd.u.unicamp.br/vivamais/Projeto.pdf>. Acesso em 11-05-06.

MAISTO SA, CONIGLIARO J, MCNEIL M, KRAEMERK, CONIGLIARO RL, KELLEY ME. **Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers.** Journal Study Alcohol, 2001; v. 62, p. 605-614.

MANSUR J, MONTEIRO MG. **Validation of the cage, alcoholism screening test in Brazilian psychiatric inpatient setting.** Brazilian Journal Medicine Biology, 1983; v. 16, p. 215-218.

MARQUES AC. **Resenha do resumo do relatório da Organização Mundial de Saúde sobre Neurociências e substâncias de abuso: pontos principais.** Jornal Brasileiro de Dependência Química, 2004; v. 5, n.1, p. 51-56.

MARTIN SE, BRYANT K. **Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among person arrested for violent and property offenses.** Journal Substance Abuse 2001, v. 13, n.1, p. 563-581.

MAYER A, FINNEY JW, SWEARINGEN CE, VERGUM P. **Brief intervention for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment- seeking and non-treatment-seeking populations.** Addiction, 2002; n. 97, p. 279-292.

MCLELLAN TA, MEYERS K. **Contemporary addiction treatment: a review of systems problems for adults and adolescents.** Biology Psychiatry, 2004; n. 56.

MÉNDEZ EB. **Uma versão brasileira do AUDIT (alcohol use disorders identification test).** DISSERTAÇÃO. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 1999.

MENDOZA-SASSI RA, BÉRIA JU. **Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using audit.** Southern Brazilian addiction, 2003; n. 98, p. 799-804.

MILLER W & SANCHEZ V. **Motivating young adults for treatment and lifestyle change.** Notre Dame In: University Of Notre Dame Press, 1993.

MILLER W, ROLLNICK S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos.** Ed. Art. Trad. Calefia, Dorneles C. Porto Alegre. 2001; p. 291.

MILLER W, ROLLNICK S. **Motivational interviewing,** 2nd Edition, Guilford Press New York And London, 2002.

MILLER W, ZWEBEN A, DI CLEMENTE C, RYCHTARIK R. **Motivational enhancement therapy manual: a clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence.** (Project match monograph series v. 2). Rockville Maryland: National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism, 1992.

MILLER WR, WILBOURNE PL. **A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders.** Addiction, 2002; n. 97, p. 265-277.

MOYER A, FINNEY J, SWEARING C, VERGUN P. **Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations.** Addiction, 2002; n. 97, p. 279-292.

NARANJO CA. BREMNER KE. POULOS CX. **Research strategies to assess pharmacotherapies for alcoholism.** Program Neuro-Psychopharmacology & Biology Psychiatry. 1996; v. 20, p. 543-559.

NATIONA CENTER ON ADDICTION AND SUBSTÂNCE ABUSE (CASA). **Missed opportunity: CASA national survey of primary care physician and patients on substance abuse.** New York: Columbia University, CASA, 2000.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; NIH puplication; 2000, v. 00 n. 1583, p. 429-430

NILSSEN O. **Long-term effect of brief intervention in at-risk alcohol drinkers: a 9 year follow-up study.** Alcohol & Alcoholism. Advance Access puplication 20 Setember, 2004; v. 39, n. 6, p. 548-551.

NOBREGA MPSS, OLIVEIRA EM. **Mulheres usuárias de álcool.** Ver. Saúde Pública, 2005; v. 39, n.5, p. 816-23.

NOTO AR, FONSECA AM, SILVA EA, GALDURÓZ JC. **Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas: Um levantamento no Estado de São Paulo.** Jornal Brasileiro de Dependência Química, 2004; v. 5, n. 1, p. 9-17.

POIKOLAINEN K. **Effectiveness of brief intervention to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis.** Prev Med 28, 1999; p. 503-509.

PROCHASKA JA, DICLEMENTE CC, NORCROSS JC. **In search of how people change.** Applications to addictive behavior. American Psychiatric 1992; v. 47, p. 1102-1114.

PUSTAI OJ. **O sistema de saúde no Brasil.** In: DUCAN BB. SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ. **Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária.** ArtMed. Porto Alegre. 2ª ed.1996.

RAMOS SP, BERTOLOTE JM e cols. **Alcoolismo hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.

ROCKVILLE, MD. **Public health service, substance abuse and mental health services, administration, us department of health and human services,** 1997. Treatment Improvement Protocol (Tip) Series 24.

ROOM R, BABOR T, REHM J. **Alcohol and public health.** Lancet. 2005; v. 365 n. 9458, p. 519-30.

ROOM R, ROSSOW I. **The share of violence attributable to drinking.** Journal Substance Use. 2001; v. 6, p. 218-28.

RUSSELL M. **Screening in general health care.** Alcohol Research & Health, 2004/2005; v. 28, n. 1, p. 17-22.

SAITZ RS, HELMUNTH ED, AROMMA SE, GUARD A, BELANGER M, ROSENBLOOM DL; **Web-based screening and brief intervention for the spectrum of alcohol problems.** Preventive Medicine, 2004; 39, p. 969-975.

SAUNDERS J, AASLAND O. **WHO collaborative project on identification and treatment of person with harmful alcohol consumption. Report on phase I. Development of a screening instrument.** World Health Organization. Division Of Mental Health Geneva, 1987.

SAUNDERS J, ASSALAND O, BABOR T, DELA FUENT J, GRANT M. **Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II.** Addiction, 1993; n. 88, p. 791-804.

SAUNDERS JB, FOULDS K. **Brief and early intervention: experience from studies on harmful drinking.** Australian and New Zealand Journal of Medicine, 1992; v. 22, p. 224-232.

SAUNDERS, B., WILKINSON, C. & PHILLIPS, M. **The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone program.** Addiction, 1995; n. 90, p. 415-424.

SENAD. **Prevenção - Prioridades na área de prevenção.** Disponível em <http://www.senad.gov.br/paginas/prevencao.htm>. Acesso em 11-05-06.

SENFT RA, POLEN MR, FREEBORN DK, HOLLIS JF. **Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers.** American Journal Prevent Medicine, 1997; n. 13, p. 464-470.

SOYKA M. **Pharmacotherapy and psychotherapy for the treatment of alcoholism in germany.** Drug and Alcohol Dependence 39 Suppl. 1, 1999; p. 9-13.

STEPHENS RS, ROFFMAN RA, CURTIN L. **Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use.** Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 2000; v. 68, n. 5, p. 898-908.

STEWART SH, CONNORS GJ. **Screening for alcohol problems.** Alcohol Research & Healt. 2004/2005; v. 28, n. 1, p. 5-23.

STOTTS AL, SCHMITZ JM, RHOADES HM, GRABOWSKI J. **Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study.** Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 2001; v. 69, n. 5, p. 858-862.

SULLIVAN E, FLEMING MA. **Guide to substance abuse services for primary care clinicians. Treatment improvement protocol (tip) series.** Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1997.

TOSCANO AJ. **Um breve histórico sobre o uso de drogas.** In: SEIBEL SD, TOSCANO A J. **Dependência de Drogas.** Ed. Atheneu SP, 2001; p. 7-34.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM - 1997. **World drug report.** New York: Oxford University Press; 1997.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). **Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement.** Annals of Internal Medicine 140, 2004; n. 7, p. 554-556.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Guide to Preventive Services**. US Department of Health and Human Services 2. ed. Rockville, 1996.

VASILAKI EI, HOSIER SG, MILES COX MW. **The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review**. *Alc Alcohol*, 2006; v. 41, n.3, p. 328–35.

WAGNER EF, WALDRON HB. **Innovations in adolescent substance abuse intervention**. New York Pergamon Press, 2001.

WATSON HMN. **Problem drinkers among acute care inpatients**. *Nursing standard*, June 21/2000; v. 14, n. 40, p. 32-35.

WHO ASSIST WORKING GROUP – ALI R, AWWAD R, BABOR T, BRADLEY F, BUTAU T, FARRELL, M, FORMIGONI ML, ISRALOWITZ R, LACERDA RB, MARSDEN BM, MC REE 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; n. 97, p. 1183-1194.

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

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International statistical classification of diseases and related health problems**. Tenth Revision. Geneva Switzerland: WHO, 1993.

WILK AL, JENSEN NM, HAVIGHURST TC. **Meta – analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers**. *Journal Gen Intern Medicine*, 1997; n. 12, p. 247-283.

WINTERS KC. **Treating adolescents with substance use disorders: an overview of practice issue and treatment outcomes**. *Substance abuse*, 1999; n. 20.

WOLFF K, WELCH S, MARSDEN J., STRANG J, FARRELL M. **Biological indicators of substance use and related disorders**. Background paper prepared for who program on substance abuse, drug abuse screening project, 1997.

WOODWARD A, EPSTEIN J, GFROERE J, MELNICK D, THORESON R, WILSON D. **The drug abuse treatment gap: recent estimates**. *Health Care Financ Rev*. 1997; v.18, n. 3, p. 5-17.

WUTZKE SE, CONIGRAVE KM, DAUNDERS JB, HALL WD. **The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-years follow-up.** *Addiction*, 2002; n. 97; p. 665-675.

WUTZKE SE, SHIELL A, GOMEL MK, CONIGRAVE KM. **Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption.** *Social Science & Medicine*, 2001; n. 52, p. 863 – 870.

YOUNG AS, KLAP R, SHERBOURNE CD, WELLS KB. **The quality of care for depressive and anxiety disorders in the united states.** *Arch Gen Psychiatry*, 2001; n. 58, p. 55-61.

ANEXO 1 - PARTE 1: REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

PARTE 1. REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

Por favor, preencha essa folha de "Registro de Participação" para todo paciente que participar do estudo. Inclua para aqueles pacientes que recusarem participar, os quais deverão ser registrados o seu sexo e ano de nascimento.

O "Registro de Participação" poderá ser completado ao longo da entrevista assim que cada instrução for fornecida.

AS INSTRUÇÕES ESTÃO ESCRITAS DENTRO DE RETÂNGULOS SOMBREADOS

1.1 ENTREVISTADOR a. n.º ID b. Data

1.2 DETALHES DO CENTRO a. Código b. Clínica

1.3 PACIENTE a. sexo b. ano de nascimento

1.4 O PACIENTE CONCORDOU EM RESPONDER O ASSIST ? (MARQUE COM X NO LOCAL ADEQUADO)

→ Não Pare por aqui a entrevista

→ Sim Siga para o próximo passo

APLIQUE O ASSIST

1.5 Os ESCORES DO ASSIST OBTIDOS PARA O PACIENTE PERMITEM INCLUI-LO NO ESTUDO ?

(MARQUE COM X NO LOCAL ADEQUADO)

→ Não Anexe o ASSIST preenchido e pare por aqui

→ Sim Siga para o próximo passo

DESCREVA O ESTUDO PARA O PACIENTE E PERGUNTE SE ELE CONCORDA EM PARTICIPAR

1.6 O PACIENTE CONCORDA EM PARTICIPAR DO ESTUDO? (MARQUE COM X NO LOCAL ADEQUADO)

→ Não Anexe o ASSIST preenchido e pare por aqui

1.7 O PACIENTE PREENCHE OS SEGUINTE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA O ESTUDO?

(MARQUE CADA QUADRADO OU COM S = SIM OU N = NÃO. NÃO DEIXE NENHUM QUADRADO VAZIO)

a. Comunicação OK	<input type="checkbox"/>	g. Fisicamente OK para participar	<input type="checkbox"/>
b. Cognição/Saúde Mental OK	<input type="checkbox"/>	h. Não parece agressivo ou violento	<input type="checkbox"/>
c. Pertence ao grupo étnico predominante	<input type="checkbox"/>	i. Sem problemas comportamentais graves	<input type="checkbox"/>
d. Não foi tratado para álcool ou drogas no último mês (exceto tabaco) OK	<input type="checkbox"/>	j. Não esteve preso ou internado em hospital nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>
e. Concorda em fornecer detalhes para ser contatado e de mais três pessoas.	<input type="checkbox"/>	k. Não está em síndrome de abstinência de álcool ou drogas	<input type="checkbox"/>
f. Disponível para o seguimento daqui a três meses	<input type="checkbox"/>	l. Tem endereço fixo	<input type="checkbox"/>

1.8 O PACIENTE PREENCHEU TODOS OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA O ESTUDO? (MARQUE COM X NO LOCAL ADEQUADO)

→ Não

Anexe o ASSIST preenchido e pare por aqui

→ Sim

Siga para o próximo passo

RANDOMISAR PARA O GRUPO EXPERIMENTAL (RECEBERÁ A IB NESTA ENTREVISTA) OU PARA O GRUPO CONTROLE (LISTA DE ESPERA, REBERÁ A IB DAQUI A TRÊS MESES)

1.9 QUAL É O NÚMERO ID DO PACIENTE?

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

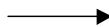
Código do país

Código da droga

Número paciente

1.10 QUAL O GRUPO DO PACIENTE? (MARQUE COM X - NÃO DIGA NADA AO PACIENTE)

Controle lista de espera



Aplique o ASSIST

Grupo experimental IB



Aplique ASSIST & IB

AGENDE A RECONSULTA (SEGUIMENTO) E ENTREGUE O CARTÃO COM A DATA DE RETORNO

ANEXO 2 – PARTE 6: ASSIST

OMS ASSIST Fase III. Parte 6 OMS ASSIST V3.0 Basal



PARTE 6. OMS - ASSIST V3.0 LINHA DE BASE

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST
-Teste para Triagem do Envolvimento com Fumo, Álcool e outras Drogas-

NÚMERO DE
IDENTIFICAÇÃO DO
ENTREVISTADOR

PAÍS

SERVIÇO

IDENTIFICAÇÃO DO
PARTICIPANTE

DATA

HORA INICIAL

(HORÁRIO EM 24 HORAS)

INTRODUÇÃO A SER LIDA PARA O PARTICIPANTE

ATENÇÃO: ANTES DE FAZER AS PERGUNTAS, DÊ O CARTÃO DE RESPOSTA DO ASSIST AO PARTICIPANTE

Agradeço a sua participação nesta breve entrevista sobre o seu uso de álcool, cigarro e outras drogas. Eu vou fazer algumas perguntas sobre a sua experiência no uso de substâncias que você pode ter bebido, fumado, cheirado, inalado, injetado ou consumido, durante a sua vida e nos últimos três meses. Veja neste cartão (MOSTRE O CARTÃO DE DROGAS) uma lista dessas substâncias. Algumas delas podem ter sido prescritas por um médico. Nesta entrevista, não iremos considerar medicamentos que foram usados como indicados pelo médico. Entretanto, se você usou medicamentos que não foram prescritos, por um tempo maior ou em maiores quantidades do que prescrito, por favor me diga. Nós estamos interessados em conhecer o seu uso de drogas ilícitas por razões de saúde pública. Tenha certeza que as informações que você me der serão mantidas em sigilo absoluto.

1. Na sua vida, qual(is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	3
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	3
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	3
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	3
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	3
j. Outras – especificar:	0	3

- Se “NÃO” em todos os itens questione: “Nem mesmo quando você estava na escola?”
- Se “NÃO” em todos os itens, pare a entrevista.
- Se “SIM” para alguma droga, prossiga para a questão 2 para CADA droga usada.

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	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
<i>a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)</i>	0	2	3	4	6
<i>b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)</i>	0	2	3	4	6
<i>c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)</i>	0	2	3	4	6
<i>d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)</i>	0	2	3	4	6
<i>e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)</i>	0	2	3	4	6
<i>f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)</i>	0	2	3	4	6
<i>g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)</i>	0	2	3	4	6
<i>h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)</i>	0	2	3	4	6
<i>i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)</i>	0	2	3	4	6
<i>j. Outras – especificar:</i>	0	2	3	4	6
<ul style="list-style-type: none"> • Se “nunca” em todos os itens da Questão 2, pule para a questão 6. • Se “sim” para algum destes itens prossiga com as questões 3, 4 e 5 para CADA droga mencionada. 					
3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC)	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
<i>a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)</i>	0	3	4	5	6
<i>b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)</i>	0	3	4	5	6
<i>c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)</i>	0	3	4	5	6
<i>d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)</i>	0	3	4	5	6
<i>e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)</i>	0	3	4	5	6
<i>f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)</i>	0	3	4	5	6
<i>g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)</i>	0	3	4	5	6

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	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	4	5	6	7
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	4	5	6	7
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	4	5	6	7
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	4	5	6	7
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	4	5	6	7
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	4	5	6	7
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	4	5	6	7
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	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 (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	5	6	7	8
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	5	6	7	8
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	5	6	7	8
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	5	6	7	8
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	5	6	7	8
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	5	6	7	8
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	5	6	7	8
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	5	6	7	8
j. Outras – especificar:	0	5	6	7	8

Faça as questões 6 e 7 para todas as substâncias utilizadas na vida
(Q.1)

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC..)?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	6	3
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	6	3
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	6	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	6	3
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	6	3
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	6	3
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	6	3
j. Outras – especificar:	0	6	3
7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC...) e não conseguiu?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	6	3
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	6	3
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	6	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	6	3
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	6	3
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	6	3
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	6	3
j. Outras – especificar:	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

ATENÇÃO: PACIENTES QUE INJETARAM DROGAS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES DEVEM SER AVALIADOS A PARTIR DO PADRÃO DE USO INJETÁVEL DURANTE AQUELE PERÍODO, PARA DETERMINAR SEUS NÍVEIS DE RISCO E O MELHOR TIPO DE INTERVENÇÃO.

PADRÃO DE USO INJETÁVEL	INTERVENÇÃO SUGERIDA
Até uma vez por semana ou Menos de 3 dias consecutivos	Intervenção Breve incluindo o cartão "riscos associados ao uso injetável"
Mais do que uma vez por semana ou Mais de 3 dias consecutivos	Encaminhar para Avaliação complementar e tratamento mais intensivo*

COMO CALCULAR O ESCORE DE ENVOLVIMENTO ESPECÍFICO PARA CADA SUBSTÂNCIA

Para cada classe de substâncias (classes a. a j.) some os escores obtidos nas questões 2 a 7 inclusive. Não inclua no cálculo os escores das questões 1 e 8. Por exemplo, o escore para maconha seria calculado somando-se os pontos das linhas: $Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c$

Note que, no caso do tabaco, a questão 5 não deve ser considerada. O escore de tabaco é calculado somando-se as linhas: $Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a$


OMS ASSIST Fase III. Parte 6 OMS ASSIST V3.0 Basal


O TIPO DE INTERVENÇÃO É DETERMINADO EM DEPENDÊNCIA DOS ESCORES DE ENVOLVIMENTO ESPECÍFICO PARA CADA SUBSTÂNCIA


	Anote a pontuação para cada droga	Nenhuma intervenção	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
Opiáceo		0-3	4-26	27 ou mais

NOTA: *AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR E TRATAMENTO MAIS INTENSIVO podem ser fornecidos pelo profissional de saúde em serviços de atenção primária, ou por um serviço especializado no tratamento de álcool e drogas, quando disponível.

ANEXO 3 – PARTE 2: CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

OMS ASSIST Fase III. Parte 2 Consentimento de Informação		
PARTE 2: FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO		
ESTUDO OMS ASSIST FASE III		
INVESTIGADORES PRINCIPAIS:	Profª. Dra. Maria Lucia O. S. Formigoni Profª. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda	
CO INVESTIGADORES:	Priscila Samaha Gonçalves Telmo Mota Ronzani	
AUTORIZAÇÃO.		
1. A natureza e os objetivos da pesquisa foram explicados para mim. Eu entendi tudo e concordo em participar.		
2. Eu entendi que não terei nenhum benefício direto por estar participando das entrevistas da pesquisa.		
3. Eu entendi que, apesar das informações fornecidas por mim poderem ser publicadas, eu não serei identificado e as informações pessoais permanecerão confidenciais.		
4. Eu entendi que posso desistir do estudo a qualquer momento e que isso não irá interferir na consulta médica atual ou futura.		
<i>Se eu tiver qualquer dúvida sobre meus direitos como sujeito da pesquisa poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.</i>		
PARTICIPANTE		
2.1 Nome	<input type="text"/>	
2.2 Assinatura	<input type="text"/>	
2.3 Data	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
INVESTIGADOR: <i>Eu certifico que expliquei a finalidade do estudo ao voluntário(a) e acredito que ele(a) entendeu do que se trata.</i>		
2.4 Nome	<input type="text"/>	

ANEXO 4 – PARTE 3: FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES AO PACIENTE

OMS ASSIST Fase III. Parte 3 Formulário de Informação ao Participante	
	
PARTE 3: FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE	
ESTUDO WHO ASSIST FASE III	
INVESTIGADORES PRINCIPAIS:	Profa. Dra. Maria Lucia O. S. Formigoni Profa. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda (361-1720)
CO INVESTIGADORES:	Priscila Samaha Gonçalves Telmo Mota Ronzani
INTRODUÇÃO	
<p>Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que está sendo conduzida no Brasil, Austrália, Índia, Espanha, Tailândia e Estados Unidos. Um total de 120 participantes será recrutado de cada um destes locais. O objetivo da pesquisa é aprender como as pessoas respondem perguntas sobre suas experiências com cigarro, álcool, medicamentos e outras drogas e como elas respondem quando recebem informações sobre seu uso de substâncias. Você poderá ou não receber informações e orientação sobre seu uso de substâncias após a entrevista. A sua participação no estudo é inteiramente voluntária e você poderá desistir do estudo a qualquer momento. Antes de aceitar participar do estudo, por favor, leia atentamente o que vem a seguir e sinta-se à vontade para esclarecer qualquer dúvida que você tenha.</p>	
RESUMO DA PESQUISA.	
<p>Este projeto de pesquisa visa avaliar como as pessoas respondem a um questionário que será usado para medir o comportamento relacionado ao uso de álcool, tabaco e outras drogas – particularmente maconha, cocaína, anfetaminas e opióides. Também se pretende avaliar como as pessoas responderão a um aconselhamento breve sobre o seu uso de drogas. Você será convidado(a) a participar de duas entrevistas – com intervalo de 3 meses entre elas – nas quais o entrevistador perguntará sobre suas experiências com estas substâncias. Cada entrevista levará aproximadamente 20 minutos.</p> <p>Durante a primeira entrevista você será colocado (por sorteio) em um de dois grupos. Os participantes do grupo 1 receberão o resultado da sua entrevista e algumas informações por escrito para levar para casa. Os participantes do outro grupo não receberão essas informações na primeira entrevista.</p> <p>Na segunda entrevista, 3 meses após, as perguntas serão semelhantes às da primeira entrevista. As pessoas que não receberam qualquer informação sobre seu uso de drogas na primeira entrevista receberão, nessa ocasião, as informações sobre seu uso de substâncias e o material escrito para levar para casa. As pessoas que receberam informações na primeira entrevista serão perguntadas nessa ocasião sobre o que elas acharam sobre as informações que receberam.</p> <p>Com o objetivo de fazer essa segunda entrevista daqui a três meses, precisamos de algumas informações detalhadas sobre como encontrá-lo(a) assim como que você indique pessoas (familiares ou amigos) que podem ser procuradas por nós, daqui a três meses, que possam nos ajudar a encontrá-lo, caso não consigamos entrar em contato direto com você. As informações que você nos der não serão dadas a estas pessoas que você indicar.</p>	
CONFIDENCIALIDADE	
<p>O seu nome não será registrado em nenhum lugar do questionário sobre drogas. Para preservar a sua identidade, você receberá um número codificado que constará do questionário com as suas respostas. 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 aplicado na entrevista.</p>	

ANEXO 5 – PARTE 4: FORMULÁRIO DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE

PARTE 4. FORMULÁRIO DE LOCALIZAÇÃO & REGISTRO DE SEGUIMENTO					
FORMULÁRIO DE LOCALIZAÇÃO					
4.1 ENTREVISTADOR	a. ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b. Data	<input type="text"/>
4.2 DETALHES DO CENTRO	a. Código		<input type="text"/>	b. UBS	<input type="text"/>
4.3 PACIENTE	a. ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
POR FAVOR, LEIA O SEGUINTE PARA O PARTICIPANTE					
<p>Como parte dessa pesquisa e programa de tratamento, é muito importante que eu possa entrar em contato com você. Daqui a três meses, precisarei contatá-lo(a) para agendar nova entrevista.</p> <p>Caso aconteça de perder o contato com você por mudança de endereço ou de telefone, gostaria de poder localizá-lo(a). Se não conseguir falar com você para agendar nova entrevista gostaria de ter alguma outra pessoa que nos ajude a encontrá-lo(a). Pode ser esposo(a), amigo(a), pai ou mãe, irmão(ã) ou outro parente.</p> <p>Como você vai fornecer detalhes sobre a pessoa que vai servir de contato, acho que seria importante que você a avisasse que deu seu nome. No entanto, você não precisa contar a essa pessoa detalhes do estudo, apenas diga que você está participando de uma pesquisa conosco e que um de nós poderá telefonar para saber onde encontrá-lo(a).</p> <p>A informação que você vai nos dar será mantida em lugar seguro e separado das respostas do seu questionário. Será apenas usada para localizá-lo(a) para agendar nova entrevista e não será fornecida a mais ninguém. Será tudo mantido em sigilo. Além disso, não vamos contar nada sobre a pesquisa para essa pessoa que você está dando como referência, exceto que você está participando de um estudo sobre saúde.</p>					
PESQUISADORES					
<p>Por favor, peça informações sobre três pessoas de contato e registre na tabela abaixo. Mais informações deverão ser coletadas caso você perceba que o paciente não tenha endereço fixo. Por favor, assegure-se que pelo menos um dos contatos não resida com o participante.</p> <p>Qualquer outra instrução ou comentário sobre o seguimento poderá ser registrado abaixo.</p>					
4.4 COMENTÁRIOS / OUTRAS INFORMAÇÕES					


FORMULÁRIO DE LOCALIZAÇÃO	
INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS	POR FAVOR, PREENCHA TODOS OS QUADROS – NÃO DEIXE NADA EM BRANCO (COLOQUE 'NA' SE NÃO SE APLICAR)
4.5 DETALHES DO PARTICIPANTE	
a. Nome completo	<input type="text"/>
b. Data de nascimento	<input type="text"/>
c. Fone residencial	<input type="text"/>
d. Fone do trabalho	<input type="text"/>
e. Celular	<input type="text"/>
f. E-mail	<input type="text"/>
g. Endereço	<input type="text"/>
h. Há quanto tempo mora nesse endereço?	<input type="text"/>
i. Planeja se mudar logo? Para onde?	<input type="text"/>
j. Quantas pessoas moram com você?	<input type="text"/>
k. Nome & Relacionamento	<input type="text"/>

OMS ASSIST Fase III. Parte 4 Formulário de Localização para o Seguimento	
FORMULÁRIO PARA PESSOAS DE CONTATO	
INFORMAÇÃO NECESSÁRIA	POR FAVOR, PREENCHA TODOS OS QUADROS – NÃO DEIXE NADA EM BRANCO (COLOQUE 'NA' SE NÃO SE APLICAR)
4.6 DETALHES DO INFORMANTE 1	
a. Nome completo & Relacionamento	<input type="text"/>
b. Endereço	<input type="text"/>
c. Números de telefones	<input type="text"/>
4.7 DETALHES DO INFORMANTE 2	
a. Nome completo & Relacionamento	<input type="text"/>
b. Endereço	<input type="text"/>
c. Números de telefones	<input type="text"/>
4.8 DETALHES DO INFORMANTE 3	
a. Nome completo & Relacionamento	<input type="text"/>
b. Endereço	<input type="text"/>
c. Números de telefones	<input type="text"/>
INSTRUÇÕES PARA O SEGUIMENTO, CASO PRECISE DEIXAR UMA MENSAGEM.	
Que tipo de mensagem? / com quem?	<input type="text"/>

ANEXO 6 – PARTE 5: FORMULÁRIO DE PERFIL DEMOGRÁFICO

PARTE 5. PERFIL DEMOGRÁFICO					
Entrevistador ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	UBS <input type="text"/>
PACIENTE ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATA	<input type="text"/>
PESQUISADORES:					
<i>INTRODUÇÃO PARA SER LIDA AOS PARTICIPANTES: Inicialmente, eu preciso perguntar algumas coisas gerais sobre você. Lembre-se que as informações que você fornecer serão confidenciais e serão utilizadas para apenas na pesquisa.</i>					
5.1 LOCAL DO RECRUTAMENTO (por favor, descreva). ex. Unidade básica de saúde, ambulatório da Universidade, Programa da Saúde da Família, etc.					
<input type="text"/>					
5.2 REGISTRE O SEXO COMO OBSERVADO	1 – Masculino		2 – Feminino		<input type="text"/>
5.3 QUAL A SUA IDADE? (em anos)	Idade em anos			<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.4 QUAL O SEU ESTADO CIVIL ATUAL?					
1 – Casado atualmente		4 – viúvo (não casado no momento)		<input type="text"/>	
2 – Casado informalmente ("mora junto")		5 – Divorciado (não casado no momento)			
3 – Separado (mas ainda casado)		6 – Nunca se casou			
5.5 ONDE VOCÊ VIVE? (leia todas as possibilidades para o participante)					
1 – Casa própria ou da família		4 – Abrigo		7 – Outro (especifique)	
2 – Apartamento ou casa alugada		5 – Casa de recuperação			
3 – Quarto		6 – Sem endereço fixo			
<input type="text"/>					
5.6 HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ MORA NESSE ENDEREÇO?	Anos		<input type="text"/>	Meses	
5.7 QUAL A SUA RELIGIÃO ATUAL?					
<input type="text"/>					

5.8 A QUAL RAÇA VOCÊ JULGA PERTENCER?		
1 – Branco (não-hispânico)	5 – Aborígene / TSI	9 – Tailandês terra baixa
2 - Indiano	6 – Africano	10 – Tailandês terra alta
3 – Asiático / Ilhas do Pacífico	7 – Nativo Americano	11 – Outro (especifique
4 - Hispânico	8 - Mulato	<input type="text"/>
5.9 VOCÊ ESTEVE SOB REGIME CONTROLADO NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES? ISTO É VOCÊ ESTAVA EM SITUAÇÕES EM QUE NÃO TINHA LIBERDADE DE IR E VIR SEGUNDO A SUA VONTADE, TAIS COMO INTERNADO PARA TRATAMENTO, CADEIA, ETC?		
1 - Não	2 – Sim (especifique)	<input type="text"/>
5.10 QUANTOS DIAS VOCÊ ESTEVE LÁ? (não se aplica = 99)		
		<input type="text"/>
5.11a VOCÊ JÁ FOI TRATADO PARA PROBLEMAS DE DROGAS OU ÁLCOOL? (Excluindo tabaco)		
1 - Não	2 – Sim	<input type="text"/>
5.11b HÁ QUANTO TEMPO FOI A ÚLTIMA VEZ? (N/A = 99)		
Anos	<input type="text"/>	Meses <input type="text"/>
5.11c PARA QUAL SUBSTÂNCIA FOI O TRATAMENTO? (ESCOLHA A PRINCIPAL, N/A = 99)		
1 - Álcool	4 – Anfetaminas	7 - Alucinógenos
2 - Maconha	5 – Inalantes	8 – Opióides
3 - Cocaína	6 - Sedativos	9 - Outra (especifique).....
		<input type="text"/>
5.11d QUAL O TIPO DE TRATAMENTO? (N/A = 99)		
1. Aconselhamento	4. Farmacoterapia (ex. Acamprosato, Metadona)	
2. Programa dos doze passos (ex. NA, AA)	5. Desintoxicação Assistida (internado ou ambulatorial)	
3. Comunidade terapêutica	6. Outro (especifique).....	<input type="text"/>

CVS ASSIST FASE III. Parte 5 Perfil Socio-demográfico		
5.12a NO ÚLTIMO ANO, QUANTOS MESES ESTEVE EMPREGADO? (Considere por conta própria e assalariado)		<input type="text"/> <input type="text"/>
5.12b VOCÊ ESTÁ EMPREGADO NO MOMENTO?	1- Não 2- Sim	<input type="checkbox"/>
5.12c VOCÊ TRABALHA EM TEMPO PARCIAL OU TOTAL? (NA=99)	1- Total 2- Parcial	<input type="text"/> <input type="text"/>
5.12d QUE TIPO DE TRABALHO VOCÊ FAZ? (NA=99)	<input type="text"/>	
5.13a NO ÚLTIMO ANO, QUANTOS MESES VOCÊ ESTUDOU? (escola elementar, escola secundária, universidade, supletivo, etc.)		<input type="text"/> <input type="text"/>
5.13b VOCÊ ESTÁ ESTUDANDO NO MOMENTO?	1- Não 2- Sim	<input type="checkbox"/>
5.13c QUANTOS ANOS DE ESTUDO VOCÊ COMPLETOU?		<input type="text"/> <input type="text"/>

ANEXO 7 – PARTE 7: REGISTRO DA INTERVENÇÃO BREVE

PARTE 7. REGISTRO DA INTERVENÇÃO BREVE						
<p>Por favor, preencha esse formulário para cada participante do estudo. (Nota: Este formulário não deve ser preenchido pelo participante, mas sim pelo entrevistador sobre a sessão de IB)</p>						
ENTREVISTADOR ID	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	PAÍS	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	UBS	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
PACIENTE ID	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
DATA	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
<p>Parte 1 – Informações Gerais sobre a Intervenção Breve</p> <ul style="list-style-type: none"> Coluna A deverá ser preenchida para os participantes sorteados para o grupo IB que recebeu a intervenção breve na primeira entrevista (basal). Coluna B deverá ser preenchida para os participantes sorteados para o grupo Controle de lista de espera que receberam a IB na segunda entrevista (seguimento). 						
<p>Parte 2 – Informação Detalhada sobre as Informações da IB</p> <ul style="list-style-type: none"> Mesmas perguntas para ambos os grupos 						
<p>QUALQUER COMENTÁRIO ADICIONAL TANTO DA PARTE 1 COMO DA PARTE 2 DA INTERVENÇÃO BREVE PODE SER FEITA NO QUADRO ABAIXO.</p>						
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>						

PARTE 1. Informações Gerais sobre a Intervenção Breve	
7.1 PARA QUAL GRUPO O PACIENTE FOI SORTEADO? (POR FAVOR, PREENCHA APENAS UMA DAS COLUNAS)	
COLUNA A (GRUPO IB NA 1ª ENTREVISTA)	
a. Grupo de Intervenção Breve (assinale ao lado)	<input type="checkbox"/>
7.2a DATA DA ENTREVISTA BASAL	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7.3a REGISTRE OS ESCORES BASAIS DO ASSIST	
(i) Maconha	<input type="text"/>
(ii) Cocaína	<input type="text"/>
(iii) Estimulantes tipo Anfetamina	<input type="text"/>
(iv) Opióides	<input type="text"/>
7.4a Para qual droga a IB foi focalizada?.....	
7.5a HORA DE INÍCIO DA IB NO BASAL?	
<input type="text"/> <input type="text"/> :	<input type="text"/> <input type="text"/> (horário de 24 horas)
7.6a HORA DE TÉRMINO DA IB NO BASAL?	
<input type="text"/> <input type="text"/> :	<input type="text"/> <input type="text"/> (horário de 24 horas)
7.7a DURAÇÃO DA IB (MINUTOS)	<input type="text"/>

**PARTE 2. INFORMAÇÃO DETALHADA SOBRE A INTERVENÇÃO BREVE****(PARA SER COMPLETADA IMEDIATAMENTE APÓS A REALIZAÇÃO DA IB)****7.8a QUAIS MATERIAIS FORAM DADOS AO PACIENTE PARA ACOMPANHAR A IB? (MARQUE TODOS QUE SE APLICAM)**

(i) Manual do usuário de Substância para diminuir ou parar o uso	<input type="checkbox"/>
(ii) Informações específicas sobre a Maconha	<input type="checkbox"/>
(iii) Informações específicas sobre a Cocaína	<input type="checkbox"/>
(iv) Informações específicas sobre os estimulantes tipo Anfetamina	<input type="checkbox"/>
(v) Informações específicas sobre Opióides	<input type="checkbox"/>
(vii) Outros (especifique)	<input type="checkbox"/>
(viii) Outros (especifique)	<input type="checkbox"/>
(ix) Outros (especifique)	<input type="checkbox"/>

7.9 Esta seção foi planejada para pontuar o envolvimento do paciente na sessão de IB e os resultados esperados. Imediatamente após a IB, complete a seguinte escala de pontuação. Faça um círculo no número correspondente ao envolvimento do paciente:

	Nada Muito						
	1	2	3	4	5	6	7
a. Fácil para conversar e cooperativo durante a sessão	1	2	3	4	5	6	7
b. Resistente para conversar sobre seu uso de substância	7	6	5	4	3	2	1
c. Parece ter percebido (insight) a forma de uso da substância e os problemas potenciais ou reais que estão surgindo	1	2	3	4	5	6	7
d. Comprometeu-se em reduzir a frequência de uso da substância	1	2	3	4	5	6	7
e. Comprometeu-se em reduzir a quantidade que consome de uma ou mais substâncias	1	2	3	4	5	6	7
f. Pareceu estar confiante que poderá evitar problemas futuros com a substância	1	2	3	4	5	6	7

7.9g. O escore total é calculado através da soma das questões a até f. Um alto escore indica um grande envolvimento na sessão e grande probabilidade de mudança positiva através da IB.

7.9g. Escore Total

ANEXO 8 – PARTE 8: ASSIST

PARTE 8. WHO - ASSIST v3.0 SEGUIMENTO			
Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST			
-Teste para Triagem do Envolvimento com Fumo, Álcool e outras Drogas-			
<i>guimento do ASSIST: aplicar da mesma maneira do teste basal (não deixe questões em branco)</i>			
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR	<input style="width: 100%;" type="text"/>	PAÍS	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		UBS	<input style="width: 100%;" type="text"/>
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	<input style="width: 100%;" type="text"/>	DATA	<input style="width: 100%;" type="text"/>
HORA INICIAL	<input style="width: 100%;" type="text"/>	(HORÁRIO EM 24 HORAS)	
ATENÇÃO: ANTES DE FAZER AS PERGUNTAS, DÊ O CARTÃO DE RESPOSTA DO ASSIST AO PARTICIPANTE			
INTRODUÇÃO A SER LIDA PARA O PARTICIPANTE			
<p><i>Agradeço a sua participação nesta breve entrevista sobre o seu uso de álcool, cigarro e outras drogas. Eu vou fazer algumas perguntas sobre a sua experiência no uso de substâncias que você pode ter bebido, fumado, cheirado, inalado, injetado ou consumido, durante a sua vida e nos últimos três meses. Veja neste cartão (MOSTRE O CARTÃO DE DROGAS) uma lista dessas substâncias. Algumas delas podem ter sido prescritas por um médico. Nesta entrevista, não iremos considerar medicamentos que foram usados como indicados pelo médico. Entretanto, se você usou medicamentos que não foram prescritos, por um tempo maior ou em maiores quantidades do que prescrito, por favor nos diga. Nós estamos interessados em conhecer o seu uso de drogas ilícitas por razões de saúde pública. Tenha certeza que as informações que você me der serão mantidas em sigilo absoluto.</i></p>			
Questão 8.1			
<i>(Se estiver realizando uma entrevista de seguimento, confira as respostas que o paciente deu na questão 6.1 da entrevista anterior. Quaisquer diferenças devem ser checadas)</i>			
1. Na sua vida, qual(is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	Não	Sim	
<i>a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)</i>	0	3	
<i>b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)</i>	0	3	
<i>c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)</i>	0	3	
<i>d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)</i>	0	3	
<i>e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)</i>	0	3	
<i>f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)</i>	0	3	
<i>g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)</i>	0	3	
<i>h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)</i>	0	3	

- Se “NÃO” em todos os itens questione: “Nem mesmo quando você estava na escola?”
- Se “NÃO” em todos os itens, pare a entrevista
- Se “SIM” para alguma droga, prossiga para a questão 2 para CADA droga usada

Questão 8.2

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	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermute, caninha, rum/tequila, gin)	0	2	3	4	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, funinho, fumo, mafo, bagulho, pango, manga-rosa, massa, hash, skank, etc)	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)	0	2	3	4	6
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	2	3	4	6
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)	0	2	3	4	6
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	2	3	4	6
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lirio, ácido, passaporte, mescalina, peiate, cacto)	0	2	3	4	6
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	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
- Se “sim” para algum destes itens prossiga com as questões 3, 4 e 5 para CADA droga mencionada

Questão 8.3					
3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC)	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
<i>a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)</i>	0	3	4	5	6
<i>b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)</i>	0	3	4	5	6
<i>c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)</i>	0	3	4	5	6
<i>d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)</i>	0	3	4	5	6
<i>e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)</i>	0	3	4	5	6
<i>f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)</i>	0	3	4	5	6
<i>g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)</i>	0	3	4	5	6
<i>h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)</i>	0	3	4	5	6
<i>i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)</i>	0	3	4	5	6
<i>j. Outras – especificar:</i>	0	3	4	5	6
Questão 8.4					
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	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
<i>a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)</i>	0	4	5	6	7
<i>b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)</i>	0	4	5	6	7
<i>c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)</i>	0	4	5	6	7
<i>d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)</i>	0	4	5	6	7
<i>e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)</i>	0	4	5	6	7
<i>f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)</i>	0	4	5	6	7
<i>g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)</i>	0	4	5	6	7
<i>h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)</i>	0	4	5	6	7
<i>i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)</i>	0	4	5	6	7

Questão 8.5

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)					
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)	0	5	6	7	8
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)	0	5	6	7	8
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	5	6	7	8
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	5	6	7	8
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	5	6	7	8
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	5	6	7	8
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	5	6	7	8
j. Outras – especificar:	0	5	6	7	8

FAÇA AS QUESTÕES 6 E 7 PARA TODAS AS SUBSTÂNCIAS JÁ USADAS NA VIDA (MENCIONADAS NA QUESTÃO 1)

Questão 8.6

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC...)?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	6	3
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)	0	6	3
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	6	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	6	3
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	6	3
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	6	3

Questão 8.7

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC...) e não conseguiu?	NAO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	6	3
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermute, caninha, rum tequila, gin)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)	0	6	3
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	6	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	6	3
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	6	3
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	6	3
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	6	3
j. Outras – especificar:	0	6	3

Questão 8.8

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

↙ **HORA FINAL**

 :

(HORÁRIO EM 24 HORAS)

ATENÇÃO: PACIENTES QUE INJETARAM DROGAS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES DEVEM SER AVALIADOS A RESPEITO DO PADRÃO DE USO INJETÁVEL DURANTE AQUELE PERÍODO, PARA DETERMINAR SEUS NÍVEIS DE RISCO E O MELHOR TIPO DE INTERVENÇÃO.

PADRÃO DE USO INJETÁVEL

Até uma vez por semana
OU
Menos de 3 dias consecutivos

INTERVENÇÃO SUGERIDA

Intervenção Breve incluindo o cartão “riscos associados ao uso injetável”



COMO CALCULAR O SCORE DE ENVOVIMENTO ESPECÍFICO PARA CADA SUBSTÂNCIA

Para cada classe de substâncias (classes a aj.) some os escores obtidos nas questões 2 a 7 inclusive. Não inclua no cálculo os escores das questões 1 e 8. Por exemplo, o escore para maconha seria calculado somando-se os pontos das linhas **Q2c+Q3c+Q4c+Q5c+Q6c+Q7c**

Nota que, no caso do tabaco, a questão 5 não deve ser considerada. O escore de tabaco é calculado somando-se as linhas **Q2a+Q3a+Q4a+Q6a+Q7a**

OTIPO DE INTERVENÇÃO É DETERMINADO DE ACORDO COM A OCORRÊNCIA DOS ESCORES DE ENVOVIMENTO ESPECÍFICO PARA CADA SUBSTÂNCIA

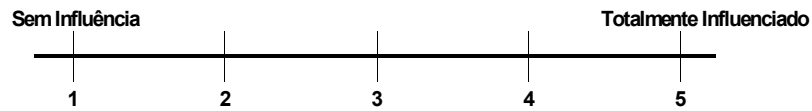
	<i>Atende pontuação para cada droga</i>	<i>Nenhuma intervenção</i>	<i>Intervenção Breve</i>	<i>Encaminhar para tratamento mais intenso</i>
<i>Tabaco</i>		0-3	4-26	27 ou mais
<i>Álcool</i>		0-10	11-26	27 ou mais
<i>Maconha</i>		0-3	4-26	27 ou mais
<i>Cocaína</i>		0-3	4-26	27 ou mais
<i>Estimulantes tipo anfetamina</i>		0-3	4-26	27 ou mais
<i>Inalantes</i>		0-3	4-26	27 ou mais
<i>Hipnóticos/ sedativos</i>		0-3	4-26	27 ou mais
<i>Alucinógenos</i>		0-3	4-26	27 ou mais
<i>Opiáceo</i>		0-3	4-26	27 ou mais

NOTA: *AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR E TRATAMENTO MAIS INTENSO podem ser fornecidos pelo profissional de saúde em serviços de atenção primária, ou por um serviço especializado no tratamento de álcool e drogas, quando disponível.

ANEXO 9 – PARTE 9: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA IB

PARTE 9. FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO BREVE – SEGUIMENTO					
<p>Para ser aplicado aos participantes no seguimento (seguimento) para avaliar a Intervenção Breve que eles receberam na primeira entrevista (basal) (participantes do Grupo Controle de Lista de Espera não responderão esse formulário). Existem três partes que compõem esse formulário:</p>					
Parte 1 Informações Gerais sobre a devolutiva (feedback) e orientações fornecidas					
Parte 2 Perguntas específicas sobre as orientações e a devolutiva recebidas durante a sessão com o entrevistador					
Parte 3 Perguntas específicas sobre as informações por escrito (Manual do usuário de substância)					
<p>Por favor, aplique aos participantes na entrevista de seguimento (seguimento) <u>APOS</u> ter aplicado o ASSIST</p>					
ENTREVISTADOR ID	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	UBS	<input type="text"/>
PACIENTE ID	<input type="text"/>				
DATA	<input type="text"/>				
Qual foi a droga focalizada na IB para este participante? (verifique 7.4a)	<input type="text"/>	→ Use esta informação toda vez que (droga) parecer neste formulário			
Quantas semanas atrás foi a entrevista basal para este participante? (verifique 7.2a)	<input type="text"/>				
POR FAVOR, LEIA AO PARTICIPANTE					
<p><i>Você deve se lembrar que depois que você respondeu o questionário três meses atrás, o entrevistador te deu um retorno (feedback) & informações sobre o seu uso de (droga) & pode ter discutido com você os pontos positivos e negativos do seu uso de (droga). O entrevistador também pode ter dado algum material escrito para você levar e ler em casa. O que vou te perguntar agora tem o objetivo de saber o que você sinceramente pensou sobre a devolutiva do seu uso e as orientações recebidas (Parte 1), o que você achou daquela entrevista (Parte 2) e do material escrito que você levou para casa (Parte 3).</i></p>					
Parte 1. Geral					
9.1 Você poderia, por gentileza, DESCREVER BREVEMENTE O QUE VOCÊ PENSOU SER O OBJETIVO DA DEVOLUTIVA (FEEDBACK) E DAS INFORMAÇÕES QUE VOCÊ RECEBEU SOBRE SEU USO DA (DROGA)?					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

9.2a NUMA ESCALA DE 1 A 5, COMO AS ORIENTAÇÕES E A DEVOLUTIVA (FEEDBACK) INFLUENCIARAM SEU COMPORTAMENTO DE SAÚDE? - considere 1 igual a "sem qualquer influência", e 5 igual a "mudei totalmente meu comportamento" (Por favor, circule a resposta)



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

9.2c. Se '2' ou um valor maior foi marcado, pergunte: *"Já que teve algum efeito, como influenciou o seu comportamento de saúde?"*

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

9.5a. Você lembra de ter recebido o “Manual do Usuário de Drogas para controlar ou parar o uso”? (Mostre uma cópia ao paciente)

→

Não Vá para Q9.7

Sim Vá para Q9.5b.

9.5b. Numa escala de 1 a 5, quanto você leu do manual? - considere 1 igual a “nada”, e 5 igual a “li todo o manual do início ao fim” (Por favor, circule a resposta)

Não li nada Li tudo

1 2 3 4 5

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

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

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

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