

Adriane Cristina Janiszewski Mendes

**ANÁLISE DA SESSÃO DE INTERVENÇÃO BREVE, BEM COMO
DA SUA EFICÁCIA, APLICADA APÓS A DETECÇÃO PELO
ASSIST-OMS A USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL,
MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ**

Curitiba

2006

Adriane Cristina Janiszewski Mendes

**ANÁLISE DA SESSÃO DE INTERVENÇÃO BREVE, BEM COMO
DA SUA EFICÁCIA, APLICADA APÓS A DETECÇÃO PELO
ASSIST-OMS A USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL,
MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ**

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.

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

Curitiba

2006

“Dedico este trabalho ao meu irmão Dani, por ter sido a minha inspiração e a minha vontade de continuar”.

*A fé e o conhecimento sem a prática não tem valor.
“Todo o conhecimento do mundo não tem
importância alguma a menos que o coloquemos
verdadeiramente em prática”.*

Heber J. Grant

*Bem aventurado o homem que põe no SENHOR a
sua confiança e não pende para os arrogantes, nem
para os afeiçoados à mentira.*

Salmos 40

AGRADECIMENTOS

A Deus, simplesmente por tudo e todos; por me fazer sentir constantemente o Seu amor por mim.

Ao Almir, meu marido, pelo seu amor por mim, por ser meu porto seguro, por ter me dado todas as condições necessárias à realização deste trabalho, e talvez não compreendendo, por agüentar minha ausência e meu estresse.

Ao Rodrigo, meu filhinho, por existir, e mesmo pequenininho, entender todas as vezes que teve que abrir mão da minha companhia.

Ao meu pai e minha mãe, por me darem a vida, pelo amor, por me guiarem, estarem sempre ao meu lado me incentivando e servirem de exemplo.

Aos meus irmãos Dani e Guga, pela amizade e carinho sempre.

À minha orientadora, Roseli, primeiro por me aceitar como sua orientada, por confiar em mim na execução deste trabalho, por compartilhar comigo, além de conhecimento, amizade sincera, alegria constante, ética, respeito ao próximo e por me fazer um pouco parte de sua família.

Aos profissionais das Unidades de Saúde envolvidas, por tornar a pesquisa possível, pelo companheirismo e carinho com que me tratavam.

Aos estagiários Loana, André, Meirson, Janaína, Laila e Diego, pela coleta de dados.

Às secretárias Cris e Alessandra por sempre me atender.

Aos professores, colegas e funcionários do Departamento de Farmacologia que de alguma forma ajudaram na realização deste trabalho.

Aos meus amigos que sempre tinham uma palavra de consolo nas horas mais difíceis e mesmo sem saber foram muito importantes para o término deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	vi
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
INTRODUÇÃO	1
1.1 Epidemiologia / Prevalência do uso de drogas.....	8
1.2 Screening / Instrumentos de Detecção	11
1.3 O ASSIST e a Intervenção Breve nos locais de Atenção Primária a Saúde	12
1.4 Fases do Projeto ASSIST.....	19
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo Geral	23
3.2 Objetivos Específicos	23
4 ARTIGOS CIENTÍFICOS ELABORADOS PARA PUBLICAÇÃO	24
EFICÁCIA DA DETECÇÃO PRECOCE PELO ASSIST-OMS SEGUIDA POR INTERVENÇÃO BREVE EM USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL, MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ	25
RESUMO	26
ABSTRACT	27
INTRODUÇÃO	28
METODOLOGIA	30
RESULTADOS	33
<i>Caracterização da amostra geral</i>	33
<i>Caracterização dos grupos de pacientes com uso de risco e abusivo de álcool e de outras drogas detectados pelo ASSIST</i>	33
<i>Análise da eficácia da IB</i>	34
DISCUSSÃO	37
CONCLUSÃO	42
AGRADECIMENTOS.....	42

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
Legenda das Figuras	47
ANEXO 1	52
ANÁLISE DA SESSÃO DE INTERVENÇÃO BREVE APLICADA APÓS A DETECÇÃO PRECOCE PELO ASSIST- OMS A USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL, MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ.....	58
RESUMO	59
ABSTRACT	60
INTRODUÇÃO.....	61
METODOLOGIA.....	62
RESULTADOS	66
<i>Caracterização da amostra geral.....</i>	66
<i>Análise da sessão de IB.....</i>	67
<i>Análise das questões objetivas.....</i>	67
<i>Análise de conteúdo.....</i>	69
DISCUSSÃO.....	72
CONCLUSÕES.....	76
AGRADECIMENTOS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXO 1	88
REFERÊNCIAS.....	93
ANEXOS	101

LISTA DE FIGURAS

FIGURA DA INTRODUÇÃO

Figura 1 - MODELO DE MUDANÇA (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS 1992)15

FIGURAS DO TRABALHO ENCAMINHADO À REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

EFICÁCIA DA DETECÇÃO PRECOCE PELO ASSIST-OMS SEGUIDA POR INTERVENÇÃO BREVE EM USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL, MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

Figura 1 - Eficácia da IB avaliada pelo escore específico no ASSIST. Média \pm erro padrão dos escores específicos no ASSIST na entrevista basal e no seguimento para os pacientes dos grupos CONT e IB com nível de escore baixo e alto para o álcool (superior) e as outras drogas (inferior)50

Figura 2 - Eficácia da IB avaliada pelo escore global no ASSIST. Média \pm erro padrão dos escores globais no ASSIST na entrevista basal e no seguimento para os pacientes dos grupos CONT e IB com nível de escore baixo e alto para o álcool (superior) e as outras drogas (inferior).....51

LISTA DE TABELAS

TABELAS DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS

EFICÁCIA DA DETECÇÃO PRECOCE PELO ASSIST-OMS SEGUIDA POR INTERVENÇÃO BREVE EM USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL, MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

Tabela 1 - Porcentagem de indivíduos de acordo com uso na vida, uso nos últimos três meses, uso de risco/abuso e dependente para as diferentes drogas.48

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos de acordo com idade, gênero, raça, estado civil, religião, se estava empregado, se estava estudando e o tempo de estudo até o momento da entrevista, para os grupos CONT e IB e subgrupos álcool e outras drogas ou nível de escore dos pacientes49

ANÁLISE DA SESSÃO DE INTERVENÇÃO BREVE APLICADA APÓS A DETECÇÃO PRECOCE PELO ASSIST-OMS A USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL, MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

Tabela 1 - Frequência de indivíduos para cada valor atribuído na questão a por tipo de droga e pelo escore específico no ASSIST obtido na entrevista basal81

Tabela 2 - Frequência de indivíduos para cada valor atribuído na questão b por tipo de droga e pelo escore específico no ASSIST obtido na entrevista basal82

Tabela 3 - Frequência de indivíduos para cada valor atribuído na questão c por tipo de droga e pelo escore específico no ASSIST obtido na entrevista basal83

Tabela 4 – Correlação entre os escores específico e global no ASSIST obtidos na entrevista basal e no seguimento e o grau de envolvimento na sessão de IB com os valores conferidos nas questões a, b e c do formulário de avaliação da sessão de IB para os pacientes que pontuaram para o álcool e outras drogas (parte superior) e com escore baixo e alto (parte inferior).....84

Tabela 5 – Fatores extraídos pela análise de componentes principais para as variáveis obtidas dos pacientes que receberam a sessão de IB.....	..85
Tabela 6 – Distribuição dos indivíduos classificados pelos tipos de opiniões emitidas nas questões descritivas do formulário 7, pelo tipo de droga pontuada e pelo nível de escore no ASSIST basal.....	..86
Tabela 7 – Média \pm desvio padrão da pontuação no ASSIST obtida na entrevista basal e no seguimento para os pacientes classificados pelos tipos de opiniões emitidas nas questões descritivas do formulário 7.....	..87

LISTA DE ABREVIATURAS

- APA** Associação de Psiquiatria Americana
- APS** Atenção Primária à Saúde
- ASSIST** Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
- 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
- CID 10** Classificação Internacional de Doenças – 10^a ed.
- CONT** Grupo Controle
- DSM IV** “Diagnóstico Statistical Manual - IV edition”, Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais, 4^a ed.
- IB** Intervenção Breve
- NIAAA** National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
- OAS** Office of Applied Studies
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- PIB** Produto Interno Bruto
- PSF** Programa de Saúde da Família
- USPSTF** US Preventive Services Task Force
- WHO** World Health Organization

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu e validou o ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) para detectar uso de risco/abuso de drogas. Esse instrumento é composto por 8 questões de fácil aplicação, rápido e de baixo custo. Pode ser associado à Intervenção Breve (IB), uma orientação (5 a 30 minutos) para reduzir o uso de drogas. Foram analisados a eficácia da IB em reduzir o uso da droga após detecção pelo ASSIST na Atenção Primária à Saúde (APS) e qual o aspecto da sessão de IB associada ao ASSIST foi relevante para a mudança de comportamento do usuário de risco/abuso de drogas na APS. Dos 1188 entrevistados, homens e mulheres (18-50 anos), em APS de Curitiba e Palmas, 140 pontuaram no ASSIST. Desses, 71 receberam IB na entrevista basal (grupo IB) e 69 receberam IB 3 meses depois (grupo CONT). No seguimento, o ASSIST foi reaplicado. As pontuações no ASSIST das duas entrevistas foram analisadas segundo o grupo, tipo de droga e nível de escore (ANOVA e teste "t" de Student). Dos 71 pontuados no ASSIST que receberam IB logo após o ASSIST (grupo IB), foram realizadas análises objetivas e de conteúdo das suas respostas emitidas, no seguimento, num formulário que verificava a influência da sessão de IB no seu comportamento de saúde. O grupo IB com escore baixo para o álcool diminuiu no seguimento seus escores no ASSIST em relação ao CONT, saindo da área de risco. Para os demais subgrupos não houve diferença significativa entre CONT e IB. Pacientes com escore alto, CONT e IB, álcool e outras drogas, diminuíram sua pontuação, porém continuaram na área de risco. O escore do ASSIST reduziu no seguimento para os pacientes em geral, mantendo-se o seu nível de comprometimento. Pacientes mais envolvidos na sessão de IB relataram maior influência desta, porém não reduziram o uso de droga. Para os mais comprometidos com a droga, houve mudança de fase (pré-contemplação - contemplação). Na opinião dos pacientes, o mais relevante da sessão de IB foram as informações recebidas sobre as drogas e sobre o seu grau de comprometimento com estas. Uma sessão de IB associada ao ASSIST influenciou o comportamento de saúde de pacientes da APS com uso de risco/abuso de drogas, sendo eficaz para ajudar a diminuir o uso do álcool para os indivíduos menos comprometidos. A devolutiva da pontuação obtida no ASSIST foi eficaz para reduzir o comprometimento com a droga.

ABSTRACT

World Health Organization developed and validated the ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) to detect harmful and hazardous drug users. It consists on 8 questions easy, quick and cheap to apply. It could be combined to a brief intervention (BI) session (5 to 30 minutes), to advice people how to reduce drug use. The BI efficacy on reducing drug use was analyzed in patients detected by ASSIST in primary health care (PHC) settings. The most relevant aspect of the BI session in changing the health-related behavior in harmful and hazardous drug users was analyzed in patients from PHC. From the 1188 interviewed patients, men and women (18-50 years old), in PHC of Curitiba and Palmas, 140 scored in ASSIST. From these, 71 received a BI in the first interview (group BI) and 69 received BI after 3 months (group CONT). In the follow-up interview, ASSIST was applied again. ASSIST scores from the 2 interviews were analyzed according to group, drug type and score level (ANOVA followed by Student "t" test). The patients from group BI, in the follow-up interview after the ASSIST application, answered a questionnaire to verify the influence of the BI session in their health-related behavior. Objective and content analysis were done in order to evaluate this influence. Patients from group BI with low score level for alcohol reduced their scores in the follow-up when compared to CONT group, showing scores below the risky area of the ASSIST. The remaining analysis did not show significant difference between CONT and BI. Patients with high scores, CONT and BI, alcohol and other drugs, reduced their scores but were maintained inside the risky area of the ASSIST. The patients most engaged in the BI session reported the highest influence of the BI, but their ASSIST score did not reduce significantly. For patients in general, the ASSIST score was reduced in the follow-up, despite the maintenance of their score level. High scored patients changed from pre-contemplation to contemplation stage. Their opinion about BI session revealed that the most relevant aspect was "advice" about drug effects and "feedback" from ASSIST showing their drug commitment. One BI session combined to ASSIST showed efficacy in reducing alcohol use in less committed patients and influenced the health-related behavior of the harmful and hazardous drug users detected by ASSIST in PHC settings. Feedback of ASSIST score made patients reducing their drug use but less effectively.

1 INTRODUÇÃO

As drogas psicotrópicas são substâncias que alteram o comportamento, o humor e a cognição, possuindo propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de auto-administração (WHO, 1981), conseqüentemente podem levar ao abuso e à dependência.

O consumo de substâncias psicotrópicas é bastante freqüente em nossa sociedade (GALDURÓZ et al., 2000; 2003) e a partir de uma revisão histórica da civilização humana, pode-se observar que a droga se fez presente no cotidiano do homem desde as primeiras notícias de sua existência. Tanto nas civilizações antigas quanto nas indígenas, certas plantas com propriedades psicotrópicas como o ópio, a coca e a maconha, eram bastante utilizadas para curar doenças, afastar espíritos maus, obter sucesso nas caçadas e nas conquistas e atenuar a fome e o rigor do clima de determinadas regiões. Essas plantas estavam ligadas a rituais religiosos, culturais, sociais, estratégico militares, entre outros (LESSA, 1998; SEIBEL; TOSCANO, 2001).

Foi sugerido em pesquisas arqueológicas que determinadas pinturas deixadas pelos homens da Idade da Pedra teriam sido criadas sob efeito de transe que provavelmente incluíam o consumo de plantas com propriedades psicotrópicas (LESSA, 1998).

A maconha é supostamente originária da Ásia central, pois cresce até hoje espontaneamente no Himalaia. Suas primeiras referências datam de 12.000 a.C. e o seu efeito euforizante já tinha sido descoberto na Índia em torno de 2.000 a 1.400 a.C. Essa droga era usada para estimular o apetite, curar doenças venéreas e induzir o sono (GONÇALVES, 2005). Na China, foram encontrados seus primeiros restos datados de aproximadamente 4.000 a.C. e seus usos terapêuticos estavam presentes num tratado de medicina chinesa do século I (SEIBEL; TOSCANO, 2001).

As bebidas alcoólicas estiveram presentes em quase todas as civilizações de que se tem notícia. Na Bíblia, no livro do Gênesis, é relatada a embriaguez de Noé após o dilúvio, assim como o uso do vinho nas festas sagradas (SEIBEL; TOSCANO, 2001). Ainda hoje o vinho é parte integrante de cerimônias religiosas como a católica, judaica e do candomblé (LESSA, 1998).

O uso do ópio provavelmente iniciou-se na Mesopotâmia, 3.000 anos antes da era cristã. Ele era considerado como símbolo mitológico dos antigos gregos e era revestido de um significado divino. Seus efeitos eram vistos como uma dádiva dos deuses destinada a acalmar os enfermos ou aqueles que de algum mal padeciam. Na Odisséia, Homero relata que a bela Helena ofereceu a Telêmaco uma bebida que fazia esquecer a dor e a infelicidade. Na Europa do século XIX, observou-se o abuso do ópio sob a forma medicinal (SEIBEL; TOSCANO, 2001; LESSA, 1998).

Na modernidade, no cenário das grandes conquistas de terras através da navegação, a droga é apresentada como facilitadora para o domínio dos povos nativos e como fonte de enriquecimento para o conquistador (LESSA, 1998).

Com o advento da ciência e sua crescente modernidade, as drogas que a princípio eram apresentadas na forma de produto advindo da natureza, quando levadas para o laboratório foram transformadas e passaram a produzir outras, artificialmente, as drogas sintéticas (LESSA, 1998).

As anfetaminas, ao serem lançadas em forma de comprimidos, em 1837, ficaram conhecidas como a nova maravilha capaz de revigorar as energias e elevar o estado de humor. Na segunda Grande Guerra foram largamente utilizadas pela população e pelos soldados para aplacar a fome, a fadiga e o sono. A morfina, principal constituinte do ópio, uma das potentes drogas analgésicas, com a descoberta simultânea da seringa, foi amplamente utilizada, no início por razões terapêuticas e logo depois por dependência ao produto (LESSA, 1998).

Nas duas Grandes Guerras, a droga fez-se presente. Sua comercialização era fator estratégico, servindo ora para enfraquecer o inimigo, ora para amenizar a dor dos feridos e revigorar a energia dos soldados (LESSA, 1998).

Em 1924, avaliavam-se no mundo, em torno de 100 mil os usuários de drogas ilícitas, entretanto, os trabalhos científicos eram proporcionalmente escassos, a opinião pública mostrava-se alheia ao fato, por falta de informação, e as autoridades não se mostravam eficazes. O assunto era abordado por

autores que faziam uso de drogas e descreviam de forma romântica, os efeitos e os rituais que cercavam seu uso. Esses autores criavam na realidade, um status em tomo de tal prática (LESSA, 1998).

Nos anos 50, iniciou-se a utilização de drogas sintéticas com efeito tranqüilizante, e com o advento dos benzodiazepínicos, acentuou-se. Situações que eram consideradas mazelas existenciais começaram progressivamente a ser tratadas com esses calmantes, que ajudam a aliviar as tensões do dia e permitem um sono mais tranqüilo. Nos dias de hoje, o uso de calmante é prática costumeira em todas as classes sociais, faz parte da cultura da medicação (LESSA, 1998).

Nos anos 60, o movimento hippie floresce com uma proposta revolucionária, nos quais a juventude transforma-se em um grupo de contestação radical aos valores incorporados pela sociedade. Através de suas roupas, músicas e drogas, o movimento hippie pregava uma "ideologia libertatória", que buscava sair do sistema social e cultural convencional, buscando criar um mundo alternativo e novas formas de pensar, sentir e perceber a realidade. Os hippies utilizavam drogas psicodélicas e experiências místicas que proporcionavam efeitos prazerosos e alteravam o estado de consciência (LESSA, 1998).

O uso de solventes orgânicos torna-se prática nos EUA e no Brasil a partir dos anos 70 (LESSA, 1998).

A faixa etária dos usuários de droga começa a se alargar. O que até os anos 50 era prática do adulto, nos anos 70 amplia-se tanto para os adolescentes quanto para os idosos. Enquanto os jovens recorrem com maior freqüência às drogas ilícitas como a maconha e a cocaína, os idosos fazem uso das drogas lícitas como o tabaco, o álcool, a cafeína e os medicamentos (LESSA, 1998).

Observa-se que a utilização de substâncias psicotrópicas pelo homem apresenta, desde a pré-história, valores e simbolismos específicos, que variam de acordo com o contexto histórico cultural, em setores como o religioso/místico, social, econômico, medicinal, psicológico, climatológico, militar e na busca do prazer (LESSA, 1998). Atualmente, em muitas culturas,

as drogas exercem um papel relevante no convívio social como, por exemplo, no seu uso em situações de celebração ou para promover a inserção do indivíduo no grupo, como se observa entre os adolescentes em relação ao álcool, para os quais o uso dessa droga funciona como um ritual de passagem para a adolescência (SEIBEL; TOSCANO, 2001; GONÇALVES, 2005).

Muitas vezes o uso de substâncias psicotrópicas não desencadeia problemas, por fazer parte da cultura de um povo (SEIBEL; TOSCANO, 2001), mas o homem pode utilizar as drogas como forma de alcançar algo que lhe parece inacessível, ultrapassar seus próprios limites, para buscar o prazer, para diminuir as tensões e sofrimentos, inserir-se na sociedade e até mesmo obter sucesso (LESSA, 1998). Nesses casos, o uso de drogas pode evoluir para um quadro de intoxicação aguda, uso contínuo com problemas (abuso) ou dependência (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Problemas relacionados com uma intoxicação aguda podem ocorrer como resultado de um único episódio e podem incluir ataxia, vômito, febre, confusão, superdosagem, perda da consciência, acidentes e lesões, problemas domésticos, agressão e violência, práticas sexuais inseguras e/ou não intencionadas e desempenho reduzido no trabalho. 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 (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Um agravante é quando as drogas são prescritas pelo médico, como os anorexígenos, benzodiazepínicos, barbitúricos e opióides. Se bem orientado por esse, o paciente corre baixo risco de abuso ou dependência, porém, é mais uma fonte de acesso às drogas de abuso (SEIBEL; TOSCANO, 2001).

Os problemas causados pelo uso de drogas possuem critérios de diagnóstico específico, definido em dois sistemas de classificação: o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação de Psiquiatria Americana (APA) e a Classificação Internacional de Doenças (CID)

da Organização Mundial da Saúde (OMS) (STEWART; CONNORS, 2004/2005). Essas classificações, além de considerar as situações nas quais os indivíduos utilizam as substâncias para alterar o humor e o comportamento, estendem o conceito para as situações que ocorrem em decorrência do uso não intencional de substâncias ou como resultado de efeitos colaterais das mesmas. Dentro dos transtornos pelo uso de substâncias estão classificadas a intoxicação, o abuso ou uso nocivo, a dependência e a síndrome de abstinência (GONÇALVES, 2005).

A intoxicação com substância é caracterizada por uma síndrome reversível, que ocorre após a administração recente da substância psicoativa, produzindo alterações de comportamento ou psicológicas, como resultado dos efeitos fisiológicos diretos da substância sobre o sistema nervoso central. A característica essencial do abuso ou uso nocivo da substância é um padrão mal-adaptativo de uso manifestado por conseqüências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância. A dependência da substância caracteriza-se pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando a substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Nesse transtorno, existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, síndrome de abstinência e comportamento compulsivo para o consumo da droga. A característica essencial da síndrome de abstinência da substância é o desenvolvimento de uma alteração comportamental mal-adaptativa e específica a essa, com prejuízos fisiológicos e cognitivos, devido à cessação ou redução do uso pesado e prolongado da substância (GONÇALVES, 2005).

O DSM-IV inclui critérios diagnósticos para o abuso e a dependência da substância. O abuso da substância é definido como um padrão mal-adaptativo de uso dessa substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses (APA, 2000):

- Uso recorrente da substância resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou

em casa (por ex., repetidas ausências ou desempenho ocupacional fraco relacionados ao uso da substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância; negligência quanto aos filhos ou afazeres domésticos);

- uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância);
- problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções, conduta desordeira relacionada à substância);
- uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais).

A dependência da substância é definida como um padrão mal-adaptativo de uso dessa substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado pela ocorrência de três (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo a qualquer momento, dentro de um período de 12 meses (APA, 2000):

- Tolerância, definida por uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; ou redução acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância;
- abstinência, manifestada por síndrome de abstinência característica para a substância; ou a mesma substância (ou outra substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar sintomas de abstinência;
- a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;

- muito tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação dos seus efeitos;
- atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
- o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela; ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

A dependência da substância é fisiológica se houver evidência de tolerância ou síndrome de abstinência. Se nenhuma dessas características estiver presente, a dependência da substância é classificada como “sem dependência fisiológica”.

A CID-10 faz a distinção entre o uso nocivo e a dependência da substância. O uso nocivo é definido como um padrão de uso da substância que causa prejuízo à saúde. O prejuízo pode ser físico (por ex., hepatite) ou mental (por ex., crise de depressão). O uso nocivo pode ter conseqüências sociais adversas, mas apenas essas conseqüências não são suficientes para justificar um diagnóstico de uso nocivo da substância (WHO, 1993).

Os critérios da CID-10 para a dependência da substância são muito similares aos do DSM-IV. Um diagnóstico de dependência da substância é feito quando três ou mais das seguintes manifestações tenham ocorrido juntas no último mês ou se persistindo por períodos menores que um mês, durante os últimos 12 meses (WHO, 1993).

- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de

outra intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

- evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disso são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes);
- abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, assim como aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- persistência no uso da substância, apesar de evidência clara de conseqüências nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estado de humor depressivo conseqüente a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga (deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente, ou se poderia esperar que estivesse, consciente da natureza e extensão do dano).

Pode-se observar claramente que tanto no DSM-IV quanto na CID-10 foram incorporados como critérios diagnósticos um grande espectro de problemas físicos, psíquicos e sociais que estão em conformidade com a característica da manifestação desses transtornos. Essa forma de apresentar os critérios diagnósticos também permite a prevenção e a detecção precoce desses transtornos (GONÇALVES, 2005).

1.1 Epidemiologia / Prevalência do uso de drogas

Estudos epidemiológicos têm detectado índices de uso de drogas 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).

O primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, realizado em 2001 pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da UNIFESP) em uma amostra aleatória e representativa com 8.589 entrevistados, entre 12 e 65 anos, das 107 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes (o que abrange 41,3% da população total do Brasil), detectou índices de 11,2% para dependência de álcool, 9% para dependência de tabaco, 1% para dependência de maconha e 0,4% para dependência de estimulantes, sendo que as porcentagens de uso na vida destas substâncias foram de 68,7%, 41,1%, 7% e 1,5%, respectivamente. A porcentagem de uso na vida de cocaína foi de 2,3%, de benzodiazepínicos 3,3%, de solventes 5,8% e de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 19,4%. Os opiáceos obtiveram uma precisão de prevalência de uso muito baixa (0,1%) de acordo com o estudo (CARLINI et al., 2002).

Através dos estudos de Donnelly e Hall (1994) e Makkai e McAllister (1998) foi demonstrado que a maconha é a droga ilícita mais utilizada na Austrália, seu uso entre os australianos aumentou de 12% em 1973 para 39% em 1998. Um estudo realizado pelo Office of Applied Studies (OAS) em 2000, indicou que a maconha é a substância psicotrópica mais usada pelos adolescentes nos EUA. A anfetamina ocupa o segundo lugar (MAKKAI; McALLISTER, 1998), assim como no Reino Unido (KLEE; WRIGHT; MORRIS, 1999) e seu uso está aumentando nos EUA (PROUD FOOT; TEESSON, 2000), foi a droga mais injetada no estado de Queensland, Austrália (ILLICIT DRUG REPORTING SYSTEM, 1999).

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 OMS. Estima-se que o tabaco seja responsável por 9% de todas as mortes e por 4,1% da carga global de doenças, esta 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 (WHO, 2002).

O uso de drogas injetadas (apesar da sua prevalência de uso ser baixa no Brasil), além de todos os outros riscos, pode causar danos à pele e veias e ainda propicia o contágio do HIV e outros vírus adquiridos por via sanguínea, através do uso de seringas contaminadas ou pelo comportamento sexual de risco por parte dos usuários. Estes, infectados com o vírus do HIV podem aumentar a infecção da população geral através do contato sexual com não usuários de drogas, além de que mães infectadas podem transmitir o vírus para o feto. A estreita relação entre o uso de drogas e a prostituição também pode contribuir para a transmissão do HIV (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Em geral, os usuários de substâncias psicotrópicas procuram os serviços especializados já em uma fase muito grave do distúrbio (FORMIGONI, 1992), assim a detecção precoce do uso dessas substâncias e suas conseqüências, tem sido de grande importância para se fazer uma intervenção nas fases iniciais do problema, melhorando muito o prognóstico (JEKEL et al., 1996; RUBIN, 1996; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

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), já que os custos decorrentes do uso indevido de substâncias no Brasil ocupam 7,9% do PIB (Produto Interno Bruto) por ano (28 bilhões de dólares) e entre 1995 e 1997 foram gastos mais de 310 milhões de reais em internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de drogas (www.universoespirita.org.br/campanhas/Custos%20sociais.htm, acessado em 06/02/2006).

1.2 *Screening* / Instrumentos de Detecção

Durante os 25 anos passados, o conceito de “screening” na saúde pública e intervenção precoce, têm ganhado popularidade nos locais médicos, em parte por causa do sucesso das ações preventivas realizadas após a detecção precoce de doenças como hipertensão, diabetes, câncer cervical e fenilcetonúria. Por isso, tem sido aumentado o interesse na detecção de pacientes com comportamentos de risco que levam a desenvolver doenças (BABOR et al., 2004; FLEMING, 2004).

Esse termo “screening” refere-se à aplicação de um teste aos membros de uma população (ex. pacientes de uma Unidade de Saúde) para estimar a probabilidade de terem uma desordem específica, como por exemplo, problemas relacionados ao uso do álcool (abuso ou dependência). Não se trata de diagnóstico, pois esse é definitivo quanto à desordem, já o “screening” é usado para identificar pessoas que provavelmente tenham a desordem (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001).

A detecção do uso abusivo do álcool e outras drogas pode ser aumentada pela aplicação de estratégias para promover o uso de procedimentos práticos que profissionais de saúde podem usar para ajudar pacientes a parar de usar substâncias psicotrópicas. Essas estratégias incluem seminários em grupos, treinamentos, reuniões individuais com os educadores e incentivo financeiro (FLEMING, 1997; SAMHSA, 2002).

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 válidos, confiáveis e de baixo custo para a realização de ações preventivas (BABOR et al., 1989; BABOR et al., 2001; GORENSTEIN et al., 2000; RIBEIRO et al., 1998a; RIBEIRO et al., 1998b; RIBEIRO, 1999; RIBEIRO et al., 2000a; RIBEIRO et al., 2000b; RIBEIRO et al., 2002).

Existem alguns instrumentos já validados no Brasil para triagem como o CAGE (Acrônimo referente às suas quatro perguntas – “Cut Down, Annoyed by criticism, Guilt e Eye-opener”) para dependência de álcool (MASUR;

MONTEIRO, 1983) e o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para problemas relacionados ao álcool (MÉNDEZ, 1999; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003), ou para avaliar a gravidade da dependência, como o SADD (Short Alcohol Dependence Data) e o ADS (Alcohol Dependence Scale) (JORGE; MASUR, 1986).

O AUDIT 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 incentivados pela OMS (BABOR et al., 2001).

Existe uma vasta literatura que utiliza o AUDIT como instrumento de detecção em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), demonstrando sua aplicabilidade (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).

1.3 O ASSIST e a Intervenção Breve nos locais de Atenção Primária a Saúde

Para detecção do uso abusivo e da dependência, além do álcool, mas também de outras substâncias, a OMS e um grupo internacional de pesquisadores desenvolveram em 1997 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 ASSIST é direcionado principalmente aos profissionais que trabalham em locais de APS como, por exemplo, Unidades de Saúde e ambulatórios, para o uso em suas rotinas de trabalho. Nesses locais de APS é onde acontece o primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, gerando um fluxo grande de pessoas e possibilitando maiores chances de detecção do uso abusivo de drogas. Pode ser útil também para outros profissionais e outros locais que trabalham com pessoas que possam ter problemas relacionados ao uso de drogas. A APS é composta por profissionais de saúde de diversas formações (médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, dentistas, psicólogos) 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 (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

A detecção do beber problemático, um fenômeno de consumo que antecede a instalação de um transtorno propriamente dito, é essencial para ações de prevenção do alcoolismo. Estudos anteriores demonstram que uma situação de beber problemático pode ser detectada em 8 a 20% dos pacientes atendidos em serviços de APS (RIBEIRO et al., 2001). Outros estudos demonstram que 2 a 9% desses pacientes estão no nível de abuso ou de dependência de álcool (REID et al., 1999). Além disso, a maior parte da morbidade e da mortalidade relacionada ao álcool, na população geral, incide sobre sujeitos não-dependentes, que habitualmente não chegam a procurar serviços especializados em tratamento de alcoolistas (RIBEIRO et al., 2001).

De acordo com o “National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)”, homens podem estar sob risco de desenvolverem problemas relacionados com o uso de álcool, se o consumo exceder 14 doses por semana ou quatro doses por dia e mulheres, sete doses por semana ou três doses por dia (NIAAA, 2003). Em um estudo, 20% dos pacientes de locais de APS reportaram níveis de consumo que excederam essas quantidades. Além de

que, 35% dos homens e 16% das mulheres que participaram desse estudo reportaram intoxicação aguda (embriaguez) durante os 90 dias antes da detecção (FLEMING et al., 1998).

O ASSIST pode ser associado a uma Intervenção Breve (IB), que consiste em uma orientação baseada na entrevista motivacional, com duração de 5 a 30 minutos, para ajudar usuários de risco a diminuir ou parar seu uso de drogas e então evitar os danos conseqüentes deste uso.

O objetivo da IB é convencer o paciente que seu uso da substância está colocando-o em risco de saúde, social e/ou financeiro e motiva-o a reduzir ou parar o uso da droga, imediatamente após a identificação de problemas atuais ou potenciais decorrentes desse uso (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001). As IBs devem ser personalizadas e oferecidas na forma de apoio, sem pré-julgamento do usuário.

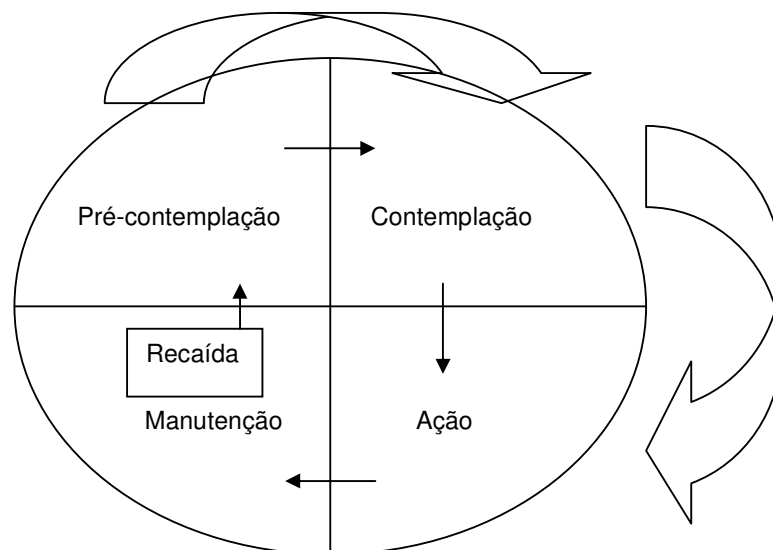
As IBs eficazes contém seis elementos que desencadeiam a motivação para a redução do uso da droga: *feedback*, *responsibility*, *advice*, *menu*, *empathy* e *self-efficacy* (MILLER; SANCHEZ, 1993).

Feedback (devolução) é uma avaliação estruturada e completa por meio da qual o paciente toma conhecimento do seu estado atual de saúde quanto ao seu uso da substância. Através dessa avaliação o paciente tem a oportunidade de refletir sobre sua situação no momento da entrevista. *Responsibility* (responsabilidade) é a do próprio paciente pela redução do uso da droga, geralmente explicitada por meio de mensagens como: “você é que deve decidir o que fazer com essas informações”, “ninguém pode decidir por você”. *Advice* (conselho) são conselhos claros para que o paciente reduza seu uso de droga. *Menu* (opções) consiste em oferecer aos pacientes uma variedade de opções ou estratégias para a modificação do seu comportamento-problema, assim cria-se a oportunidade para que os pacientes selecionem as estratégias que se adequam às suas necessidades e circunstâncias específicas. *Empathy* (empatia) do terapeuta é um forte determinante da motivação e da mudança no paciente. Mesmo quando os pacientes são “confrontados” com *feedback* ou recebem conselhos diretos, isso pode ser feito de maneira altamente empática. *Self-efficacy* (auto-eficácia) é a crença de uma pessoa em sua capacidade de

realizar ou de ter êxito em uma tarefa específica. Reforçar este elemento durante a IB a torna muito eficaz. Também deve ser mencionado que a crença do entrevistador na capacidade de mudar do paciente também pode ser um determinante significativo do resultado (MILLER; SANCHEZ, 1993).

A entrevista motivacional, na qual a IB está baseada, é uma interação do tipo diretiva, centrada no paciente e que objetiva em primeiro lugar identificar o estágio de comportamento no qual o paciente se encontra, de acordo com o modelo de mudança proposto por Prochaska et al. (1992), para ajudá-lo a explorar e a resolver suas ambivalências sobre seu uso da substância e mover-se através dos estágios de mudança. Os estágios propostos nesse modelo são: **pré-contemplação**, **contemplação**, **ação** e **manutenção**, sendo que o paciente apresenta características específicas para ser enquadrado em cada estágio.

MODELO DE MUDANÇA (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS 1992)



Fonte: MILLER; ROLLNICK, 2002.

Os indivíduos em **pré-contemplação** de um comportamento-problema nem sequer estão pensando em mudar, na verdade, eles podem não ver o comportamento como um problema, ou pelo menos não acreditar que ele seja tão problemático quanto os observadores externos acreditam. A **contemplação**

é o estágio no qual os pacientes estão abertos à consideração de informações, estão dispostos a considerar o problema e a possibilidade de mudar seu comportamento. O estágio da **ação** é caracterizado pela decisão do paciente de iniciar um comportamento positivo. Muitos indivíduos nesse estágio já fizeram ou fazem uma tentativa séria de mudança de comportamento. Quando a mudança é bem-sucedida e sustentada por longo prazo, durante muitos anos, o paciente encontra-se no último estágio, denominado **manutenção**. Nesse estágio, o novo comportamento está se estabelecendo com firmeza, e a ameaça de recaída ou de um retorno aos padrões antigos se torna menos freqüente e intensa (MILLER; ROLLNICK, 2001).

A recaída, no entanto, sempre é possível, tanto no estágio da ação quanto na manutenção. Ela pode ocorrer por muitas razões. Os indivíduos podem experimentar uma tentação ou desejo particularmente forte e inesperado e não serem capazes de enfrentá-lo com sucesso (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Esse modelo de Prochaska et al. (1992) 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).

Existem evidências substanciais dos benefícios da utilização de instrumentos de detecção e IB em serviços de APS em países como os Estados Unidos, Inglaterra e Espanha (BIEN et al., 1993; HEATHER, 1996; WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP, 1996; SENFT et al., 1997; CORDOBA et al., 1998; MAISTO et al., 2001; MILLER; WILLBOURNE, 2002). Além de que a eficácia das IBs, particularmente nos serviços de APS, tem sido sustentada por inúmeros estudos, revisões sistemáticas e meta-análises (D'ONOFRIO; DEGUTIS, 2002; MOYER et al., 2001; WHITLOCK et al., 2004).

Por exemplo, Senft et al., (1997), observaram uma redução da freqüência do consumo de álcool em um período de 6 a 12 meses em bebedores problemáticos, com idade média de 42 anos, que receberam a IB

por quinze minutos e materiais explicativos em serviços de APS. Em outro estudo, o WHO Brief Intervention Study Group (1996), demonstrou também que 5 minutos de conselhos simples foram tão efetivos quanto 20 minutos de aconselhamento com usuários de álcool. Além disso, a IB tem se mostrado uma forma efetiva em relação ao custo para a redução do consumo de álcool e de problemas associados (FLEMING et al., 2000; WUTZKE et al., 2001).

Em um estudo de meta-análise, ficou demonstrada a efetividade da IB em usuários de risco de álcool, de 15 a 70 anos, em ambientes de APS (BALLESTEROS et al., 2004). Foi reportado em uma revisão que a existência de intervenção fez com que o consumo de álcool, por parte dos participantes dos estudos, fosse reduzido de 13 para 34% quando comparado ao grupo controle (USPSTF, 2004). E ainda, em uma recente meta-análise foi concluído que intervenções breves podem reduzir taxas de mortalidade entre bebedores problemáticos numa estimativa de 23 a 26% (CUIJPERS et al., 2004).

Pesquisas sugerem que a IB pode ser efetiva em serviços de APS para a redução do uso de outras drogas que não o álcool, se uma intervenção culturalmente apropriada for desenvolvida. Embora haja uma escassez de estudos analisando a eficácia da 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; DENNIS et al., 2004), benzodiazepínicos (BASHIR et al., 1994), anfetaminas (BAKER et al., 2001), opiáceos (SAUNDERS et al., 1995), heroína (BERNSTEIN et al., 2005) e cocaína (STOTTS et al., 2001; BERNSTEIN et al., 2005).

Lang et al. (2000) estudaram pacientes com problemas decorrentes do uso de maconha, recrutados em centros de saúde, com idade média de 29 anos. Esses pacientes receberam IB e manual de auto-ajuda. Foi observado que metade dos participantes do estudo reduziu substancialmente a frequência, assim como a quantidade de uso de maconha. Um ponto de destaque deste estudo foi o contato com os pacientes em dias de semana à noite por telefone, que garantiu a participação deles no seguimento após 1 e 3 meses. Os pesquisadores concluíram que este trabalho produziu alguns

resultados extremamente positivos, mostrando ser promissor o desenvolvimento e uso de intervenções breves.

Stephens et al. (2000) concluíram que o uso de maconha e problemas decorrentes desse uso, por parte dos pacientes participantes do estudo, foram significativamente reduzidos após um, quatro, sete, 13 e 16 meses de seguimento em relação à época da detecção em que receberam intervenção breve.

Outro estudo realizado com usuários de maconha entre 15 e 16 anos, demonstrou efetividade das intervenções para abstinência e recuperação de adolescentes que apresentavam problemas decorrentes desse uso (DENNIS et al., 2004). Assim como Babor et al., (2004), que reportaram a eficácia das intervenções em adultos dependentes de maconha.

Bashir et al. (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.

Baker et al. (2001) estudaram usuários regulares de anfetaminas, entre os quais havia alguns usuários de várias drogas, com idade média de 30,57 a 32,79 anos. Com este estudo demonstraram que houve uma redução clinicamente significativa do uso de anfetaminas e que houve abstinência estatisticamente significativa por parte dos pacientes que receberam IB e material de auto-ajuda, concluindo a efetividade da intervenção.

Bernstein et al. (2005) fizeram um estudo de pacientes usuários de cocaína e heroína, detectados em clínicas médicas de Boston, durante as consultas. Eles demonstraram que, após terem recebido a intervenção breve, os pacientes diminuíram seu uso de cocaína em 22,3%, de heroína em 40,2% e ambas as drogas em 17,4%.

Stotts et al. (2001) concluíram que a intervenção breve, baseada na entrevista motivacional, para usuários de cocaína, incentiva não apenas

pacientes a procurar tratamento, mas incentiva também aqueles pacientes em desintoxicação e tratamento subsequente a não terem recaída.

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. Estudos anteriores sugerem que a efetividade da IB é superior a outras intervenções que demandam maior tempo, principalmente para o uso de álcool (BATOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; FORMIGONI, 1992).

1.4 Fases do Projeto ASSIST

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 confiabilidade da primeira fase foi do tipo teste-reteste, realizado em diferentes locais do mundo (Estados Unidos, Inglaterra, Brasil, Índia, Israel, Porto Rico, Palestina, Irlanda e Zimbábue) 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 eficácia 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 eficácia 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).

A fase III iniciou em 2002 e está compreendendo um estudo colaborativo internacional da eficácia da IB na rotina clínica. O objetivo principal desta fase é conduzir uma triagem controlada, randomizada entre os pacientes de locais de APS, avaliando a efetividade de uma IB para o uso de drogas ilícitas detectadas pelo ASSIST. Os países participantes desta fase são: Austrália, Brasil, Índia, Espanha, Tailândia e Estados Unidos.

2 JUSTIFICATIVA

Apesar de haver preocupações com a importância da utilização e desenvolvimento de instrumentos de detecção do uso de drogas 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.

O aspecto econômico é um importante fator na implementação de programas, uma vez que a APS pode diminuir sensivelmente a hospitalização e os gastos tecnológicos, pois neste nível de atenção à saúde utilizam-se tecnologias básicas, com uma resolutividade estimada em cerca de 75% a 85% (JEKEL et al., 1996; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; RUBIN, 1996). 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 4.950 em dezembro de 1999 (MACHADO, 2000).

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 de 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 presente trabalho faz parte da terceira fase de pesquisa do “projeto ASSIST” da OMS, que está ocorrendo em vários países do mundo: Austrália,

Brasil, Índia, Espanha, Tailândia e Estados Unidos. Curitiba e São Paulo são as cidades participantes deste projeto no Brasil.

Fez parte deste trabalho a detecção do uso abusivo de maconha, cocaína, anfetaminas e álcool, devido às suas prevalências de uso na população brasileira e à distribuição das drogas, para a pesquisa, feita pela OMS entre os países participantes do projeto ASSIST.

A proposta e a avaliação de alternativas relativamente simples de prevenção de problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras substâncias a serem utilizadas por profissionais de APS, juntamente com 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 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a sessão de Intervenção Breve aplicada após a detecção pelo ASSIST de usuários abusivos de drogas, especificamente álcool, maconha, cocaína e anfetaminas, em serviços de Atenção Primária à Saúde em Curitiba e Palmas – PR.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar se o ASSIST acoplado à IB é eficaz para ajudar pacientes a reduzir ou parar o uso de álcool, maconha, cocaína e anfetaminas;
- avaliar se o ASSIST acoplado à IB tem eficácia diferenciada para o álcool e para as outras drogas;
- avaliar se o ASSIST acoplado à IB tem eficácia diferenciada para indivíduos muito comprometidos (score alto no ASSIST) e pouco comprometidos (score baixo no ASSIST);
- analisar qual o aspecto em particular seria mais importante na sessão de IB na opinião dos pacientes em risco;
- avaliar de que maneira a sessão de IB provocou no paciente, mudança de estágio no modelo de mudança de comportamento para o uso de drogas e avaliar o grau de motivação para essa mudança.

4 ARTIGOS CIENTÍFICOS ELABORADOS PARA PUBLICAÇÃO

4.1 TRABALHO ENCAMINHADO À REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA:

EFICÁCIA DA DETECÇÃO PRECOCE PELO ASSIST-OMS SEGUIDA POR INTERVENÇÃO BREVE EM USUÁRIOS DE RISCO/ABUSO DE ÁLCOOL, MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

EFICÁCIA DA DETECÇÃO PRECOCE PELO ASSIST-OMS SEGUIDA POR INTERVENÇÃO BREVE EM USUÁRIOS DE RISCO/ABUSO DE ÁLCOOL, MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS 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, cannabis, cocaine and amphetamines users in primary health care settings in two cities of Paraná

Adriane Cristina Janiszewski Mendes^{1,4}, Renata Thives de Oliveira^{2,4}, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni³,
Roseli Boerngen de Lacerda¹

¹ Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Jardim das Américas, Curitiba, Paraná, CEP 81531-990 Brasil; ² Centro Universitário Diocesano do Sudoeste do Paraná (UNICS); ³ Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); ⁴ Mestrandas do Curso de Pós Graduação em Farmacologia do Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Paraná.

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).

#Este trabalho foi baseado em dados e experiência obtidos durante a participação dos pesquisadores na Fase III do Projeto ASSIST-OMS sobre a Identificação e Manejo do Abuso de Substâncias na Atenção Primária à Saúde, coordenado e financiado pela Organização Mundial da Saúde e implementado pelo Grupo de Trabalho da Fase III do Projeto ASSIST-OMS, que inclui:

Vladimir Poznyak ¹, Robert Ali ², Rachel Humeniuk ², Thomas Babor ³, Janice Vendetti ³, Bonnie McRee ³, Maria Lucia Formigoni ⁴, Roseli Boerngen de Lacerda ⁵, Walter Ling ⁶, Sara Simon ⁶, Hemraj Pal ⁷.

¹Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization; ² Drug and Alcohol Services South Australia, Adelaide, Australia; Department of Community Medicine, ³ University of Connecticut Health Center, Farmington, CT, USA; ⁴ Universidade Federal de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil; ⁵ Department of Pharmacology, Federal University of Parana Curitiba, Brazil; ⁶ Los Angeles Addiction Treatment Research Centre, UCLA, USA; ⁷ Department of Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences, India.

TÍTULO RESUMIDO: EFICÁCIA DO ASSIST/INTERVENÇÃO BREVE PARA DROGAS

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

RESUMO

Objetivo: A Organização Mundial da Saúde desenvolveu e validou o ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) para detectar uso de risco/abuso de drogas. Possui 8 questões de fácil aplicação, rápido e de baixo custo. Pode ser associado à Intervenção Breve (IB), uma orientação (5 a 30 minutos) para reduzir o uso de drogas. Foi analisada a eficácia da IB em reduzir o uso da droga após detecção pelo ASSIST na Atenção Primária à Saúde (APS).

Métodos: Dos 1188 entrevistados, homens e mulheres (18-50 anos), em APS de Curitiba e Palmas, 140 pontuaram no ASSIST. Desses, 71 receberam IB na entrevista basal (grupo IB) e 69 receberam IB 3 meses depois (grupo CONT). No seguimento, o ASSIST foi reaplicado. As pontuações no ASSIST das duas entrevistas foram analisadas segundo o grupo, tipo de droga e nível de escore (ANOVA e teste "t" de Student).

Resultados: O grupo IB com escore baixo para o álcool diminuiu no seguimento seus escores no ASSIST em relação ao CONT, saindo da área de risco. Para os demais subgrupos não houve diferença significativa entre CONT e IB. Pacientes com escore alto, CONT e IB, álcool e outras drogas, diminuíram sua pontuação, porém continuaram na área de risco.

Conclusão: Uma sessão de IB associada ao ASSIST foi eficaz para diminuir o uso do álcool em indivíduos menos comprometidos, em serviços de APS. A devolutiva da pontuação obtida no ASSIST foi eficaz para reduzir o comprometimento com a droga.

ABSTRACT

Aim: World Health Organization developed and validated the ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) to detect harmful and hazardous drug users. It consists on 8 questions easy, quick and cheap to apply. It could be combined to a brief intervention (BI) session (5 to 30 minutes), to advice people how to reduce drug use. The BI efficacy on reducing drug use was analyzed in patients detected by ASSIST in primary health care (PHC) settings.

Methods: From the 1188 interviewed patients, men and women (18-50 years old), in PHC of Curitiba and Palmas, 140 scored in ASSIST. From these, 71 received a BI in the first interview (group BI) and 69 received BI after 3 months (group CONT). In the follow-up interview, ASSIST was applied again. ASSIST scores from the 2 interviews were analyzed according to group, drug type and score level (ANOVA followed by Student "t" test).

Results: Patients from group BI with low score level for alcohol reduced their scores in the follow-up when compared to CONT group, showing scores below the risky area of the ASSIST. The remaining analysis did not show significant difference between CONT and BI. Patients with high scores, CONT and BI, alcohol and other drugs, reduced their scores but were maintained inside the risky area of the ASSIST.

Conclusion: One BI session combined to ASSIST showed efficacy in reducing alcohol use in less committed patients in PHC settings. Feedback of the ASSIST score made patients reducing their drug use but less effectively.

INTRODUÇÃO

As drogas psicotrópicas são substâncias que alteram o comportamento, o humor e a cognição, possuindo propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de auto-administração ¹, conseqüentemente podem levar ao abuso e à dependência.

Problemas relacionados com uma intoxicação aguda podem ocorrer como resultado de um único episódio e podem incluir ataxia, vômito, febre, confusão, superdosagem, perda da consciência, acidentes e lesões, problemas domésticos, agressão e violência, práticas sexuais inseguras e/ou não intencionadas e desempenho reduzido no trabalho. 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.²

Estudos epidemiológicos têm detectado índices de uso de drogas cada vez maiores nos últimos anos, tanto no Brasil ^{3,4}, como em outras regiões do mundo.^{5,6} 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 (OMS).²

Em geral, os usuários de substâncias psicotrópicas procuram os serviços especializados já em uma fase muito grave do distúrbio ⁷, assim a detecção precoce do uso dessas substâncias e suas conseqüências, tem sido de grande importância para se fazer uma intervenção nas fases iniciais do problema, melhorando muito o prognóstico.^{6,8,9} 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.¹⁰

A partir de tais constatações, tem-se observado um crescente número de pesquisas em relação ao desenvolvimento de instrumentos de detecção válidos, confiáveis e de baixo custo para a realização de ações preventivas.^{11, 12, 13} Existem alguns instrumentos já validados no Brasil para triagem, mas a maioria voltada para detectar dependência do álcool e a sua gravidade.^{14, 15} O AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) é um instrumento que foi desenvolvido e validado para detectar problemas relacionados ao álcool, e que tem sido sugerido o seu uso na Atenção Primária à Saúde (APS).^{16, 17}

Para detecção do uso abusivo e da dependência do álcool e de outras substâncias, a OMS e um grupo internacional de pesquisadores desenvolveram em 1997 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.⁶

O ASSIST pode ser associado a uma Intervenção Breve (IB), que consiste em uma orientação baseada na entrevista motivacional, com duração de 5 a 30 minutos, para ajudar usuários de risco a diminuir ou parar seu uso de drogas e então evitar os danos conseqüentes deste uso. Esse instrumento é direcionado principalmente aos profissionais que trabalham em locais de APS, para o uso em suas rotinas de trabalho, onde acontece o primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, possibilitando maiores chances de detecção do uso abusivo de drogas.²

Para o álcool, os benefícios da utilização e a eficácia da detecção do uso abusivo e da IB em serviços de APS são sustentados por inúmeros estudos, revisões sistemáticas e meta-análises.^{18, 19, 20} Embora haja uma escassez de estudos analisando a eficácia da IB para outras drogas que não o álcool ou tabaco ²¹, alguns resultados sugerem que a IB pode ser útil para usuários de maconha ^{22, 23, 24, 25}, benzodiazepínicos ²⁶, anfetaminas ²⁷, opiáceos ²⁸, heroína ²⁹ e cocaína.^{29, 30}

Stephens et al.²³ concluíram que o uso de maconha e problemas decorrentes desse uso, por parte dos pacientes participantes do estudo, foram significativamente reduzidos após um, quatro, sete, 13 e 16 meses de seguimento em relação à época da detecção em que receberam intervenção breve.

Stotts et al.³⁰ concluíram que a intervenção breve, baseada na entrevista motivacional, para usuários de cocaína, incentiva não apenas pacientes a procurar tratamento, mas incentiva também aqueles pacientes em desintoxicação e tratamento subsequente a não terem recaída.

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.³¹ Resta saber se o ASSIST acoplado à IB seria eficaz para ajudar usuários de risco a diminuir ou parar seu uso de drogas; se seria mais eficaz para o álcool que para as outras drogas; e se indivíduos muito comprometidos com seu uso de drogas, porém ainda não dependentes, também se beneficiariam do ASSIST acoplado à IB. Assim, este trabalho teve como objetivo principal a análise da eficácia da IB aplicada após a detecção pelo ASSIST de usuários abusivos de drogas, especificamente álcool, maconha, cocaína e anfetaminas, em serviços de APS.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em nove Unidades Básicas de Saúde e em uma Unidade de Saúde 24 horas de Curitiba, voluntárias e definidas em negociação com representantes da Prefeitura Municipal dessa cidade, e no Hospital São José de Palmas – PR. As Unidades de Saúde de Curitiba que participaram do estudo representavam cada uma das regionais de saúde da cidade: US Bacacheri, US Camargo, US Moradias da Ordem, US Nova Orleans, US Ouvidor Pardinho, US Parigot de Souza, US Trindade, US Vila Clarice, US Waldemar Monastier e US Boa Vista (24 horas). Foram considerados critérios de inclusão: idade entre 18 e 50 anos; ser alfabetizado; concordar em participar do estudo e assinar um termo de consentimento informado; não ter comprometimento cognitivo ou disfunção mental aparente; não ter sido tratado para o uso de álcool ou outras drogas no mês que antecedeu a primeira entrevista da pesquisa; fornecer detalhes para ser contatado e de mais três pessoas; estar disponível para a entrevista de seguimento após três meses; estar fisicamente bem para poder participar; não ter problemas de comportamento grave aparentes; não ter tendência à violência ou comportamento agressivo aparentes; não estar intoxicado ou em síndrome de abstinência de álcool ou drogas; não ter sido preso ou impedido de se locomover nos últimos três meses; ter endereço fixo. 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. Duas pesquisadoras, mestrandas, e estagiários, estudantes de graduação, foram treinados para a aplicação do ASSIST e da IB. Esse treinamento consistiu em uma entrevista simulada entre os pesquisadores. A entrevista, incluindo a sessão de IB durou em média 30 minutos. Os seguintes instrumentos e formulários foram aplicados pelo entrevistador:

Registro de participação (1) - formulário no qual constavam o número de identificação do pesquisador, data, nome da Unidade de Saúde, sexo e ano de nascimento do paciente, grupo ao qual o paciente pertencia (IB ou CONT) e a data do seguimento. Era preenchido mesmo que o indivíduo não aceitasse participar do estudo, a fim de se levantar o número total de indivíduos convidados a participar.

ASSIST (anexo 1) - instrumento estruturado de detecção contendo 8 questões sobre o uso de 9 classes de substâncias psicotrópicas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos) que foi aplicado na entrevista basal e reaplicado no seguimento, 3 meses após a entrevista basal, pelo pesquisador ao paciente. As questões abordaram a frequência de uso, na vida (Q.1) e nos últimos 3 meses (Q.2), compulsão por usar a substância (Q.3), problemas relacionados ao uso (Q.4), prejuízo na execução de tarefas

esperadas (Q.5), preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário (Q.6), tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso (Q.7) e uso por via injetável (Q.8). Cada resposta correspondia a um escore, que variava de 0 a 8, sendo que a somatória total obtida no ASSIST para cada droga, considerando as questões 2 a 7, podia variar de 0 a 39 (com exceção do tabaco que podia variar de 0 a 31, pois a questão número 5 não era considerada). Para o álcool, considerou-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 maior ou igual a 27 como sugestiva de dependência. Para as outras drogas, as faixas de escore correspondentes foram: 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 **formulário de consentimento de participação (2)** e receberam um **formulário de informação ao participante (3)** no qual constavam informações sobre a pesquisa e a garantia de anonimato.

Formulário de localização e registro de seguimento (4) – para registro do endereço e telefone do paciente e de mais dois parentes ou amigos para a realização de novo contato após três meses. Foi arquivado para manter sigilo.

Formulário do Perfil Sócio-Demográfico (5) – para coleta das variáveis sócio-demográficas, incluindo idade, estado civil, religião, raça, situação ocupacional e educacional.

Procedimento - cada pesquisador ou estagiário abordava os indivíduos que estavam nas Unidades de Saúde, procurando consulta ou acompanhando alguém e caso preenchessem os critérios de inclusão no estudo, era perguntado se a pessoa aceitaria fazer parte de uma pesquisa sobre saúde. Quando o indivíduo aceitava participar, era conduzido a um local com privacidade para a aplicação do instrumento ASSIST. Depois de aplicado o ASSIST, se o indivíduo obtivesse escore abaixo do necessário para incluí-lo no estudo (0 a 10 para o álcool e 0 a 3 para as outras drogas), era dispensado após receber informações gerais sobre os possíveis riscos do uso inadequado de álcool e outras drogas, sendo seus dados arquivados. Se o escore estivesse acima do necessário (27 ou mais), era sugestivo de dependência e o paciente era encaminhado para equipe especializada em dependência de drogas. Porém, se seu escore ficasse entre 11 e 26 para o álcool e 4 e 26 para as outras drogas, ele era convidado a participar do estudo (o paciente pontuava). Se o paciente aceitasse participar, o mesmo era alocado, através de uma distribuição aleatória de acordo com tipo de droga pontuada, sexo e nível de escore obtido no ASSIST, para um dos seguintes grupos experimentais: CONT (grupo controle que permaneceu em lista de espera recebendo a IB três meses após a entrevista basal) e IB (grupo que recebeu a IB imediatamente após a aplicação do ASSIST na entrevista basal). As alocações aleatórias dos pacientes garantiram uma distribuição homogênea entre os grupos e subgrupos quanto ao estado civil, religião, raça, estar empregado ou estudando e anos de estudo. Em seguida, os

formulários 2, 3, 4 e 5 eram preenchidos para todos os pacientes incluídos no estudo. Os pacientes do grupo IB receberam um manual de auto-ajuda desenvolvido especificamente para o projeto, material educativo na forma de *folders* com informações sobre as drogas e a IB propriamente dita, seguindo protocolo determinado no treinamento. O tempo da aplicação da IB foi controlado, não ultrapassando 15 minutos. Após três meses, todos os pacientes foram contatados por telefone para uma entrevista de seguimento que consistiu numa segunda aplicação do instrumento ASSIST.

Análise dos Dados - Os dados foram analisados e estão apresentados considerando-se os pacientes alocados aleatoriamente nos grupos CONT e IB, ou classificados em subgrupos de acordo com o tipo de droga pontuada no ASSIST (álcool e outras drogas) ou de acordo com o nível de escore no ASSIST (baixo: de 11 a 15 para o álcool e 4 a 15 para as outras drogas; alto: de 16 a 26 para todas as substâncias).

Foi realizado o teste do qui-quadrado para as comparações entre grupos e subgrupos para a distribuição de pacientes de acordo com as características sócio-demográficas e para a taxa de abandono do estudo.

Para a análise da eficácia da IB, primeiramente foram calculadas as variáveis dependentes do estudo: escore específico do ASSIST = somatória dos escores das questões 2 a 7 do ASSIST para cada droga específica (escore no ASSIST levando em conta somente a droga cujo uso de risco fez com que o paciente pontuasse e entrasse para o estudo); escore global do ASSIST = somatória das questões 2 a 7 do ASSIST considerando-se todas as drogas usadas pelo paciente. Em seguida, após testar a homogeneidade e a normalidade das variâncias, essas variáveis foram analisadas por ANOVA de três vias considerando as combinações dos fatores: grupo (CONT e IB), tipo de droga pontuada (álcool e outras drogas), nível de escore no ASSIST (baixo e alto) e as ocasiões das entrevistas (basal e seguimento). As comparações *a posteriori* foram realizadas pelo teste “t” de Student para amostras dependentes e independentes, conforme o caso. O programa estatístico empregado foi Statistica-Statsoft versão 5.5 e o nível de significância empregado foi 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) e que aceitaram, foram orientadas a procurar tratamento em serviços especializados, a partir de uma lista de indicações fornecida pelo entrevistador.

RESULTADOS

Caracterização da amostra geral - Foram contatados 1188 indivíduos de 18 a 50 anos ($32 \pm 8,9$), sendo 41,6% de homens e 56,8% de mulheres. Logo após a abordagem dos indivíduos, 42 deles não aceitaram responder o ASSIST. Dos 1146 restantes, 186 (16,2%) atingiram pontuação dentro da área de risco para álcool e outras drogas, 27 (2,3%) atingiram pontuação sugestiva de dependência e ainda 9 indivíduos (0,8%) relataram já ter feito uso de droga por via injetável. Entre os que pontuaram na área de risco, 46 (24,7%) não aceitaram participar ou não preencheram os critérios de inclusão no estudo.

A distribuição dos indivíduos que responderam o ASSIST quanto o seu uso na vida, uso nos últimos três meses, uso de risco/abuso (pontuados no ASSIST) e uso sugestivo de dependência para as diferentes classes de drogas, está inserida na tabela 1. Para o cálculo das porcentagens na amostra geral o número de indivíduos considerado foi 1146 e para os cálculos de distribuição entre homens e mulheres foram considerados respectivamente, 479 e 651. A diferença entre a somatória de homens e mulheres (N=1130) e o número de indivíduos da amostra geral (N=1146) foi devida ao fato de alguns entrevistadores não terem anotado o sexo dos pacientes que pontuaram e não aceitaram participar.

Caracterização dos grupos de pacientes com uso de risco e abusivo de álcool e de outras drogas detectados pelo ASSIST - Estes grupos foram obtidos pelos pacientes que pontuaram no instrumento ASSIST para o álcool, com escore entre 11 e 26, ou para as outras drogas, com escore entre 4 e 26, sugestivos de uso de risco e abusivo e que concordaram em participar do estudo. Foram incluídos 140 pacientes e distribuídos aleatoriamente para os grupos CONT (N=69) e IB (N=71), sendo 95 pacientes de álcool (CONT=47 e IB=48), 30 de maconha (CONT=12 e IB=18), 7 de cocaína (CONT=6 e IB=1) e 8 de anfetaminas (CONT=4 e IB=4). As análises e os dados foram agrupados em: pacientes que pontuaram para o álcool com escore baixo (N=50) e com escore alto (N=45) e os pacientes que pontuaram para as outras drogas com escore baixo (N=33) e com escore alto (N=12).

Na Tabela 2, pode-se observar as características sócio-demográficas dos pacientes agrupadas quanto ao nível de escore no ASSIST, tipo de droga e a alocação nos grupos CONT e IB.

Pode-se observar que a alocação aleatória dos indivíduos nos grupos CONT e IB garantiu a distribuição homogênea das amostras quanto às características sócio-demográficas. Quando se agrupou os pacientes de acordo com o tipo de droga pontuada no ASSIST, pode-se observar uma diferença em relação à religião, sendo que entre

os indivíduos que pontuaram para as outras drogas tiveram menos católicos e mais indivíduos que relataram ter outra religião ou não ter nenhuma. A classificação dos pacientes quanto ao nível de escore no ASSIST mostrou que houve mais solteiros entre os indivíduos com escore baixo.

Outro dado a considerar foi a taxa de abandono do estudo. Foi observado através do comparecimento à entrevista de seguimento, que a taxa de abandono entre os pacientes com escore alto (31,6%) no ASSIST foi estatisticamente maior do que entre os pacientes com escore baixo (13,2%) ($\chi^2 = 6,91$ $p \leq 0,01$). Para as outras comparações não foram detectadas diferenças estatisticamente significantes entre as taxas de abandono (grupo CONT: 20,3%, grupo IB: 21,1%; álcool: 22,1%, outras drogas: 17,8%)

Análise da eficácia da IB - Foram realizadas 6 ANOVAs de 3 vias, sendo três para a variável escore específico no ASSIST e três para a variável escore global no ASSIST tanto na entrevista basal como no seguimento. Os fatores considerados foram: grupo (CONT e IB), nível de escore específico no ASSIST (alto e baixo), tipo de droga (álcool e outras drogas) e entrevista (basal e seguimento).

A ANOVA de três vias para a variável escore específico no ASSIST, considerando como fatores grupo, tipo de droga e entrevista detectou efeito significativo para os fatores tipo de droga e entrevista, respectivamente ($F(1, 107)=5,94$, $p \leq 0,02$; $F(1, 107)=20,69$, $p \leq 0,001$), mas não foi encontrado efeito significativo para o fator grupo ($F(1, 107)=0,12$, $p > 0,05$). Foi observado efeito significativo para a interação entre os fatores grupo e tipo de droga ($F(1, 107)=7,81$, $p \leq 0,01$ e tipo de droga e entrevista ($F(1, 107)=11,33$, $p \leq 0,001$). Para as outras interações não foi observada significância estatística ($F_{\text{grupo} \times \text{entrevista}}(1, 107)=1,90$, $p > 0,05$; $F_{\text{grupo} \times \text{tipo de droga} \times \text{entrevista}}(1, 107)=0,02$, $p > 0,05$).

Para esta mesma variável, considerando como fatores grupo, nível de escore e entrevista a ANOVA detectou efeito significativo para os fatores nível de escore e entrevista, respectivamente ($F(1, 107)=53,77$, $p \leq 0,001$; $F(1, 107)=51,90$, $p \leq 0,001$), mas não foi encontrado efeito significativo para o fator grupo ($F(1, 107)=0,22$, $p > 0,05$). Foi observado efeito significativo para a interação entre os fatores nível de escore e entrevista ($F(1, 107)=16,58$, $p \leq 0,001$). Para as outras interações não foi observada significância estatística ($F_{\text{grupo} \times \text{entrevista}}(1, 107)=1,18$, $p > 0,05$; $F_{\text{grupo} \times \text{nível de escore}}(1, 107)=0,18$, $p > 0,05$; $F_{\text{grupo} \times \text{nível de escore} \times \text{entrevista}}(1, 107)=3,68$, $p = 0,06$).

Quando os fatores nível de escore, tipo de droga e entrevista foram considerados, a ANOVA detectou efeito significativo para os fatores nível de escore e entrevista, respectivamente ($F(1, 107)=46,16$, $p \leq 0,001$; $F(1, 107)=41,85$, $p \leq 0,001$), mas não foi encontrado efeito significativo para o fator tipo de droga ($F(1, 107)=1,34$, $p > 0,05$). Foi observado efeito significativo para a interação entre os fatores nível de escore e entrevista ($F(1, 107)=20,80$,

$p \leq 0,001$) e para a interação entre os 3 fatores ($F(1, 107) = 7,85, p \leq 0,01$). Para as outras interações não foi observada significância estatística ($F_{\text{nível de escore} \times \text{tipo de droga}}(1, 107) = 1,07, p > 0,05$; $F_{\text{tipo de droga} \times \text{entrevista}}(1, 107) = 2,68, p > 0,05$).

Através da ANOVA de três vias para a variável escore global no ASSIST, considerando como fatores grupo, tipo de droga e entrevista foi detectado efeito significativo para os fatores tipo de droga e entrevista, respectivamente ($F(1, 107) = 26,98, p \leq 0,001$; $F(1, 107) = 19,64, p \leq 0,001$), mas não foi encontrado efeito significativo para o fator grupo ($F(1, 107) = 3,60, p = 0,06$). Foi observado efeito significativo para a interação entre os fatores grupo e entrevista ($F(1, 107) = 7,87, p \leq 0,01$). Para as outras interações não foi observada significância estatística ($F_{\text{grupo} \times \text{tipo de droga}}(1, 107) = 0,33, p > 0,05$; $F_{\text{tipo de droga} \times \text{entrevista}}(1, 107) = 2,26, p > 0,14$; $F_{\text{grupo} \times \text{tipo de droga} \times \text{entrevista}}(1, 107) = 2,76, p = 0,10$).

Para esta mesma variável, considerando como fatores grupo, nível de escore e entrevista a ANOVA detectou efeito significativo para o fator entrevista ($F(1, 107) = 27,23, p \leq 0,001$), porém não foi encontrado efeito significativo para o fator grupo ($F(1, 107) = 3,57, p = 0,06$) e nível de escore ($F(1, 107) = 1,00, p > 0,05$). Foi observado efeito significativo para a interação entre os fatores grupo e entrevista ($F(1, 107) = 6,84, p \leq 0,02$). Para as outras interações não foi observada significância estatística ($F_{\text{nível de escore} \times \text{entrevista}}(1, 107) = 1,65, p > 0,05$; $F_{\text{grupo} \times \text{nível de escore} \times \text{entrevista}}(1, 107) = 0,88, p > 0,05$).

Quando os fatores nível de escore, tipo de droga e entrevista foram considerados para a mesma variável, a ANOVA detectou efeito significativo para os fatores tipo de droga e entrevista, respectivamente ($F(1, 107) = 22,57, p \leq 0,001$; $F(1, 107) = 25,63, p \leq 0,001$), mas não foi encontrado efeito significativo para o fator nível de escore ($F(1, 107) = 2,14, p > 0,05$). Foi observado efeito significativo para a interação entre os fatores nível de escore e entrevista ($F(1, 107) = 4,85, p \leq 0,03$) e para a interação entre os 3 fatores ($F(1, 107) = 7,56, p \leq 0,01$). Para as outras interações não foi observada significância estatística ($F_{\text{nível de escore} \times \text{tipo de droga}}(1, 107) = 0,43, p > 0,05$; $F_{\text{tipo de droga} \times \text{entrevista}}(1, 107) = 0,04, p > 0,05$).

As comparações *a posteriori* pelo teste "t" de Student revelaram as diferenças entre os grupos, as entrevistas, os tipos de droga e os níveis de escore, quanto ao escore específico e global no ASSIST, e podem ser observadas nas Figuras 1 e 2.

Foi observada no seguimento uma diminuição estatisticamente significativa no escore global e no escore específico do ASSIST para o grupo IB em relação ao grupo CONT nos indivíduos com escore baixo para o álcool.

Foi encontrada diminuição do escore específico da droga entre a entrevista basal e seguimento para os indivíduos que tiveram pontuação alta e baixa para o álcool, tanto no grupo CONT como no grupo IB. Porém para os indivíduos do grupo CONT com escore baixo para o álcool a diminuição não atingiu significância estatística ($p=0,065$) e o escore continuou dentro da zona de risco, enquanto que para os indivíduos que receberam a IB, a diminuição do escore foi estatisticamente significativa ($p \leq 0,001$) atingindo valores bem abaixo da zona de risco. Para os indivíduos com escore alto para o álcool, tanto o grupo CONT quanto o grupo IB tiveram diminuição estatisticamente significativa ($p \leq 0,001$), porém o escore permaneceu dentro da zona de risco, próximo ao limite inferior. Para os indivíduos que tiveram uma pontuação alta para as outras drogas também ocorreu uma diminuição do escore, tanto no grupo CONT como no grupo IB, porém sem atingir significância estatística ($p=0,10$). Cabe ressaltar que o número de indivíduos do grupo CONT para as outras drogas com escore alto foi muito pequeno para substanciar uma conclusão ($n=3$). Para os pacientes com escore baixo foi observado um aumento não significativo no escore, tanto no grupo CONT como no IB.

Quando se considerou o escore global do ASSIST, foi observada redução entre as entrevistas, atingindo significância estatística a redução do escore dos indivíduos que pontuaram para o álcool do grupo IB, tanto com escore alto como com escore baixo, e dos indivíduos do grupo CONT apenas com escore baixo. Para as outras drogas apenas os indivíduos com escore alto que receberam a IB apresentaram diminuição significativa no escore global.

A comparação entre os indivíduos que pontuaram para o álcool com aqueles que pontuaram para as outras drogas mostrou que na entrevista basal, como esperado, os valores de escore específico no ASSIST foram significativamente maiores para os indivíduos que pontuaram para o álcool, porém apenas para os que tiveram escore baixo, tanto no grupo CONT como no IB. Ao contrário, os indivíduos pontuados com escore alto para o álcool apresentaram pontuação específica no ASSIST menor estatisticamente significativa do que os indivíduos que pontuaram para as outras drogas, no grupo IB (para os indivíduos do grupo CONT não houve diferença). Para o escore global no ASSIST, todos os subgrupos pontuados para as outras drogas apresentaram escores maiores do que os pontuados para o álcool, não atingindo significância estatística apenas os subgrupos de indivíduos com escore alto no seguimento tanto no grupo CONT como no IB.

Como esperado, na entrevista basal, os valores dos escores específicos no ASSIST para o subgrupo classificado no nível baixo de escore para o álcool foram significativamente menores do que os observados no subgrupo classificado no nível de escore alto, tanto no grupo CONT como no IB. No entanto, no seguimento, a

mesma diferença estatisticamente significativa foi observada. Para as outras drogas, de maneira geral, foi observado o mesmo perfil do álcool atingindo, como esperado, significância estatística apenas na entrevista basal do grupo IB. Cabe ressaltar que o número de pacientes pontuados para outras drogas ainda foi pequeno para atingir significância estatística. Quando se analisou os valores dos escores globais no ASSIST observou-se que apenas os indivíduos que tiveram escore baixo na entrevista basal do grupo IB, tanto os que pontuaram para o álcool como os que pontuaram para as outras drogas, tiveram escores menores estatisticamente significantes do que os observados no subgrupo classificado no nível de escore alto.

DISCUSSÃO

Na análise da eficácia da IB, quando se comparou os grupos CONT e IB, notou-se que os pacientes com escore baixo para o álcool que receberam a IB na entrevista basal diminuíram significativamente seus escores, específico e global no ASSIST, no seguimento, em relação ao grupo CONT. Esse resultado sugere que para esse subgrupo de pacientes, menos comprometidos com a droga focalizada e/ou outras, a IB foi eficaz para ajudar a reduzir o uso do álcool assim como, o uso concomitante de outras drogas.

Comparando as entrevistas basal e seguimento, notou-se que os pacientes com escore baixo para o álcool que receberam a IB, além de diminuírem significativamente seus escores específicos no ASSIST, ainda atingiram o nível abaixo da área de risco determinada pelo instrumento ASSIST, sugerindo grande eficácia da IB. Já os pacientes com escore alto para o álcool, tanto do grupo CONT como do grupo IB diminuíram significativamente seus escores específicos no ASSIST, mas mantiveram seus escores dentro da área de risco determinada pelo instrumento ASSIST. Esse resultado sugere que a detecção do problema pelo ASSIST, mesmo sem a IB, também tem certa eficácia sobre a mudança de comportamento do paciente relacionado ao consumo abusivo de álcool, tanto os menos como os mais comprometidos, pois os pacientes do grupo CONT também reduziram seus escores significativamente. Contudo, os pacientes com escore baixo no ASSIST, do grupo CONT, apesar de não apresentarem diminuição estatisticamente significativa em seus escores, pode-se considerar clinicamente significativa, sendo que os escores ficaram quase fora da área de risco. Para esses pacientes a detecção do problema também parece ter funcionado. Para as outras drogas, apesar de não atingir significância estatística, a diminuição no escore específico no ASSIST, para os pacientes com escore alto, tanto do grupo CONT como do grupo IB apresentaram significado clínico. Cabe ressaltar que o número de indivíduos com escore alto do grupo

CONT para as outras drogas foi muito pequeno ($n=3$) para substanciar uma conclusão. Mesmo assim pode-se sugerir que a detecção do problema pelo ASSIST, mesmo sem a IB, também tem certa eficácia sobre a mudança de comportamento dos pacientes mais comprometidos, relacionado ao consumo abusivo de outras drogas, pois os pacientes do grupo CONT também reduziram seus escores.

Levando em conta o escore global no ASSIST, os pacientes que pontuaram para o álcool e que receberam a IB na entrevista basal, tanto com escore baixo como com escore alto, e os pacientes que também pontuaram para o álcool com escore baixo, do grupo CONT, tiveram diminuição de escore significativa entre as entrevistas. Estas evidências juntamente com a diferença significativa entre os grupos (CONT e IB) para os pacientes menos comprometidos sugerem que a IB foi eficaz para os indivíduos menos e mais comprometidos para reduzir o uso do álcool e/ou outras drogas. Para os pacientes que pontuaram para as outras drogas, a IB pareceu ser eficaz apenas para os indivíduos mais comprometidos (escore alto grupo IB), para reduzir o uso de álcool e/ou outras drogas.

Nas comparações entre as drogas (álcool e outras drogas) os escores específicos maiores estatisticamente significantes dos pacientes que pontuaram para o álcool com escore baixo na entrevista basal, tanto do grupo CONT como do grupo IB, foi esperado, pois a área de risco, determinada pelo ASSIST, para o álcool inicia com valores mais elevados. Já os pacientes que pontuaram para o álcool com escore alto do grupo IB, tiveram escores médios menores do que os pacientes que pontuaram para as outras drogas, sugerindo que o comprometimento com outras drogas pode ser mais grave. Para o escore global no ASSIST, as comparações significantes podem ser explicadas pelo fato de que os pacientes que pontuaram para as outras drogas usam também o álcool, e ainda podem usar mais alguma substância, então se somando o escore para todas as drogas usadas, este será maior que para aqueles pacientes que só usam o álcool.

Quando se comparou os níveis de escore, os resultados obtidos na entrevista basal para os pacientes que pontuaram para o álcool foram os esperados, pois os pacientes foram alocados de acordo com seu nível de escore (alto ou baixo). No entanto, as mesmas diferenças foram observadas no seguimento e continuaram sendo estatisticamente significantes. Isto sugere que o simples *feedback* da pontuação no ASSIST causou diminuição no escore, porém os níveis de comprometimento com o álcool foram mantidos. Para as outras drogas, a ausência de mais resultados estatisticamente significantes pode ser explicada pelo número de pacientes para cada subgrupo ter sido pequeno.

Com base nos resultados se chegou à conclusão de que a IB foi eficaz para os pacientes que pontuaram para o álcool com escore baixo (menos comprometidos com a droga), para ajudar a reduzir o seu uso. Também foi

eficaz para os pacientes que pontuaram para o álcool, mas que usavam além dessa, outras drogas, menos e mais comprometidos, e para os pacientes que pontuaram para as outras drogas e usavam mais de uma, com escore alto (mais comprometidos). Para os demais subgrupos a detecção do problema pelo ASSIST, mesmo sem a IB, foi eficaz sobre a mudança de comportamento do paciente relacionado ao consumo abusivo de drogas.

Os resultados do presente trabalho quanto à eficácia da IB corroboram outros encontrados na literatura. Há mais de 100 estudos relatados, bem como um número grande de metanálises^{32, 33, 34} examinando a eficácia da IB para usuários de risco e abusivos de álcool em diferentes locais clínicos. Além de que a eficácia das IBs para usuários de risco de álcool, particularmente nos serviços de APS, tem sido sustentada por inúmeros estudos, revisões sistemáticas e meta-análises.^{18, 19, 20} Embora haja uma escassez de estudos analisando a eficácia da IB para outras drogas que não o álcool²¹, alguns resultados sugerem que a IB pode ser útil para usuários de maconha^{22, 23, 24, 25}, anfetaminas²⁷ e cocaína.^{29, 30}

Um estudo relatado por Fleming et. al.³⁵, no qual a eficácia da IB foi analisada, demonstrou que o grupo que recebeu este tratamento exibiu reduções do uso do álcool significantes após 7 dias a 48 meses no seguimento. Também relatou uma diminuição do número de episódios de intoxicação e diminuição na frequência de beber. Grossberg et al.³⁶, verificaram que em pessoas de 18-30 anos houve uma redução do consumo de álcool avaliado até 4 anos após os pacientes terem recebido a IB de 10-15 minutos. Lang et al.²², estudaram pacientes com problemas decorrentes do uso de maconha, recrutados em centros de saúde, com idade média de 29 anos. Esses pacientes receberam IB e manual de auto-ajuda. Foi observado que metade dos participantes do estudo reduziu substancialmente a frequência, assim como a quantidade de uso de maconha. Os pesquisadores concluíram que este trabalho produziu alguns resultados extremamente positivos, mostrando ser promissor o desenvolvimento e uso de intervenções breves nesses ambientes clínicos. Baker et al.²⁷, estudaram usuários regulares de anfetaminas, entre os quais havia alguns usuários de várias drogas, com idade média de 30,57 a 32,79 anos. Com este estudo demonstraram que houve uma redução do uso de anfetaminas clinicamente significativa, e que houve abstinência estatisticamente significativa por parte dos pacientes que receberam IB e material de auto-ajuda, concluindo a eficácia da intervenção.

Por outro lado, como também verificado no presente trabalho, outros estudos sustentam que a detecção do problema do paciente com a droga, mesmo sem a IB, já é o suficiente para ajudar pacientes a reduzirem seu uso da droga. Os resultados do estudo de Wutzke et al.³⁷, mostraram evidências substanciais para a eficácia das IBs de tempo curto. Simples aconselhamento, devolutiva personalizada e informações gerais via 5 minutos de IB foi mais

eficaz que sessões mais longas, concordando com os estudos de Drummond et al.³⁸ e Heather et al.³⁹ Entretanto não foram encontrados estudos que examinassem a eficácia da IB considerando o nível de comprometimento do paciente com a droga e o uso de drogas lícitas e ilícitas, como analisados no presente estudo.

Cabe mencionar que o procedimento de detecção seguido por intervenção breve no presente estudo, foi 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. De qualquer maneira, faz-se necessária a avaliação desse procedimento na prática clínica rotineira pelos próprios profissionais da saúde. Aalto et al.⁴⁰ fizeram um estudo em um ambiente de rotina, onde a detecção de pacientes com problemas pelo uso do álcool e a IB eram realizadas pelos profissionais de saúde. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os resultados do grupo IB e do grupo CONT, mas clinicamente significativa. Foi concluído que as atitudes negativas dos profissionais com os pacientes podem ter sido responsáveis por esse resultado.

No presente estudo, a ocorrência de altos índices de casos positivos detectados pelo ASSIST (16,2%) suporta a idéia da relevância da detecção precoce dos problemas associados ao uso de risco e abusivo de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. Comparando os dados do presente trabalho aos índices de prevalência encontrados para a região Sul no I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil ⁴¹ realizado em 2001, pode-se observar que o índice de uso na vida para todas as drogas, exceto para opiáceos, foi maior na amostra estudada, a qual é formada por indivíduos da população que freqüentam os serviços de APS. Por exemplo, o índice de uso na vida de álcool na população em geral na região sul com idade entre 12 e 65 anos foi de 68,7% e de tabaco foi de 44,1%, e o índice encontrado no presente estudo através do ASSIST, em pessoas que procuram a APS com idade entre 18 e 50 anos, foi de 94% para álcool e 70% para tabaco. Para as outras drogas, exceto álcool e tabaco, 56,6% dos indivíduos relataram ter feito o uso na vida de alguma droga, enquanto que no levantamento domiciliar na região sul o índice encontrado foi de 19,4%. Esses dados sugerem que o uso de drogas entre os indivíduos que procuram a APS por algum problema de saúde pode ser maior do que os observados na população em geral, e que acarretariam maior quantidade de problemas de saúde. Para ilustrar, segundo o Boletim Epidemiológico de Curitiba ⁴² referente ao ano de 2003, a doença alcoólica do fígado está em 2° lugar entre as causas de morte para as faixas etárias entre 35-44 e 45-54 anos, ocupando os primeiros lugares para essas faixas etárias, respectivamente, a morte por agressões por arma de fogo e o infarto agudo do miocárdio. Entre todas as causas de morte relatadas nesse boletim a doença alcoólica do fígado ocupa o 13° lugar, considerando todas as

faixas etárias. É importante destacar também que as principais causas de morte descritas em Curitiba no ano de 2003 foram: infarto agudo do miocárdio (1^a), disparo com arma de fogo (2^a) e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (3^a) e que podem ser direta ou indiretamente resultantes do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Essas observações são suficientes para justificar o emprego da detecção precoce pelo ASSIST nos serviços de atenção primária à saúde, além de que já foi demonstrado em um estudo do grupo WHO-ASSIST ⁶ com os dados do Brasil, que o instrumento ASSIST possui 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%) e juntamente com a IB, está sendo mostrada a sua eficácia no presente estudo, sugerindo sua utilidade na detecção do uso abusivo de álcool e outras substâncias psicotrópicas.

A taxa de abandono do estudo foi diferente entre os subgrupos, sendo que para todos, as tentativas de retorno foram as mesmas tanto em número de tentativas como no empenho para contatá-los. Uma medida tomada a fim de maximizar a aderência dos pacientes à pesquisa foi fazer o seguimento (reaplicação do instrumento ASSIST) por telefone. Lang et al.²² relataram que um ponto de destaque de seu estudo foi o contato com os pacientes em dias de semana à noite por telefone, o que garantiu a participação deles no seguimento após 1 e 3 meses. Os pacientes que mais abandonaram o estudo foram os pontuados com escore alto (31,6%), sugerindo que o maior comprometimento com a droga e/ou a existência de uma única sessão de IB após a detecção do problema, possa ter sido insuficiente para influenciar a adesão do paciente. Talvez um número maior de sessões de IB pudesse ter sido mais eficaz na mudança de comportamento dos pacientes mais comprometidos com a droga. Esse fato é sustentado por alguns estudos existentes na literatura como, por exemplo, POIKOLAINEN ⁴³, o qual sugere que várias sessões de IB e ainda mais longas podem ter mais efeito que IB muito breves com uma única sessão. Esta sugestão também foi proposta por Mendes et al.⁴⁴ (encaminhado para publicação) quando da análise das opiniões dos pacientes sobre a sessão de IB.

Em relação às características sócio-demográficas, Desai et al.⁴⁵ verificaram que jovens solteiros e incapacitados fisicamente são potencialmente mais vulneráveis para problemas com álcool. Vários estudos têm confirmado a existência de uma forte relação entre o consumo de álcool e o estado civil dos indivíduos.^{46, 47} Estudos com amostras representativas populacionais indicam que pessoas casadas bebem menos que pessoas que nunca se casaram e pessoas divorciadas.^{48, 49, 50} Não foram encontrados na literatura estudos das características sócio-demográficas considerando o grau de comprometimento do paciente com a droga, nem com o uso das outras

drogas. No presente estudo foi observado um maior número de indivíduos solteiros que usam álcool e as outras drogas de modo abusivo, do que casados ou separados, concordando com essas evidências apresentadas.

Quando se agrupou os pacientes de acordo com o tipo de droga pontuada no ASSIST, pode-se observar que entre os indivíduos que pontuaram para as outras drogas tiveram menos católicos e mais indivíduos que relataram ter outra religião ou não ter nenhuma, porém a participação deles em atividades religiosas não os afastou do uso inadequado de álcool e outras drogas.

Houve limitações que podem ter afetado os resultados deste estudo: tamanho da amostra insuficiente³³, devido à falta de ajuda dos profissionais de saúde na detecção de pacientes com uso abusivo de substâncias; provável falta de sinceridade por parte de alguns pacientes em responder o instrumento ASSIST; falta de diagnóstico de outros transtornos psiquiátricos como, por exemplo, depressão ou ansiedade, o que podem contribuir para o uso de substâncias e influenciar nos resultados e tratamentos⁵¹; e o fato de ser a mesma pessoa que aplicava o instrumento ASSIST e a IB, o paciente pode ter dado respostas positivas para agradar o pesquisador, já que na maioria dos casos houve grande empatia entre pesquisador e paciente.

CONCLUSÃO

Uma sessão de IB de no máximo 15 minutos acoplada à detecção pelo ASSIST foi eficaz para ajudar indivíduos menos comprometidos com o álcool a diminuir seu uso, em serviços de APS, assim como para os indivíduos mais comprometidos com as outras drogas (maconha, cocaína e anfetaminas). Para os indivíduos mais comprometidos com o álcool e menos comprometidos com as outras drogas, a detecção do uso de risco e problemas relacionados parece ter sido tão eficaz quanto à sessão de IB para auxiliar na redução do uso da droga.

AGRADECIMENTOS

A todos os funcionários e autoridades sanitárias das Unidades de Saúde envolvidas que de alguma forma auxiliaram na execução do trabalho. Aos estagiários pela coleta de dados: Dacol, S.H.; Correia, L.L.; Ferreira, L.; Giacomet, F.S.; Oliveira, V.M.R.; Serafini, K.D.; Bueno, L.; Schebelski, D.J.; Zugman, A.; Reque Junior, M.; Kotinda, J.P.; Teixeira, L.M.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization, Environmental Health Technology and Support. Geneva 1981; 280 p
2. Humeniuk R, Poznyak V. ASSIST Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde: Versão preliminar 1.1 / Rachel Humeniuk; Vladimir Poznyak; tradução Telmo Mota Ronzani; supervisão da tradução Maria Lucia O. Souza Formigoni, Roseli Boemgen de Lacerda; revisão Úrsula Bueno do Prado Guirro. São Paulo: OMS 2004; 60p
3. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento de uso de drogas psicotrópicas em estudantes brasileiros - 1997. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo 1997
4. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country-2001. *Addict Behav* 2005; 30(3):545-56.
5. United Nations International Drug Control Program – 1997. World Drug Report. New York: Oxford University Press 1997
6. WHO Assist Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002; 97: 1183 – 1194
7. Formigoni MLOS. A Intervenção Breve na Dependência de Drogas. A Experiência Brasileira. São Paulo: Contexto 1992
8. Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. *Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine*. Philadelphia: Saunders 1996
9. Rubin RH. *Medicine in Primary Care Approach*. Philadelphia: Saunders 1996
10. Berlinguer G. Ética da prevenção. Em: *Ética da saúde*. 1.ed. São Paulo: Hucitec 1996
11. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care. 2.ed. WHO/MSD/MSB/01.6, World Health Organization, Geneva, 2001
12. Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Farmacologia*. São Paulo: Lemos 2000
13. Ribeiro MS, Teixeira LS, Alves MJM, Ronzani TM. A utilidade de escalas derivadas de instrumento de avaliação de personalidade na identificação do uso disfuncional de substâncias psicoativas. *HU-Rev* 2002; 26(2/3): 253-258
14. Masur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE, Alcoholism Screening Test in Brazilian Psychiatric Inpatient Setting. *Braz J Med Biol* 1983; 16: 215 – 218

15. Jorge MR, Masur J. Questionários Padronizados para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. *J Bras Psiquiatria* 1986; 35: 287 – 292
16. Méndez, E. B. Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999
17. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction* 2003; 98: 799 – 804
18. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Acad Emerg Med* 2002; 9: 627– 638
19. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2001; 97: 279 – 292
20. Whitlock EP, Pólen MR, Green CA. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Int Med* 2004; 140: 557 – 568
21. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96: 1725 – 1742
22. Lang E, Engeland M, Brook T. Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19: 111 – 116
23. Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(5): 898 – 908
24. Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2001; 21: 55 – 64
25. Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27: 197 – 213
26. Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 408 – 412
27. Baker A, Boggs TG, Lewin TJ. Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction* 2001; 96: 1279 – 1287
28. Saunders B, Wilkinson C, Phillips M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction* 1995; 90: 415 – 424

29. Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77: 49 – 59
30. Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM, Grabowski J. Motivational Interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(5): 858 – 862
31. 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(2)
32. 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: 247-283
33. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and nontreatment-seeking populations. *Addiction* 2002; 97: 279 – 292
34. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, González-Pinto A. Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analyses. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28: 608 – 618
35. 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 Clin Exp Res* 2002; 26: 36-43
36. Grossberg PM, Brown DD, Fleming MF. Brief physician advice for high-risk drinking among young adults. *Ann Fam Med* 2004; 2: 474-80
37. Wutzke SE, Conigrave KM, Saunders JB, Hall WD. The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction* 2002; 97: 665 – 675
38. Drummond DC, Thom B, Brown C, Edwards G, Mullan MJ. Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers. *Lancet* 1990; 336: 915 – 918
39. Heather N, Rollnick S, Bell A, Richmond R. Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug Alcohol Rev* 1996; 15: 29 – 38
40. Aalto M, Seppä K, Mattila P, Mustonen H, Ruuth K et al. Brief Intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a three-year randomized controlled study. *Alcohol Alcohol* 2001b; 36 (3): 224 – 230
41. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo S A. I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. CEBRID/ SENAD 2002
42. Boletim Epidemiológico De Curitiba. SMS 2005; Ano XIV (1): 1-8

43. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care patients: a meta analysis. *Prev Med* 1999; 28: 503 – 509
44. Mendes ACJ, Oliveira RT, Formigoni MLOS, Lacerda RB. Análise da sessão de intervenção breve aplicada após a detecção precoce pelo ASSIST-OMS em usuários de risco/abuso de álcool, maconha, cocaína e anfetaminas na atenção primária à saúde em dois municípios do Paraná. Enviado para publicação na Revista da Associação Médica Brasileira.
45. Desai MM, Rosenheck RA, Craig TJ. Screening for alcohol use disorders among medical outpatients: the influence of individual and facility characteristics. *Am J Psychol* 2005; 162: 1521-26
46. Fu H, Goldman N. Incorporating health into models of marriage choice: Demographic and sociological perspectives. *J Marriage Fam* 1996; 58: 740–58
47. Power C, Rodgers B, Hope S. Heavy alcohol consumption and marital status: Disentangling the relationship in a national study of young adults. *Addiction* 1999; 94(10): 1477–87
48. Celentano DD, McQueen DV. Alcohol consumption patterns among women in Baltimore. *J Stud Alcohol* 1984; 45(4): 355–8
49. Hanna EZ, Faden VB, Harford TC. Marriage: does it protect young women from alcoholism? *J Subst Abuse Treat* 1993; 5: 1–14
50. Leino EV, Ager CR, Fillmore KM, Johnson BM. A meta-analysis of multiple longitudinal studies from the collaborative alcohol-related longitudinal project. *Am J Addict* 1995; 4: 141–9
51. Easton C, Swan S, Sinha R. Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19: 1 – 5

Legenda das Figuras

Figura 1 – Eficácia da IB avaliada pelo escore específico no ASSIST. Média \pm erro padrão dos escores específicos no ASSIST na entrevista basal e no seguimento para os pacientes dos grupos CONT e IB com nível de escore baixo e alto para o álcool (superior) e as outras drogas (inferior). Os símbolos representam diferenças significantes: * do grupo CONT; # da entrevista basal; + do nível alto; ° entre álcool e outras drogas. (ANOVA 3 vias, seguida pelo teste “t” de Student, $p \leq 0,05$).

Figura 2 – Eficácia da IB avaliada pelo escore global no ASSIST. Média \pm erro padrão dos escores globais no ASSIST na entrevista basal e no seguimento para os pacientes dos grupos CONT e IB com nível de escore baixo e alto para o álcool (superior) e as outras drogas (inferior). Os símbolos representam diferenças significantes: * do grupo CONT; # da entrevista basal; + do nível alto; ° entre álcool e outras drogas. (ANOVA 3 vias, seguida pelo teste “t” de Student, $p \leq 0,05$).

Tabela 1 – Porcentagem de indivíduos de acordo com uso na vida, uso nos últimos três meses, uso de risco/abuso e dependente para as diferentes drogas.

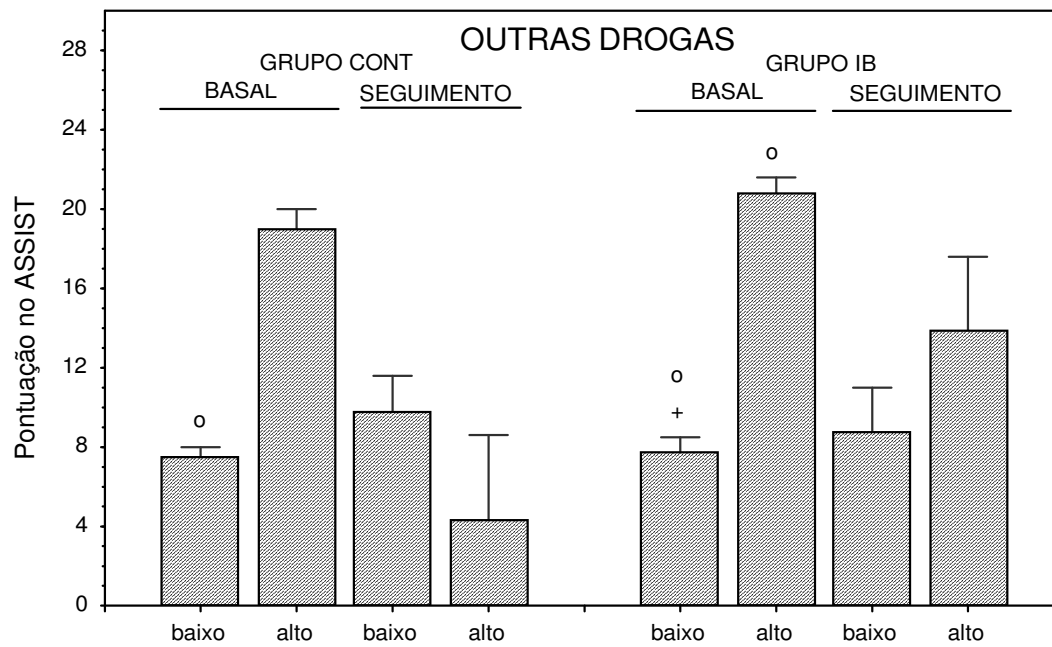
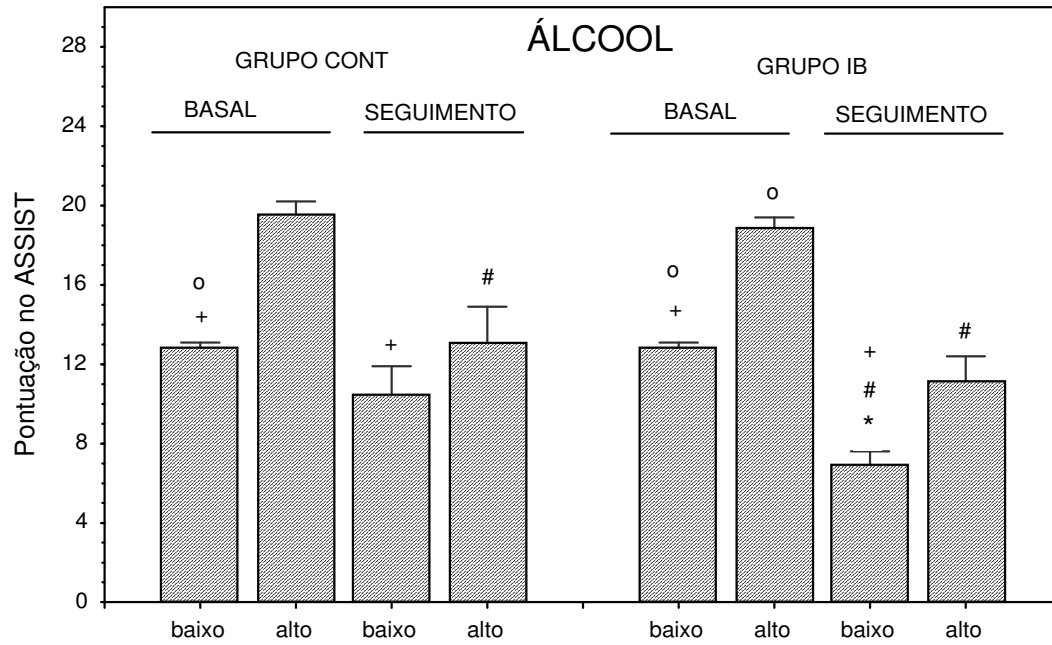
	Tabaco#	Álcool	Maconha	Cocaína	Anfetaminas	Outras classes *
Uso na vida	70	94	22	9,6	6	19
Homens	74	97	33	16	8	25
Mulheres	67	92	13	5	5	13
Uso nos 3 meses	35	65	5	1	1	1,5
Homens	40	71	9	2	1,5	1,2
Mulheres	31	60	1	0,3	0,8	1,7
Uso de risco/ abuso	15,9	15	6,2	1,4	0,9	1,4
Homens	18,6	20	8,6	2,9	0,8	1,5
Mulheres	14,1	9	1,7	0,3	0,9	1,4
Dependente	20,5	1,6	0,5	0,6	0	0,2
Homens	22,8	2,7	1,3	1,3	0	0
Mulheres	18,6	0,9	0	0,2	0	0,3

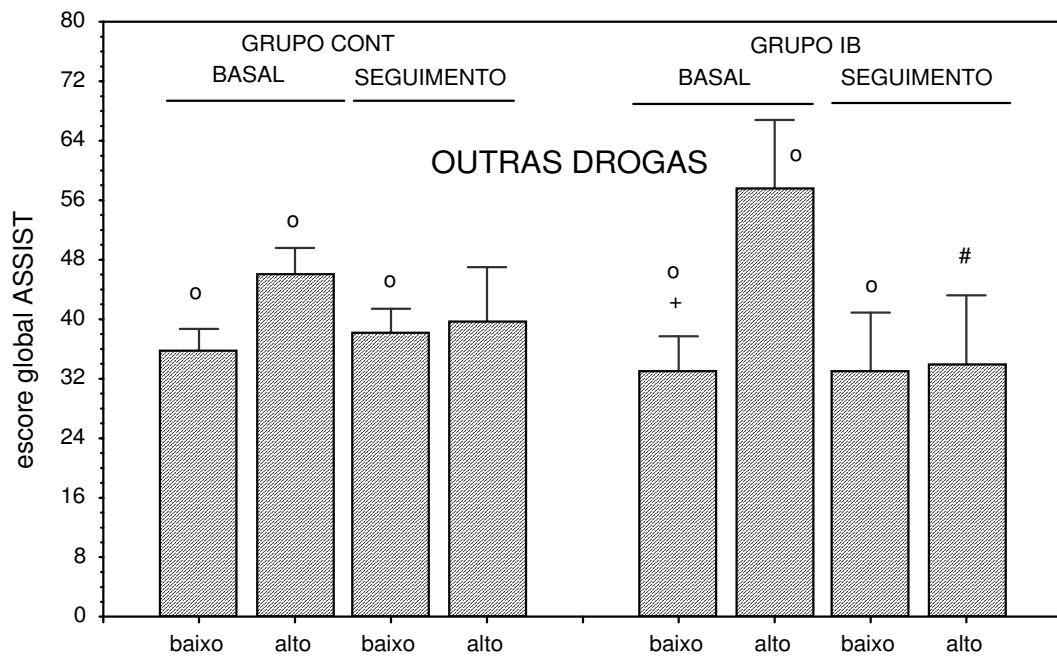
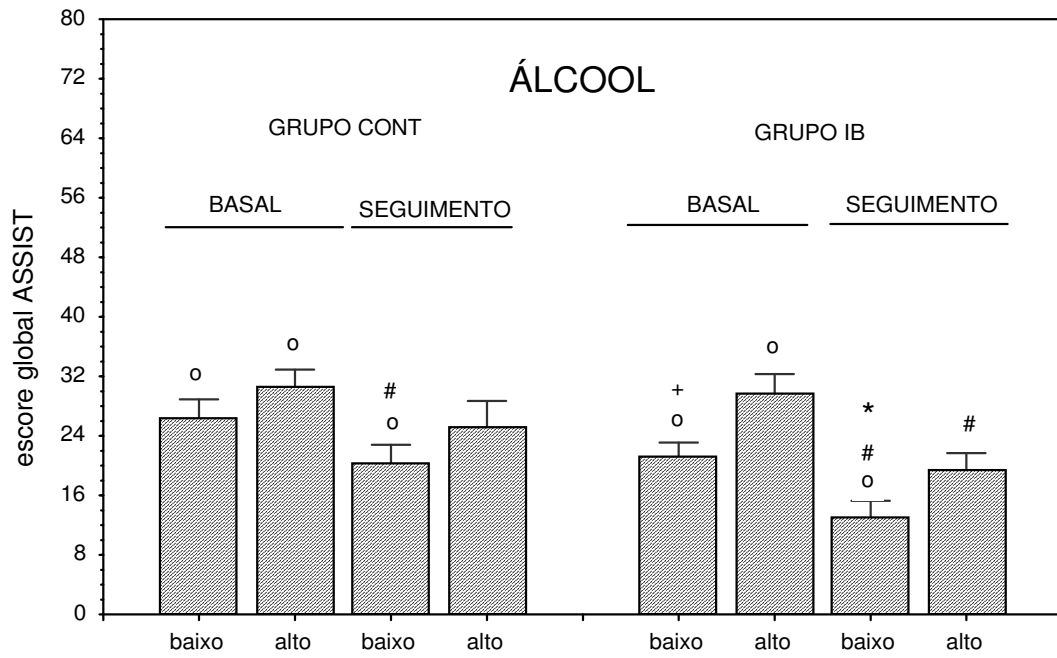
* outras classes incluem o uso de sedativos, opióides, inalantes, alucinógenos e outras substâncias; # para o tabaco a pontuação de risco/abuso considerada foi de 4 a 18 e para dependência acima de 19, uma vez que para essa droga a questão número 5 do ASSIST não era perguntada.

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos de acordo com idade, gênero, raça, estado civil, religião, se estava empregado, se estava estudando e o tempo de estudo até o momento da entrevista, para os grupos CONT e IB e subgrupos álcool e outras drogas ou nível de escore dos pacientes.

	CONT	IB	ÁLCOOL	OUTRAS DROGAS	ESCORE BAIXO	ESCORE ALTO
	N=69	N=71	N=95	N=45	N=83	N=57
Gênero						
Masculino	40	51	58	33	55	36
Feminino	29	20	37	12	28	21
Estado civil						
Casado	23	26	37	12	24	25
Separado	2	7	7	2	4	5
Viúvo	1	1	0	2	2	0
Solteiro	42	37	50	29	53 ^b	26 ^b
Não informou	1		1			1
Religião						
Católica	37	46	69 ^a	14 ^a	45	38
Protestante	4	3	3	4	4	3
Outra	15	7	9 ^a	13 ^a	16	6
Nenhuma	12	15	13 ^a	14 ^a	18	9
Não informou	1		1			1
Raça						
Branco	54	59	75	38	69	44
Negro	5	0	5	0	2	3
Mulato	7	7	10	4	7	7
Outra	2	4	4	2	4	2
Não informou	1	1	1	1	1	1
Empregado						
Sim	43	50	68	25	54	39
Não	25	21	26	20	29	17
Não informou	1		1			1
Estudando						
Sim	14	18	23	9	18	14
Não	54	53	71	36	65	42
Não informou	1		1			1
Tempo de estudo (média±dp)	11±4,5	10 ± 3,9	11±4,2	11±4,3	11±4,1	10±4,3
Idade (média±dp)	29±8,1	28±7,1	28±7,2	28±8,6	28±7,8	28±7,3

^a diferença significativa entre os subgrupos álcool e outras drogas; ^b diferença significativa entre os subgrupos nível baixo e alto (teste do qui-quadrado, $p \leq 0,05$)





ANEXO 1

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, Alcool e outras Drogas-

HÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	SERVIÇO	<input type="text"/>
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	<input type="text"/>	DATA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HORA INICIAL	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	(HORÁRIO EM 24 HORAS)	

INTRODUÇÃO A SER LIDA PARA O PARTICIPANTE

ATENÇÃO: ANTES DE FAZER AS PERGUNTAS, DÊ O CARTÃO DE RESPOSTA DO ASSIST A O 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, vermutes, caninha, rum tequila, gin)	0	3
c. maconha (baseado, erva, lãmba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, panço, manga-rosa, massa, hash, skank, etc)	0	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brião)	0	3
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, modeme, MDMA)	0	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loió)	0	3
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	3
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mes calina, 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.

última alteração novembro de 2003

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, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	2	3	4	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, briho)	0	2	3	4	6
e. estimulantes como a Anfetaminas (polinhas, rebites, anfetamina, modafinil, MDMA)	0	2	3	4	6
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, thinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lojó)	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-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	2	3	4	6
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína e lixir, 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.

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
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	3	4	5	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, briho)	0	3	4	5	6
e. estimulantes como a Anfetaminas (polinhas, rebites, anfetamina, modafinil, MDMA)	0	3	4	5	6
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, thinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lojó)	0	3	4	5	6
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	3	4	5	6
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	3	4	5	6
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína e lixir, metadona)	0	3	4	5	6
j. Outras – especificar:	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, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	4	5	6	7
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, baquilha, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, briho)	0	4	5	6	7
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, modafinil, 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 lojó)	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, mesalina, peiete, 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, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	5	6	7	8
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, baquilha, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, briho)	0	5	6	7	8
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, modafinil, 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 lojó)	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, mesalina, peiete, 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

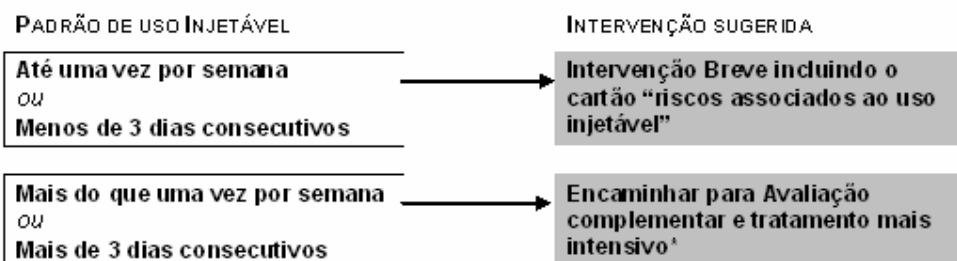
FAÇA AS QUESTÕES 6 E 7 PARA TODAS AS SUBSTÂNCIAS JÁ USADAS NA VIDA (MENCIONADAS NA QUESTÃO 1)

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 alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga visque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, nato, 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. e estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	6	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmaque, corretivo, verniz, thinner, 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 alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga visque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, nato, 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. e estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	6	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmaque, corretivo, verniz, thinner, 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

NOTAÇÃO: 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.



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**

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

	<i>Anotar a pontuação para cada droga</i>	<i>Nenhuma intervenção</i>	<i>Intervenção Breve</i>	<i>Encaminhar para tratamento mais intensivo</i>
<i>Tabaco</i>		0-3	4-26	27 ou mais
<i>Alcool</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 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.

4.2 TRABALHO ENCAMINHADO PARA ANÁLISE DOS AUTORES:

**ANÁLISE DA SESSÃO DE INTERVENÇÃO BREVE APLICADA APÓS A DETECÇÃO PRECOCE PELO ASSIST-
OMS EM USUÁRIOS DE RISCO/ABUSO DE ÁLCOOL, MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ**

ANÁLISE DA SESSÃO DE INTERVENÇÃO BREVE APLICADA APÓS A DETECÇÃO PRECOCE PELO ASSIST-OMS EM USUÁRIOS DE RISCO/ABUSO DE ÁLCOOL, MACONHA, COCAÍNA E ANFETAMINAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

Analysis of a Brief Intervention session applied after early screening through ASSIST-WHO in hazardous and harmful alcohol, cannabis, cocaine and amphetamines' users in primary health care in two cities of Parana

Adriane Cristina Janiszewski Mendes^{1,4}, Renata Thives de Oliveira^{2,4}, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni³, Roseli Boerngen de Lacerda¹

¹ Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Jardim das Américas, Curitiba, Paraná, CEP 81531-990 Brasil; ² Centro Universitário Diocesano do Sudoeste do Paraná (UNICS); ³ Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); ⁴ Mestrandas do Curso de Pós Graduação em Farmacologia do Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Paraná

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).

#Este trabalho foi baseado em dados e experiência obtidos durante a participação dos pesquisadores na Fase III do Projeto ASSIST-OMS sobre a Identificação e Manejo do Abuso de Substâncias na Atenção Primária à Saúde, coordenado e financiado pela Organização Mundial da Saúde e implementado pelo Grupo de Trabalho da Fase III do Projeto ASSIST-OMS, que inclui:

Vladimir Poznyak ¹, Robert Ali ², Rachel Humeniuk ², Thomas Babor ³, Janice Vendetti ³, Bonnie McRee ³, Maria Lucia Formigoni ⁴, Roseli Boerngen de Lacerda ⁵, Walter Ling ⁶, Sara Simon ⁶, Hemraj Pal ⁷.

¹Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization; ²Drug and Alcohol Services South Australia, Adelaide, Australia; Department of Community Medicine, ³University of Connecticut Health Center, Farmington, CT, USA; ⁴ Universidade Federal de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil; ⁵ Department of Pharmacology, Federal University of Parana Curitiba, Brazil; ⁶ Los Angeles Addiction Treatment Research Centre, UCLA, USA; ⁷ Department of Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences, India.

TÍTULO RESUMIDO: INTERVENÇÃO BREVE PARA DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

RESUMO

Objetivo: A Organização Mundial da Saúde desenvolveu e validou o ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) para detectar uso de risco/abuso de drogas. Possui 8 questões de fácil aplicação, rápido e de baixo custo. Pode ser associado à Intervenção Breve (IB), uma orientação (5 a 30 minutos) para reduzir o uso de drogas. Foi analisado qual o aspecto da sessão de IB associada ao ASSIST foi relevante para a mudança de comportamento do usuário de risco/abuso de drogas na Atenção Primária à Saúde (APS).

Métodos: Dos 1188 entrevistados, homens e mulheres (18-50 anos), em APS de Curitiba e Palmas, 71 pontuados no ASSIST receberam IB logo após o ASSIST. No seguimento, após reaplicar o ASSIST, responderam um formulário para verificar a influência da sessão de IB no seu comportamento de saúde. Foram feitas análises objetivas e de conteúdo para se avaliar essa influência.

Resultados: Pacientes mais envolvidos na sessão de IB relataram maior influência desta, porém não reduziram o uso de droga. O escore do ASSIST reduziu no seguimento para os pacientes em geral, mantendo-se o seu nível de comprometimento. Para os mais comprometidos com a droga, houve mudança de fase (pré-contemplação - contemplação). Na opinião dos pacientes, o mais relevante da sessão de IB foram as informações recebidas sobre as drogas e sobre o seu grau de comprometimento com estas.

Conclusão: Uma sessão de IB associada ao ASSIST influenciou o comportamento de saúde de pacientes da APS com uso de risco/abuso de drogas.

ABSTRACT

Aim: World Health Organization developed and validated the ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) to detect harmful and hazardous drug users. It consists on 8 questions easy, quick and cheap to apply. It could be combined to a brief intervention (BI) session (5 to 30 minutes), to advice people how to reduce drug use. The most relevant aspect of the BI session in changing the health-related behavior in harmful and hazardous drug users was analyzed in patients from primary health care (PHC) settings.

Methods: From the 1188 interviewed patients, men and women (18-50 years old), in PHC of Curitiba and Palmas, 71 scored in ASSIST received BI immediately after the ASSIST. In the follow-up interview, after the ASSIST re-application, they answered a questionnaire to verify the influence of the BI session in their health-related behavior. Objective and content analysis were done in order to evaluate this influence.

Results: The patients most engaged in the BI session reported the highest influence of the BI, but their ASSIST score did not reduce significantly. For patients in general, the ASSIST score was reduced in the follow-up, despite the maintenance of their score level. High scored patients changed from pre-contemplation to contemplation stage. Their opinion about BI session revealed that the most relevant aspect was "advice" about drug effects and "feedback" from ASSIST showing their drug commitment.

Conclusion: One BI session combined to ASSIST influenced the health-related behavior of the harmful and hazardous drug users detected by ASSIST in PHC settings.

INTRODUÇÃO

A utilização de substâncias psicotrópicas pelo homem apresenta, desde a pré-história, valores e simbolismos específicos, que variam de acordo com o contexto histórico cultural ¹, mas o uso de drogas pode evoluir para um quadro de intoxicação aguda, uso contínuo com problemas (abuso) ou dependência.²

Estudos epidemiológicos têm detectado índices de uso de drogas cada vez maiores nos últimos anos, tanto no Brasil ^{3,4}, como em outras regiões do mundo.^{5,6} Existem evidências de que o uso de drogas está associado a problemas de saúde pública. Uso de drogas está entre os 20 maiores fatores de risco de problemas de saúde identificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Estima-se que tabaco, álcool e drogas ilícitas sejam responsáveis, respectivamente, por 9,0, 3,2 e 0,4% de todas as mortes e por 4,1, 4,0 e 0,8% da carga global de doenças, esta medida pelos anos de vida ajustado por incapacidade (AVAI). Existe uma tendência crescente das pessoas usarem múltiplas substâncias juntas ou em épocas diferentes, o que aumenta ainda mais os riscos.⁷

Em geral, os usuários de substâncias psicotrópicas procuram os serviços especializados já em uma fase muito grave do transtorno ⁸, assim a detecção precoce do uso dessas substâncias e suas conseqüências, tem sido de grande importância para se fazer uma intervenção nas fases iniciais do problema, melhorando muito o prognóstico, podendo trazer benefícios não só para a saúde das pessoas, mas também economizar gastos do setor de saúde.^{6,9,10,11}

A partir de tais constatações, tem-se observado um crescente número de pesquisas em relação ao desenvolvimento de instrumentos de detecção válidos, confiáveis e de baixo custo para a realização de ações preventivas.^{12,13,14,15,16,17,18,19,20} Existem alguns instrumentos já validados no Brasil para triagem, como o CAGE para dependência de álcool ²¹ e o AUDIT para problemas relacionados ao álcool ^{22,23}, ou para avaliar a gravidade de sua dependência, como o SADD e o ADS.²⁴

Para detecção do uso abusivo e da dependência do álcool e de outras substâncias, a OMS e um grupo internacional de pesquisadores desenvolveram em 1997 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.⁶

O ASSIST pode ser associado a uma Intervenção Breve (IB), que consiste em uma orientação baseada na entrevista motivacional, com duração de 5 a 30 minutos, para ajudar usuários de risco a diminuir ou parar seu uso de drogas. Esse instrumento é direcionado principalmente aos profissionais que trabalham em locais de Atenção Primária à Saúde (APS), para o uso em suas rotinas de trabalho, onde acontece o primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, possibilitando maiores chances de detecção do uso abusivo de drogas.²

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.²⁵ Resta saber qual a influência da sessão de IB sobre o comportamento de saúde e qual aspecto em particular da sessão de IB seria mais importante para os pacientes em risco, considerando o tipo de droga usada e o nível de comprometimento do paciente com a droga. Assim, este trabalho teve como objetivo principal a análise da sessão de IB aplicada após a detecção pelo ASSIST de usuários abusivos de drogas, especificamente álcool, maconha, cocaína e anfetaminas, em serviços de APS.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em nove Unidades Básicas de Saúde e em uma Unidade de Saúde 24 horas de Curitiba, voluntárias e definidas em negociação com representantes da Prefeitura Municipal dessa cidade, e no Hospital São José de Palmas – PR. As Unidades de Saúde de Curitiba que participaram do estudo representavam cada uma das regionais de saúde da cidade: US Bacacheri, US Camargo, US Moradas da Ordem, US Nova Orleans, US Ouvidor Pardinho, US Parigot de Souza, US Trindade, US Vila Clarice, US Waldemar Monastier e US Boa Vista (24 horas). Foram considerados critérios de inclusão: idade entre 18 e 50 anos; ser alfabetizado; concordar em participar do estudo e assinar um termo de consentimento informado; não ter comprometimento cognitivo ou disfunção mental aparente; não ter sido tratado para o uso de álcool ou outras drogas no mês que antecedeu a primeira entrevista da pesquisa; fornecer detalhes para ser contactado e de mais três pessoas; estar disponível para a entrevista de seguimento após três meses; estar fisicamente bem para poder participar; não ter problemas de comportamento grave aparentes; não ter tendência à violência ou comportamento agressivo aparentes; não estar intoxicado ou em síndrome de abstinência de álcool ou drogas; não ter sido preso ou impedido de se locomover nos últimos três meses; ter endereço fixo. 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. Duas pesquisadoras, mestrandas, e estagiários, estudantes de graduação, foram treinados para a aplicação do ASSIST e da IB. Esse treinamento consistiu em uma entrevista simulada entre os pesquisadores. A entrevista, incluindo a sessão de IB durou em média 30 minutos. Os seguintes instrumentos e formulários foram aplicados pelo entrevistador:

Registro de participação (1) - formulário no qual constavam o número de identificação do pesquisador, data, nome da Unidade de Saúde, sexo e ano de nascimento do paciente, e a data do seguimento. Era preenchido mesmo que o indivíduo não aceitasse participar do estudo, a fim de se levantar o número total de indivíduos convidados a participar.

ASSIST (anexo 1) - instrumento estruturado de detecção contendo 8 questões sobre o uso de 9 classes de substâncias psicotrópicas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos) que foi aplicado na entrevista basal e reaplicado no seguimento, 3 meses após a entrevista basal, pelo pesquisador ao paciente. As questões abordaram a frequência de uso, na vida (Q.1) e nos últimos 3 meses (Q.2), compulsão por usar a substância (Q.3), problemas relacionados ao uso (Q.4), prejuízo na execução de tarefas esperadas (Q.5), preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário (Q.6), tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso (Q.7) e uso por via injetável (Q.8). Cada resposta correspondia a um escore, que variava de 0 a 8, sendo que a somatória total obtida no ASSIST para cada droga, considerando as questões 2 a 7, podia variar de 0 a 39 (com exceção do tabaco que podia variar de 0 a 31, pois a questão número 5 não era considerada). Para o álcool, considerou-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 maior ou igual a 27 como sugestiva de dependência. Para as outras drogas, as faixas de escore correspondentes foram: 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 **formulário de consentimento de participação (2)** e receberam um **formulário de informação ao participante (3)** no qual constavam informações sobre a pesquisa e a garantia de anonimato.

Formulário de localização e registro de seguimento (4) – para registro do endereço e telefone do paciente e de mais dois parentes ou amigos para a realização de novo contato após três meses. Foi arquivado para manter sigilo.

Formulário do Perfil Sócio-Demográfico (5) – para coleta das variáveis sócio-demográficas, incluindo idade, estado civil, religião, raça, situação ocupacional e educacional.

Formulário de registro da sessão de IB (6) – continha informações do escore atingido no ASSIST pelo paciente para cada droga, para qual droga a IB foi focalizada, da duração da IB, dos materiais fornecidos ao paciente (manual de auto-ajuda e informações sobre as outras drogas na forma de *folders*) e da avaliação pelo entrevistador sobre o grau de envolvimento do paciente na sessão de IB. Esse grau podia variar de 0 a 42, um valor alto indicava um grande envolvimento na sessão de IB e grande probabilidade de mudança positiva. Este formulário era preenchido após a IB aplicada ao paciente.

Formulário de avaliação da IB e seguimento (7) – continha perguntas objetivas e descritivas feitas pelo entrevistador relativas à sessão de IB, fornecendo uma avaliação da IB pelo paciente. As perguntas objetivas avaliavam a influência que a sessão de IB teve em seu comportamento de saúde (questão a), na sua redução do uso da droga (questão b) e no quanto leu do manual de auto-ajuda recebido na sessão de IB (questão c). Era solicitado ao paciente que ele atribuísse um valor de 1 a 5 para cada pergunta, sendo que o valor 1 significava, para as questões a, b e c, respectivamente, que a IB não teve influência sobre o comportamento de saúde do paciente, que o paciente não reduziu seu uso da droga e que não leu o manual. Quando o paciente atribuía valores acima de 2 para essas questões a, b e c, o extremo inferior (valor 2) significava, respectivamente, pouca influência da IB em seu comportamento de saúde, pouca redução do uso da droga e ter lido pouco o manual, enquanto que o outro extremo (valor 5) significava influência total da IB, ter parado o uso completamente e ter lido o manual inteiro. Através das questões descritivas, o entrevistador relatava as respostas do paciente sobre: o objetivo da entrevista basal (incluindo a sessão de IB), a influência da IB no seu comportamento de saúde e qual aspecto da IB em particular influenciou seu comportamento de saúde.

Procedimento - cada pesquisador ou estagiário abordava os indivíduos que estavam nas Unidades de Saúde, procurando consulta ou acompanhando alguém e caso preenchessem os critérios de inclusão no estudo, era perguntado se a pessoa aceitaria fazer parte de uma pesquisa sobre saúde. Quando o indivíduo aceitava participar, era conduzido a um local com privacidade para a aplicação do instrumento ASSIST. Depois de aplicado o ASSIST, se o indivíduo obtivesse escore abaixo do necessário para incluí-lo no estudo (0 a 10 para o álcool e 0 a 3 para as outras drogas), era dispensado após receber informações gerais sobre os possíveis riscos do uso inadequado de álcool e outras drogas, sendo seus dados arquivados. Se o escore estivesse acima do necessário (27 ou mais), era sugestivo de dependência e o paciente era encaminhado para equipe especializada em dependência de drogas. Porém, se seu escore ficasse entre 11 e 26 para o álcool e 4 e 26 para as outras drogas, ele era convidado a participar do estudo (o paciente pontuava). Se o paciente aceitasse participar, o mesmo era alocado, através de uma

distribuição aleatória de acordo com tipo de droga pontuada, sexo e nível de escore obtido no ASSIST, para um dos seguintes grupos experimentais: CONT (grupo controle que permaneceu em lista de espera recebendo a IB três meses após a entrevista basal) e IB (grupo que recebeu a IB imediatamente após a aplicação do ASSIST na entrevista basal). As alocações aleatórias dos pacientes garantiram uma distribuição homogênea entre os grupos e subgrupos quanto ao estado civil, religião, raça, estar empregado ou estudando e anos de estudo. Em seguida, os formulários 2, 3, 4 e 5 eram preenchidos para todos os pacientes incluídos no estudo. Os pacientes do grupo IB receberam um manual de auto-ajuda desenvolvido especificamente para o projeto, material educativo na forma de *folders* com informações sobre as drogas e a IB propriamente dita, seguindo protocolo determinado no treinamento. O tempo da aplicação da IB foi controlado, não ultrapassando 15 minutos. Após três meses, todos os pacientes foram contatados por telefone para uma entrevista de seguimento que consistiu numa segunda aplicação do instrumento ASSIST. Nesta entrevista, os pacientes do grupo IB responderam o formulário 7 que avaliou o efeito da IB sobre o seu comportamento em relação ao uso de drogas, assim como o papel que o material educativo (manual e *folders*) teve sobre essa mudança. Nessa entrevista os pacientes do grupo CONT receberam a IB tendo também que responder ao formulário 6, porém não responderam ao formulário 7.

Análise dos Dados - Apenas os dados dos pacientes alocados aleatoriamente no grupo IB foram analisados e estão classificados em subgrupos de acordo com o tipo de droga pontuada no ASSIST (álcool e outras drogas) ou de acordo com o nível de escore no ASSIST (baixo: de 11 a 15 para o álcool e 4 a 15 para as outras drogas; alto: de 16 a 26 para todas as substâncias). Os valores atribuídos pelos pacientes para as questões objetivas a, b e c foram analisados pelo teste de Mann Whitney. Uma análise de correlação de Spearman foi realizada para verificar a relação dos valores atribuídos pelos pacientes às questões a, b e c com o escore específico do ASSIST, o escore global do ASSIST e com o grau de envolvimento na sessão de IB. Essas 3 variáveis foram assim calculadas: escore específico do ASSIST = somatória dos escores das questões 2 a 7 do ASSIST para cada droga específica (escore no ASSIST levando em conta somente a droga cujo uso de risco fez com que o paciente pontuasse e entrasse para o estudo); escore global do ASSIST = somatória das questões 2 a 7 do ASSIST considerando-se todas as drogas usadas pelo paciente, grau de envolvimento na sessão de IB = grau atribuído pelo entrevistador quantificando o quanto o paciente tinha se mostrado envolvido na sessão de IB (definido no formulário 6). Uma análise fatorial de componentes principais com rotação ortogonal (varimax) foi empregada para extrair os fatores que indicam as inter-relações entre as variáveis grau de envolvimento na sessão IB, escore específico ASSIST basal, escore específico ASSIST seguimento e os valores atribuídos às questões a, b e c (N= 38). Após a

análise de conteúdo (descrita abaixo) e a codificação das respostas para as 1ª, 2ª e 3ª questões do “formulário de avaliação da IB e seguimento” foram realizadas as seguintes análises: teste de qui-quadrado para comparar as frequências de respostas para cada questão entre os pacientes agrupados de acordo com o tipo de droga pontuada e com o nível de escore no ASSIST; análise de contingência para verificar a relação dos tipos de respostas para essas questões com o tipo de droga pontuada e com o nível de escore no ASSIST; teste de Wilcoxon para comparar a pontuação no ASSIST na entrevista basal com a do seguimento para os pacientes agrupados de acordo com os tipos de respostas classificadas para essas questões; ANOVA de 1 e 2 vias, seguidas pelo teste de Newmann Keuls, para a variável calculada pela diferença entre a pontuação no ASSIST no basal e a pontuação no ASSIST seguimento, a qual apresentou distribuição normal e homogênea, considerando como fatores os tipos de respostas para essas questões, o tipo de droga pontuada e o nível de escore no ASSIST. O programa estatístico empregado foi Statistica-Statsoft versão 5.5 e o nível de significância empregado foi 5%.

Análise de conteúdo – Com o objetivo de interpretar de modo subjetivo a influência que a sessão de IB teve sobre o comportamento do uso de drogas do paciente, os conteúdos das respostas dos pacientes às três questões descritivas do “formulário de avaliação da IB e seguimento” foram interpretados, agrupados e codificados de acordo com o tipo de resposta emitida.

Ética - Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFPR. Pacientes que pontuaram no ASSIST com escore sugestivo de dependência de substâncias psicoativas (≥ 27), foram orientados a procurar tratamento em serviços especializados, a partir de uma lista de indicações fornecida pelo entrevistador.

RESULTADOS

Caracterização da amostra geral - Foram contatados 1188 indivíduos de 18 a 50 anos ($32 \pm 8,9$), sendo 41,6% de homens e 56,8% de mulheres. Logo após a abordagem dos indivíduos, 42 deles não aceitaram responder o ASSIST. Dos 1146 restantes, 186 (16,2%) atingiram pontuação dentro da área de risco para álcool e outras drogas, 27 (2,3%) atingiram pontuação sugestiva de dependência e ainda 9 indivíduos (0,8%) relataram já ter feito uso de droga por via injetável. Entre os que pontuaram na área de risco, 46 (24,7%) não aceitaram participar ou não preencheram os critérios de inclusão no estudo, restando 140 pacientes.

Análise da sessão de IB - Dos 140 pacientes pontuados pelo ASSIST que aceitaram participar do estudo, 71 foram alocados para o grupo IB (48 de álcool, 18 de maconha, 1 de cocaína e 4 de anfetaminas) e destes, 56 fizeram parte do seguimento (39 de álcool e 17 de outras drogas: 13 de maconha, 1 de cocaína e 3 de anfetaminas). Para esses pacientes, o processo da sessão de IB foi analisado através das respostas às questões objetivas a, b e c e das 1ª, 2ª e 3ª questões descritivas do “formulário de avaliação da IB e seguimento”.

Quanto à taxa de abandono do estudo, foi observado que 21% dos pacientes do grupo IB não compareceram à entrevista de seguimento.

Análise das questões objetivas - As frequências de respostas para cada valor das questões a, b e c estão apresentadas, respectivamente, nas Tabelas 1, 2 e 3, assim como as medianas e os interquartis calculados para os subgrupos de pacientes que pontuaram com escore baixo ou alto para o álcool e para as outras drogas.

Na tabela 1 está representada a distribuição de indivíduos pelos diferentes valores da influência que a IB teve sobre seu comportamento de saúde avaliada através da questão a. Nota-se que apenas 14% dos pacientes responderam que a sessão de IB não teve influência no seu comportamento de saúde (valor 1), sendo que 25% dos pacientes relataram que foram totalmente influenciados (valor 5). Para essa questão, o teste de Mann Whitney não revelou nenhuma diferença estatisticamente significativa para as comparações entre as respostas dos pacientes com escore alto e baixo do ASSIST ($U=333,0$, $p=0,54$) e dos pacientes que pontuaram para álcool e para as outras drogas ($U=356,0$, $p=0,93$). Tampouco qualquer diferença estatisticamente significativa foi encontrada para as comparações entre as respostas dos indivíduos que pontuaram para o álcool com escore alto X álcool com escore baixo ($U=144,5$, $p=0,58$) ou as respostas dos que pontuaram para as outras drogas com escore alto X escore baixo ($U=38,5$, $p=0,77$).

Na tabela 2 está representada a distribuição de indivíduos que responderam a questão b pelos diferentes valores da influência que a IB teve sobre seu comportamento de reduzir ou parar com o uso da droga. Nota-se que apenas 4,5% responderam que não reduziram o uso da droga (valor 1). Para essa questão, o teste de Mann Whitney não revelou nenhuma diferença estatisticamente significativa para as comparações entre as respostas dos pacientes com escore alto e baixo do ASSIST ($U=177,0$, $p=0,17$) e entre as respostas dos pacientes que pontuaram para álcool e para as outras drogas ($U=167,5$, $p=0,38$). Também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para as comparações entre as respostas dos indivíduos que pontuaram para as outras drogas com escore alto X escore baixo ($U=20,0$, $p=0,89$). As respostas dos indivíduos que pontuaram para o álcool com escore

alto tiveram valores menores do que os obtidos nas respostas dos pacientes com escore baixo, embora essa diferença não tenha atingido significância estatística ($U=67,5$, $p=0,059$).

Na tabela 3 está representada a distribuição de indivíduos que responderam a questão c pelos diferentes valores do quanto foi lido do manual de auto-ajuda pelo paciente depois da sessão de IB. Nota-se que apenas 13,5% responderam que não leram o manual de auto-ajuda (valor 1). Para essa questão, o teste de Mann Whitney não revelou nenhuma diferença estatisticamente significativa para todas as comparações entre as respostas dos pacientes: com escore alto e baixo no ASSIST ($U= 30,9$, $p=0,93$); pontuados para o álcool e para as outras drogas ($U=255,5$, $p=0,41$); pontuados para o álcool com escore alto e com escore baixo ($U=119,0$, $p=0,50$); e pontuados para as outras drogas com escore alto e com escore baixo ($U=30,5$; $p=0,66$).

Na Tabela 4, pode-se observar que para os pacientes que pontuaram para o álcool, apenas um coeficiente atingiu significância estatística que correlaciona negativamente o escore específico no ASSIST no seguimento com os valores conferidos pelos pacientes na questão b. Para os pacientes que pontuaram para outras drogas, pode-se observar que o escore global no ASSIST obtido na entrevista basal, assim como no seguimento, se correlacionaram negativamente com os valores conferidos pelos pacientes na questão b. O mesmo foi observado entre o escore específico no ASSIST no seguimento com os valores conferidos pelos pacientes nas questões a e b, e entre o escore global no ASSIST na entrevista basal com os valores conferidos pelos pacientes na questão c. Para os pacientes com escore baixo no ASSIST foi encontrada correlação positiva significativa entre o grau de envolvimento na sessão IB e os valores conferidos à questão a. Correlação negativa significativa foi observada entre o escore específico no ASSIST no seguimento e os valores conferidos à questão b. Para os pacientes com escore alto nenhuma correlação estatisticamente significativa foi encontrada.

Para avaliar a relação entre todas as variáveis citadas anteriormente, uma análise de componentes principais revelou 3 fatores que estão mostrados na Tabela 5. Pode-se observar que no fator 1 o grau de envolvimento na sessão IB e os valores atribuídos à questão a tiveram peso maior e se correlacionaram positivamente entre si e ainda se correlacionaram negativamente com os valores atribuídos à questão b. Este fator pode ser interpretado como a discrepância entre o discurso de envolvimento/influência da IB e a efetiva mudança de comportamento em relação ao uso da droga. No fator 2 pesaram com o mesmo sinal as variáveis de pontuação no ASSIST na entrevista basal e no seguimento. Este fator pode ser interpretado como o grau de comprometimento com a droga focalizada na sessão de IB. No fator 3, pesaram com o mesmo sinal as variáveis dos valores atribuídos à questão c e à questão b e com sinal contrário os valores atribuídos à questão a. A interpretação deste fator sugere

a discrepância entre a leitura do manual de auto-ajuda juntamente com a redução do uso da droga e a influência da IB.

Análise de conteúdo - Na primeira questão, em que se perguntava ao paciente o que ele havia entendido sobre o objetivo da pesquisa quanto ao seu uso de droga, pela análise do conteúdo das respostas, pode-se classificá-las como: 1. **detectar** e mostrar o uso de risco /abuso de drogas; 2. ajudar, alertar e trazer informações, ou seja, **intervir** sobre o seu uso de drogas; 3. não entenderam a pesquisa, não lembram ou não tem opinião formada, ou seja, a entrevista **não atingiu** os objetivos. São exemplos de respostas dos pacientes dos tipos 1, 2 e 3, respectivamente: “verificar o nível de uso e se há diminuição”; “vocês estão tentando ajudar as pessoas a diminuir o uso de drogas e melhorar a vida”; “não sei, não parei para pensar, ibope, imagem”.

A segunda questão perguntava ao paciente como as orientações recebidas durante a sessão de IB influenciaram o seu comportamento de saúde. As respostas foram classificadas de acordo com as fases de mudança propostas por Prochaska e Di Clemente ²⁶ em: 1. Pré-contemplação; 2. Contemplação e 3. Ação. São exemplos de respostas dos pacientes nas fases 1, 2 e 3, respectivamente: “não bebia muito, só nas comemorações de fim de ano, continuo não bebendo”; “fiquei sabendo todos os males que as substâncias fazem e estou pensando em parar”; “sim, passei a beber menos”.

Para a terceira questão, em que se perguntava ao paciente qual aspecto em particular da sessão de IB influenciou o seu comportamento de saúde, as respostas foram interpretadas e classificadas baseadas nos elementos essenciais da IB ²⁷: 1. “feedback” (devolutiva); 2. “responsibility” (responsabilidade); 3. “advice” (aconselhar); 4. “empathy” (empatia), 5. não lembra ou nada importante e 6. influência externa (especificamente foi citada a influência da igreja no seu comportamento de parar o uso da droga). São exemplos de respostas dos pacientes para os tipos 1, 2, 3 e 4 respectivamente: “principalmente saber que estava em uma área de risco”; “me identifiquei com os sintomas do alcoolismo”; “o que a bebida causa para o organismo”; “muito bom porque me tratou muito bem e senti confiança”.

Na Tabela 6 está representada a distribuição das respostas dos pacientes que responderam à primeira, segunda e terceira questões pelo tipo de droga e nível de escore específico no ASSIST obtido na entrevista basal.

A maioria dos pacientes (58,8%) relatou, para a 1ª questão, que o objetivo da pesquisa era **intervir** no comportamento de uso de droga e 13,7% relataram ser o objetivo **detectar**, e para os 27,5% restantes a pesquisa **não atingiu** os objetivos. A comparação entre os subgrupos considerando os que entenderam a pesquisa (detectar e intervir) não evidenciou diferença significativa entre pacientes pontuados para o álcool e os pontuados para outras

drogas ($\chi^2 = 0,01$, $p=0,94$), nem entre os pacientes pontuados com nível de escore baixo e os pontuados com escore alto ($\chi^2 = 0,90$, $p=0,34$). A análise de contingência não revelou relação significativa entre as respostas para a 1ª questão e o tipo de droga pontuada ($\chi^2 = 0,134$, $p>0,05$) e com o nível de escore no ASSIST basal ($\chi^2 = 2,164$, $p>0,05$).

Para a segunda questão, observou-se que 45,2% dos pacientes estavam na fase de **contemplação**, 38,1% na **ação** e 16,7% na **pré-contemplação**, de acordo com a análise dos relatos emitidos pelos pacientes. A comparação entre os subgrupos não revelou diferença significativa para nenhuma das fases consideradas, apenas entre os pacientes com níveis de escore alto foi observado um número maior, embora não significativo ($\chi^2 = 3,08$, $p=0,08$) de pacientes na fase de contemplação. A análise de contingência não revelou relação significativa entre as respostas para a 2ª questão e o tipo de droga pontuada ($\chi^2 = 3,537$, $p>0,05$) e com o nível de escore no ASSIST basal ($\chi^2 = 4,561$, $p>0,05$).

Para a terceira questão, a análise das respostas dos pacientes classificadas com base nos elementos essenciais da IB mostrou que eles valorizaram mais o **“advice”** (40%), seguido por **“feedback”** (25%), **“responsibility”** (7,5%) e **“empathy”** (7,5%). Notou-se que 20% do total das respostas dos pacientes não se enquadraram nos elementos da IB. A comparação entre os subgrupos não revelou diferença significativa para nenhum dos elementos da IB considerados. Considerando os pacientes que não se enquadraram em nenhum dos elementos da IB, foi observado que um maior número de pacientes pontuados para outras drogas respondeu não lembrar de qual aspecto foi mais importante na sessão de IB ($p\leq 0,01$). A análise de contingência não revelou relação significativa entre as respostas para a 3ª questão com o tipo de droga pontuada ($\chi^2 = 8,499$, $p>0,05$) e com o nível de escore no ASSIST basal ($\chi^2 = 3,516$, $p>0,05$).

Pode-se observar que, em geral, houve redução na pontuação do ASSIST no seguimento, embora para alguns pacientes agrupados de acordo com suas respostas nas 1ª, 2ª e 3ª questões não foi atingida significância estatística (Tabela 7). Os pacientes que emitiram respostas para a 1ª questão classificadas como “não atingiu” e os que responderam a 3ª questão como “não lembra/nada importante” não apresentaram diminuição significativa da pontuação no ASSIST no seguimento. Esta última afirmativa pode ser confirmada pela ANOVA de 1 via para a pontuação no ASSIST basal menos a pontuação no ASSIST seguimento.

A ANOVA de duas vias para a variável (ASSIST basal – ASSIST seguimento) considerando os tipos de respostas da 1ª questão (fator 1) e o tipo de droga pontuada (fator 2) detectou efeito significativo para o fator tipo de

droga ($F(1, 45) = 4,64$ $p \leq 0,05$), porém não detectou significância nem para o fator 1 ($F(2, 45) = 0,36$ $p = 0,70$) nem para a interação entre os fatores ($F(2, 45) = 0,08$ $p = 0,92$). A comparação *post hoc* mostrou que a redução no escore do ASSIST foi maior para os pacientes pontuados para o álcool do que para os de outras drogas para os 3 tipos de respostas. Análise semelhante considerando como fator 2 o nível de escore no ASSIST basal não detectou efeito significativo para o fator respostas para a 1ª questão ($F(2, 45) = 0,48$ $p = 0,62$), para o fator nível de escore ($F(1, 45) = 1,73$ $p = 0,19$) e para a interação entre os fatores ($F(2, 45) = 0,26$ $p = 0,77$).

Para a 2ª questão, a ANOVA, para essa mesma variável, tendo como fatores, as respostas da 2ª questão (fator 1) e tipo de droga pontuada (fator 2) não revelou significância estatística para o fator 1 ($F(1, 41) = 1,37$ $p = 0,25$; e fator 2 ($F(1, 41) = 0,34$ $p = 0,56$) nem para a interação entre eles ($F(1, 41) = 0,068$ $p = 0,79$). Análise semelhante considerando como fator 2 o nível de escore no ASSIST, detectou efeito significativo para esse fator 2 ($F(1, 41) = 4,22$ $p \leq 0,05$), mas não para o fator 1 ($F(1, 41) = 1,17$ $p = 0,29$) e para a interação ($F(1, 41) = 0,52$ $p = 0,47$). A comparação entre os valores da diferença da pontuação no ASSIST basal – ASSIST seguimento mostrou que para os indivíduos com nível de escore basal alto, a diminuição na pontuação do ASSIST foi maior do que para os indivíduos com nível de escore baixo e, além disso, nos pacientes com nível alto de escore a diminuição maior na pontuação ocorreu entre aqueles que emitiram respostas classificadas como “contemplação”.

Para a 3ª questão, a ANOVA, para essa mesma variável, tendo como fatores, as respostas da 3ª questão (fator 1) e tipo de droga pontuada (fator 2) não revelou significância estatística nem para os fatores (fator 1: ($F(2, 26) = 1,74$ $p = 0,19$; fator 2: ($F(1, 26) = 1,16$ $p = 0,29$) nem para a interação entre eles ($F(2, 26) = 1,40$ $p = 0,26$). Análise semelhante considerando como fator 2 o nível de escore no ASSIST, detectou efeito significativo para o fator 1 ($F(2, 26) = 3,81$ $p \leq 0,05$), mas não para o fator 2 ($F(1, 26) = 2,35$ $p = 0,14$) e para a interação ($F(2, 26) = 0,31$ $p = 0,74$). Os pacientes com escore baixo que responderam a 3ª questão como “feedback” e “advice” tiveram uma redução maior na pontuação do ASSIST do que os que responderam “não lembram” ($F(2, 17) = 3,66$ $p \leq 0,05$). Os pacientes com nível alto de escore basal no ASSIST apresentaram o mesmo tipo de efeito, porém não estatisticamente significativo ($F(2, 9) = 1,15$ $p = 0,36$).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a análise das respostas objetivas e descritivas dos pacientes que receberam uma intervenção breve personalizada imediatamente após a detecção pelo ASSIST, demonstrou que a sessão de IB teve, na ótica do paciente, um papel importante na mudança de comportamento de saúde em relação ao uso de álcool e outras drogas em pacientes da Atenção Primária à Saúde.

Na análise das frequências das respostas dos pacientes às questões objetivas observou-se que apenas 14% dos pacientes responderam que a sessão de IB não teve influência no seu comportamento de saúde, 4,5% responderam que não reduziram o uso da droga e 13,5% responderam que não leram o manual de auto-ajuda. Primeiramente, com base nesses dados, pode-se sugerir que os pacientes foram influenciados pela sessão de IB e que mudaram seu comportamento de uso da droga.

Somente as respostas dos pacientes que pontuaram para o álcool com escore alto tiveram valores menores clinicamente significantes do que os valores obtidos nas respostas dos pacientes com escore baixo para a questão b. Assim, pacientes com escore alto para o álcool relataram menor influência da IB no seu comportamento de reduzir o uso da droga. Em outro trabalho, encaminhado para publicação ²⁸, foi demonstrado resultado semelhante após a análise da eficácia da IB quando se comparou a pontuação no ASSIST, nas duas entrevistas, dos pacientes submetidos à sessão de IB com os pacientes controles que não receberam a IB.

Ao analisar a relação existente entre a influência da IB sobre o comportamento de saúde dos pacientes, sob a ótica deles, e o real comprometimento deles com a droga pontuada no ASSIST foi observada correlação negativa significativa para os pacientes que pontuaram para o álcool. Isto significa que os pacientes que relataram não terem reduzido ou terem reduzido pouco o uso do álcool, foram os que apresentaram pontuação no ASSIST maior no seguimento para esta substância, sugerindo que a IB teve pouca ou nenhuma influência sobre seu comportamento de saúde. Para os pacientes que pontuaram para as outras drogas, houve três correlações negativas significantes: do escore global no ASSIST (basal e seguimento) com os valores conferidos pelos pacientes na questão b; do escore específico no ASSIST no seguimento com os valores conferidos pelos pacientes nas questões a e b; e do escore global no ASSIST obtido na entrevista basal com os valores conferidos pelos pacientes na questão c. Isto significa, respectivamente, que o maior comprometimento global com drogas nesses pacientes acarretou uma menor resposta para a sessão de IB, caracterizada por pouca ou nenhuma redução do uso da droga; que os pacientes que relataram não terem reduzido ou terem reduzido pouco o uso da droga, e ainda não terem tido

influência da IB, foram os que apresentaram pontuação no ASSIST maior no seguimento para a substância pontuada, ou seja, o relato de pouca influência da sessão de IB coincidiu com a baixa redução no uso da droga; e que os pacientes mais comprometidos com a droga foram os que menos leram o manual de auto-ajuda. Todas essas observações descritas apresentaram coerência com o comprometimento com a droga ainda observado no seguimento.

Para os pacientes com escore baixo no ASSIST, a avaliação pelo entrevistador de maior envolvimento na sessão de IB coincidiu com o relato de maior influência da IB; e pouca ou nenhuma redução do uso da droga se relacionou com maior comprometimento com a droga no seguimento. Isto demonstra que o paciente foi sincero nos seus relatos sugerindo que ocorreu uma boa empatia entre o entrevistador e o paciente.

Os resultados obtidos com a análise fatorial comprovam os já discutidos acima. Os fatores 1 e 3 demonstram a discrepância entre a percepção pelo entrevistador do envolvimento do paciente na sessão de IB assim como o seu relato sobre a influência dessa em seu comportamento de saúde e a efetiva mudança de comportamento em relação ao seu uso da droga, quer seja pela diminuição do uso da droga quer seja pela leitura do manual de auto-ajuda. Além disso, o fator 3 revela que quando o paciente relatou ter lido o manual de auto-ajuda o seu comportamento de redução do uso da droga foi influenciado positivamente. As variáveis de pontuação no ASSIST da entrevista basal e de seguimento pesaram no fator 2 e não se correlacionaram com as outras variáveis sugerindo que o comprometimento do paciente com a droga não influenciou a sua resposta à IB. Além disso, as pontuações no ASSIST se correlacionaram positivamente entre si, o que juntamente com os resultados da análise da eficácia da IB obtidos por Mendes et al.²⁸ (não publicado) sugere que apesar da diminuição dos escores observados, o nível de comprometimento foi mantido entre as entrevistas.

Nas questões objetivas pode-se perceber que houve discrepância entre o discurso dos pacientes e sua mudança real quanto ao comportamento de uso da droga. Através dessas análises, pode-se sugerir que se a IB teve alguma influência sobre o comportamento de saúde do paciente, ainda não refletiu na real redução ou parada de uso da droga, principalmente para os pacientes mais comprometidos.

Na análise das questões descritivas pode-se constatar que, primeiramente, os pacientes em geral entenderam o objetivo da pesquisa, não havendo interferência nem do tipo de droga pontuada nem do nível de comprometimento com a droga. Na tentativa de identificar em qual estágio de mudança de comportamento o paciente se encontrava, uma análise do conteúdo das respostas da segunda questão mostrou que a grande maioria estava nas fases de contemplação e ação, sugerindo uma mudança positiva influenciada pela sessão de IB.

Entretanto, essa mudança não foi influenciada pelo tipo de droga pontuada, enquanto que os pacientes mais comprometidos com a droga foram mais influenciados pela sessão de IB do que os menos comprometidos, embora sem atingir significância estatística, se concentrando na fase de contemplação. Quando se analisou qual o aspecto em particular da sessão de IB foi mais importante, a maioria dos pacientes emitiu opiniões relacionadas à informação dos efeitos das drogas e dos riscos à saúde, seguido pela devolutiva do seu problema quanto ao uso da droga, e em terceiro lugar ficaram as respostas do tipo “não lembrar e nada de importante”. O nível de comprometimento com a droga não influenciou a opinião sobre o aspecto mais importante da IB, porém observou-se que os pacientes que pontuaram para outras drogas relataram não lembrar ou não ter nada de importante na sessão de IB. Isto sugere que os pacientes comprometidos com outras drogas foram menos atingidos pela sessão da IB.

Analisando a relação do conteúdo das respostas dos pacientes às questões descritivas com a real mudança no seu comportamento de saúde, avaliada através da diferença entre os escores no ASSIST (basal e seguimento), pode-se observar que, em geral, houve redução na pontuação do ASSIST no seguimento. Para aqueles pacientes, a minoria, que não entenderam o objetivo da pesquisa ou que relataram “não lembrar ou não ter nada importante na sessão de IB” a mudança real do comportamento de saúde foi pequena ou inexistente. Estas evidências sugerem que quando o paciente foi motivado pela sessão de IB, ocorreu uma mudança real em seu comportamento de saúde. A motivação para a mudança de comportamento de saúde foi mais expressiva para os pacientes pontuados para o álcool e para os pacientes com nível de escore alto no ASSIST, estando estes classificados principalmente na fase de contemplação.

Com base nos resultados das questões objetivas e descritivas se chega à conclusão de que os pacientes foram influenciados pela sessão de IB e esta pareceu ser eficaz em provocar no paciente uma mudança de estágio no modelo de mudança de comportamento ²⁶, saindo do estágio de pré-contemplação para a contemplação, mas não atingindo a ação em todos os pacientes. Pode-se perceber que uma sessão de IB talvez tenha sido insuficiente para os pacientes mais comprometidos, assim estudos futuros com um maior número de sessões de IB são necessários. Lang et al.²⁹ realizaram uma análise de conteúdo com os relatos dos pacientes participantes do estudo. Metade dos pacientes reportou que uma sessão é insuficiente, outra metade, que foi suficiente para entender seu nível de risco e mudar seu comportamento em relação ao uso da droga. Esses autores concluíram que o desenvolvimento e aplicação de IBs são promissores na produção de resultados positivos. Exemplo de um relato de um paciente do estudo citado: “queria ter conhecido o programa antes!”.

Esses dados corroboram alguns estudos encontrados na literatura, em que afirmam que o modelo de mudança é especialmente útil quando se trabalha com pacientes nos estágios de pré-contemplação e contemplação.^{26, 27, 30, 31} No entanto, não foram encontrados estudos que examinassem o processo da IB na opinião do paciente considerando o seu nível de comprometimento com a droga e o uso de drogas lícitas e ilícitas, como analisados no presente estudo. Van Horn e Bux³² conduziram um estudo piloto em um hospital psiquiátrico para analisar a eficácia da IB (várias sessões) em grupos de pacientes que tinham diagnóstico de abuso de substância e co-morbidades psiquiátricas. No trabalho, os autores exemplificaram os relatos de 3 pacientes, dois com efeito positivo da sessão de IB e um com efeito nulo: uma paciente que se integrou muito bem no grupo e participou das sessões de IB com entusiasmo, outra paciente que conseguiu mudar seu comportamento no grupo (não parecia se interessar e passou a ser assídua às sessões de IB) e ficou em abstinência de álcool, e um paciente esquizofrênico que achou melhor continuar usando a droga. Esta avaliação subjetiva das sessões de IB pelos pacientes foi baseada na satisfação aparente dos participantes e engajamento nos grupos. O efeito imediato foi a mudança de estágio dos participantes no modelo de mudança de comportamento²⁶, do estágio de contemplação para ação.

Cabe mencionar no presente estudo que o procedimento de detecção seguido por intervenção breve foi 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. De qualquer maneira, faz-se necessária a avaliação desse procedimento na prática clínica rotineira pelos próprios profissionais da saúde. Aalto et al.³³ fizeram um estudo em um ambiente de rotina, onde a detecção de pacientes com problemas pelo uso do álcool e a IB eram realizadas pelos profissionais de saúde. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os resultados do grupo IB e do grupo CONT, mas clinicamente significativa. Foi concluído que as atitudes negativas dos profissionais com os pacientes podem ter sido responsáveis por esse resultado.

No presente estudo, a ocorrência de altos índices de casos positivos detectados pelo ASSIST (16,2%) suporta a idéia da relevância da detecção precoce dos problemas associados ao uso de risco e abusivo de álcool e outras drogas na APS. Comparando os dados do presente trabalho aos índices de prevalência encontrados para a região Sul no I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil³⁴ realizado em 2001, pode-se observar que o índice de uso na vida para todas as drogas, exceto para opiáceos, foi maior na amostra estudada, a qual é formada por indivíduos da população que freqüentam os serviços de APS. Por exemplo, o índice de uso na vida de álcool na população em geral na região sul com idade entre 12 e 65 anos foi de 68,7% e de tabaco foi de

44,1%, e o índice encontrado no presente estudo através do ASSIST, em pessoas que procuram a APS com idade entre 18 e 50 anos, foi de 94% para álcool e 70% para tabaco. Para as outras drogas, exceto álcool e tabaco, 56,6% dos indivíduos relataram ter feito o uso na vida de alguma droga, enquanto que no levantamento domiciliar na região sul o índice encontrado foi de 19,4%. Esses dados sugerem que o uso de drogas entre os indivíduos que procuram a APS por algum problema de saúde pode ser maior do que os observados na população em geral, e que acarretariam maior quantidade de problemas de saúde. Para ilustrar, segundo o Boletim Epidemiológico de Curitiba³⁵ referente ao ano de 2003, a doença alcoólica do fígado está em 2º lugar entre as causas de morte para as faixas etárias entre 35-44 e 45-54 anos, ocupando os primeiros lugares para essas faixas etárias, respectivamente, a morte por agressões por arma de fogo e o infarto agudo do miocárdio. Entre todas as causas de morte relatadas nesse boletim a doença alcoólica do fígado ocupa o 13º lugar, considerando todas as faixas etárias. É importante destacar também que as principais causas de morte descritas em Curitiba no ano de 2003 foram: infarto agudo do miocárdio (1ª), disparo com arma de fogo (2ª) e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (3ª) e que podem ser direta ou indiretamente resultantes do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Essas observações são suficientes para justificar o emprego da detecção precoce pelo ASSIST nos serviços de atenção primária à saúde, além de que já foi demonstrado em um estudo do grupo WHO-ASSIST⁶ com os dados do Brasil, que o instrumento ASSIST possui bons índices de sensibilidade (84-91%), especificidade (79-98%), valores preditivos positivos (80-93%) e negativos (85- 96%) e juntamente com a IB, está sendo mostrada a sua eficácia e aceitabilidade no presente estudo, sugerindo sua utilidade na detecção do uso abusivo de álcool e outras substâncias psicotrópicas, assim como na mudança de comportamento de saúde.

Houve limitações que podem ter afetado os resultados deste estudo: tamanho da amostra insuficiente³⁶ devido à falta de ajuda dos profissionais de saúde na detecção de pacientes com uso abusivo de substâncias, provável falta de sinceridade por parte de alguns pacientes ao responder o ASSIST, falta de diagnóstico de outros transtornos psiquiátricos como, por exemplo, depressão ou ansiedade, o que podem contribuir para o uso de substâncias e influenciar nos resultados e tratamentos.³⁷

CONCLUSÕES

Uma sessão de IB de no máximo 15 minutos acoplada à detecção pelo ASSIST influenciou o comportamento de saúde de pacientes da APS com uso de risco/abuso de drogas. Para os pacientes mais

comprometidos com a droga houve mudança de fase (pré-contemplação para contemplação) sugerindo um maior número de sessões de IB para atingir a fase de ação. Na opinião dos pacientes, o aspecto mais relevante da sessão de IB foram as informações recebidas sobre as drogas e sobre o seu nível de comprometimento com estas.

AGRADECIMENTOS

A todos os funcionários e autoridades sanitárias das Unidades de Saúde envolvidas que de alguma forma auxiliaram na execução do trabalho. Aos estagiários pela coleta de dados: Dacol, S.H.; Correia, L.L.; Ferreira, L.; Giacomet, F.S.; Oliveira, V.M.R.; Serafini, K.D.; Bueno, L.; Schebelski, D.J.; Zugman, A.; Reque Junior, M.; Kotinda, J.P.; Teixeira, L.M.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lessa MBMF. Os paradoxos da existência na história do uso das drogas. [on line] 1998 [acesso em 31 jan 2006]. Disponível em: URL: <http://www.ifen.com.br/artigos.htm>
2. Humeniuk R, Poznyak V. ASSIST Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde: Versão preliminar 1.1 / Rachel Humeniuk; Vladimir Poznyak; tradução Telmo Mota Ronzani; supervisão da tradução Maria Lucia O. Souza Formigoni, Roseli Boemgen de Lacerda; revisão Úrsula Bueno do Prado Guirro. São Paulo: OMS 2004; 60p
3. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. IV Levantamento de uso de drogas psicotrópicas em estudantes brasileiros - 1997. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo 1997
4. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country-2001. *Addict Behav* 2005; 30(3):545-56.
5. United Nations Internation Drug Control Program – 1997. *World Drug Report*. New York: Oxford University Press 1997
6. WHO Assist Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002; 97: 1183 – 1194
7. WORLD HEALTH ORGANISATION. *The World Health Report 2002. Reducing Risks, promoting healthy life*. WHO. Geneva 2002
8. Formigoni MLOS. *A Intervenção Breve na Dependência de Drogas. A Experiência Brasileira*. São Paulo: Contexto 1992
9. Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. *Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine*. Philadelphia: Saunders 1996
10. Rubin RH. *Medicine in Primary Care Approach*. Philadelphia: Saunders 1996
11. Berlinguer G. *Ética da prevenção*. Em: *Ética da saúde*. 1.ed. São Paulo: Hucitec 1996
12. Babor TF, De La Fuente JR, Saunders J, Grant M. *AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. WHO/MNH/DAT/89.4, World Health Organization. Geneva 1989
13. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M. *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care*. 2.ed. WHO/MSD/MSB/01.6, World Health Organization, Geneva, 2001
14. Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Farmacologia*. São Paulo: Lemos 2000

15. Ribeiro MS, Teixeira LS, Alves MJM, Castro LS. Alcoolismo e MMPI: Escala de MacAndrew e perfil de personalidade. *Rev Bras Neurol* 1998a; 34(5): 181-192
16. Ribeiro MS, Teixeira LS, Alves MJM, Castro LS. Aplicabilidade e motivos de invalidação do MMPI em abusadores e dependentes de etílicos. *Rev Bras Neurol* 1998b; 34(6): 209-218
17. Ribeiro MS. Alcoolismo, Personalidade e Transtornos de Personalidade: possibilidades diagnósticas e tipológicas. *Medicina* 1999; 32(Supl 1): 17-25
18. Ribeiro MS, Teixeira LS, Alves MJM, Ronzani TM. Construção e validação de escalas para identificação de alcoolistas derivadas do MMPI. *Rev Bras Neurol* 2000^a; 36(2): 57-66
19. Ribeiro MS, Teixeira LS, Alves MJM, Ronzani TM. Desenvolvimento e validação de instrumentos de rastreamento de alcoolistas a partir de dados de personalidade: resultados preliminares. *Rev Bras Neurol* 2000b; 36(4): 119-125
20. Ribeiro MS, Teixeira LS, Alves MJM, Ronzani TM. A utilidade de escalas derivadas de instrumento de avaliação de personalidade na identificação do uso disfuncional de substâncias psicoativas. *HU-Rev* 2002; 26(2/3): 253-258
21. Masur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE, Alcoholism Screening Test in Brazilian Psychiatric Inpatient Setting. *Braz J Med Biol* 1983; 16: 215 – 218
22. Méndez, E. B. Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999
23. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction* 2003; 98: 799 – 804
24. Jorge MR, Masur J. Questionários Padronizados para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. *J Bras Psiq* 1986; 35: 287 – 292
25. 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(2)
26. Prochaska JA, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *Am Psychol* 1992; 47: 1102 – 1114
27. Miller W, Sanchez V. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In Howard G (Ed) *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame IN. University of Notre Dame Press 1993
28. Mendes ACJ, Oliveira RT, Formigoni MLOS, Lacerda RB. Eficácia da Detecção Precoce Pelo ASSIST-OMS Seguida por Intervenção Breve em Usuários Abusivos de Álcool, Maconha, Cocaína e Anfetaminas na Atenção

Primária à Saúde em Dois Municípios do Paraná. Enviado para publicação na Revista da Associação Médica Brasileira

29. Lang E, Engelder M, Brook T. Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19: 111 – 116
30. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing*. 2. ed. New York and London: Guilford Press 2002
31. 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 Vol 2). Rockville Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 1992
32. Van Horn DHA, Bux DA Jr. A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20: 191 – 195
33. Aalto M, Seppä K, Mattila P, Mustonen H, Ruuth K et al. Brief Intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a three-year randomized controlled study. *Alcohol Alcohol* 2001b; 36 (3): 224 – 230
34. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo S A. I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. CEBRID/ SENAD 2002
35. Boletim Epidemiológico De Curitiba. SMS 2005; Ano XIV (1): 1-8
36. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and nontreatment-seeking populations. *Addiction* 2002; 97: 279 – 292
37. Easton C, Swan S, Sinha R. Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19: 1 – 5

Tabela 1 - Frequência de indivíduos para cada valor atribuído na questão a por tipo de droga e pelo escore específico no ASSIST obtido na entrevista basal

	VALORES CONFERIDOS PELOS PACIENTES ^a					Mediana ^b
	1	2	3	4	5	
Álcool	4	4	12	10	8	3 (3-4)
Escore alto	1	2	4	5	1	3 (3-4)
Escore baixo	3	2	8	5	7	3 (3-5)
Outras drogas	4	2	3	4	6	4 (2-5)
Escore alto	2	1	0	2	2	4 (1-5)
Escore baixo	2	1	3	2	4	3,5 (2,5-5)

^a o valor 1 corresponde à “ausência de influência” e o valor 5 “total influência”; ^b entre parêntesis estão representados os intervalos interquartis

Tabela 2 - Frequência de indivíduos para cada valor atribuído na questão b por tipo de droga e pelo escore específico no ASSIST obtido na entrevista basal

VALORES CONFERIDOS PELOS PACIENTES ^a						
	1	2	3	4	5	Mediana ^b
Álcool	2	7	9	8	5	3 (2-4)
Escore alto	0	6	3	3	0	2,5 (2-3,5) ^c
Escore baixo	2	1	6	5	5	4 (3-5) ^c
Outras drogas	0	4	2	2	5	4 (2-5)
Escore alto	0	1	2	1	2	3,5 (3-5)
Escore baixo	0	3	0	1	3	4 (2-5)

^a valor 1 corresponde a “nenhuma redução no uso” e 5 “parar completamente o uso”; ^b entre parêntesis estão representados os intervalos interquartis; ^c diferença com $p=0,059$ (teste de Mann Whytney)

Tabela 3 - Frequência de indivíduos para cada valor atribuído na questão c por tipo de droga e pelo escore específico no ASSIST obtido na entrevista basal

VALORES CONFERIDOS PELOS PACIENTES ^a						
	1	2	3	4	5	Mediana ^b
Álcool	4	9	9	5	8	3 (2-4)
Escore alto	4	2	1	1	4	2,5 (1-5)
Escore baixo	0	7	8	4	4	3 (2-4)
Outras drogas	3	0	6	3	5	3 (3-5)
Escore alto	0	0	3	3	1	4 (3-4)
Escore baixo	3	0	3	0	4	3 (1-5)

^a o valor 1 corresponde a “não ter lido nada” e o valor 5 “ter lido tudo”; ^b entre parêntesis estão representados os intervalos interquartis.

Tabela 4 – Correlação entre os escores específico e global no ASSIST obtidos na entrevista basal e no seguimento e o grau de envolvimento na sessão de IB com os valores conferidos nas questões a, b e c do formulário de avaliação da sessão de IB para os pacientes que pontuaram para o álcool e outras drogas (parte superior) e com escore baixo e alto (parte inferior).

	Avaliação da sessão de IB					
	Questão a		Questão b		Questão c	
	Álcool	Outras drogas	Álcool	Outras drogas	Álcool	Outras drogas
Escore específico ASSIST basal	0,09	-0,19	-0,17	-0,21	-0,13	0,11
Escore global ASSIST basal	0,17	-0,19	-0,25	-0,79***	-0,01	-0,56*
Grau de envolvimento na sessão IB	0,27	0,20	0,16	0,19	-0,02	0,15
Escore específico ASSIST seguimento	-0,13	-0,51*	-0,36*	-0,72**	0,12	-0,05
Escore global ASSIST seguimento	-0,03	-0,44#	-0,28	-0,74**	0,20	-0,16
	Escore Baixo	Escore Alto	Escore Baixo	Escore Alto	Escore Baixo	Escore Alto
Escore específico ASSIST basal	0,15	0,16	0,08	0,25	-0,13	0,15
Escore global ASSIST basal	0,06	-0,001	-0,21	-0,25	-0,11	-0,09
Grau de envolvimento na sessão IB	0,40*	0,03	0,25	0,08	0,10	-0,05
Escore específico ASSIST seguimento	-0,19	-0,26	-0,53**	-0,19	0,09	0,15
Escore global ASSIST seguimento	-0,10	-0,23	-0,33	-0,29	0,24	-0,03

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,005$, # $p=0,08$ (teste de correlação de Spearman)

Tabela 5 – Fatores extraídos pela análise de componentes principais para as variáveis obtidas dos pacientes que receberam a sessão de IB

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Variância (%)	24,4	21,7	23,1
Grau de envolvimento na sessão IB	0,86*	0,05	0,17
Valores atribuídos à questão <u>a</u>	0,68*	0,06	-0,41*
Valores atribuídos à questão <u>b</u>	-0,48*	0,09	0,60*
Valores atribuídos à questão <u>c</u>	0,08	0,02	0,85*
Escore específico ASSIST basal	-0,06	0,84*	-0,15
Escore específico ASSIST seguimento	0,15	0,76*	0,25

* apenas pesos acima de 0,40 são considerados significantes e estão destacados em negrito

Tabela 6 – Distribuição dos indivíduos classificados pelos tipos de opiniões emitidas nas questões descritivas do formulário 7, pelo tipo de droga pontuada e pelo nível de escore no ASSIST basal.

	ÁLCOOL		OUTRAS DROGAS	
	escore baixo	escore alto	escore baixo	escore alto
1ª questão				
Detectar	4	1	1	1
Intervir	10	10	7	3
Não atingiu	9	1	2	2
TOTAL*	23	12	10	6
2ª questão				
Pré-contemplação	6	1	0	0
Contemplação	6	8	3	2
Ação	8	2	4	2
TOTAL	20	11	7	4
3ª questão				
Feedback	7	2	1	0
Responsibility	1	1	0	1
Advice	6	6	3	1
Empathy	1	1	1	0
Não lembra/nada importante	1	1	2	3
Influência externa (igreja)	0	0	1	0
TOTAL	16	11	8	5

* o total de respostas por questão variou devido a alguns pacientes não responderem todas as questões.

Tabela 7 – Média \pm desvio padrão da pontuação no ASSIST obtida na entrevista basal e no seguimento para os pacientes classificados pelos tipos de opiniões emitidas nas questões descritivas do formulário 7.

1ª questão	N	Pontuação ASSIST		Teste de Wilcoxon	
		basal	seguimento	Z	p
Detectar	7	14,8 \pm 3,3	8,4 \pm 4,6	2,20	\leq 0,03
Intervir	30	14,8 \pm 5,1	9,9 \pm 6,3	3,43	\leq 0,001
Não atingiu	14	13,6 \pm 3,2	9,6 \pm 8,2	1,78	= 0,07
ANOVA 1 via para diferença (ASSIST basal – ASSIST seguimento)					
F(2, 48) = 0,30, p=0,74					
2ª questão					
Pré-contemplação	7	14,3 \pm 2,7	9,7 \pm 5,9	1,99	\leq 0,05
Contemplação	19	15,1 \pm 4,9	8,6 \pm 5,6	3,32	\leq 0,001
Ação	16	13,5 \pm 4,5	9,4 \pm 4,9	2,58	\leq 0,01
ANOVA 1 via para diferença (ASSIST basal – ASSIST seguimento)					
F(2, 40) = 0,91, p=0,41					
3ª questão					
Feedback*	10	13,7 \pm 2,2	6,9 \pm 2,4	2,80	\leq 0,01
Responsibility	3	18 \pm 4,4	12,3 \pm 8,1	1,60	= 0,11
Advice*	16	14,9 \pm 4,6	7,8 \pm 4,8	3,15	\leq 0,002
Empathy	3	13,3 \pm 7,5	9,3 \pm 5,7	1,60	= 0,11
Não lembra/nada importante*	7	15,8 \pm 4,4	15,8 \pm 9,7	0,10	= 0,92
ANOVA 1 via para diferença (ASSIST basal – ASSIST seguimento) considerando as respostas marcadas com * (N adequado para análise)					
F(2, 29) = 3,49, p \leq 0,05: a redução na pontuação foi menor entre os que não lembraram da sessão de IB (Teste de Newmann Keuls p \leq 0,01)					

ANEXO 1

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, Alcool e outras Drogas-

HÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	SERVIÇO	<input type="text"/>
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	<input type="text"/>	DATA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HORA INICIAL	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	(HORÁRIO EM 24 HORAS)	

INTRODUÇÃO A SER LIDA PARA O PARTICIPANTE

ATENÇÃO: ANTES DE FAZER AS PERGUNTAS, DÊ O CARTÃO DE RESPOSTA DO ASSIST A O 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, vermutes, caninha, rum tequila, gin)	0	3
c. maconha (baseado, erva, lãmba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, panço, manga-rosa, massa, hashixe, skank, etc)	0	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brião)	0	3
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, modeme, MDMA)	0	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loió)	0	3
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbitál, pentobarbitál, benzodiazepínicos, diazepam)	0	3
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mes calina, 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.

última alteração novembro de 2003

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, vermutes, caninha, rum tequila, gin)	0	2	3	4	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, briho)	0	2	3	4	6
e. estimulantes como a infetaminas (polinhas, rebites, anfetamina, modervine, MDMA)	0	2	3	4	6
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmaque, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lojó)	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-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	2	3	4	6
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína e lixer, 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.

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
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermutes, caninha, rum tequila, gin)	0	3	4	5	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, briho)	0	3	4	5	6
e. estimulantes como a infetaminas (polinhas, rebites, anfetamina, modervine, MDMA)	0	3	4	5	6
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmaque, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lojó)	0	3	4	5	6
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	3	4	5	6
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	3	4	5	6
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína e lixer, metadona)	0	3	4	5	6
j. Outras – especificar:	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, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	4	5	6	7
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, baquilha, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, briho)	0	4	5	6	7
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, modafinil, 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 lojó)	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, mesalina, 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, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	5	6	7	8
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, baquilha, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, briho)	0	5	6	7	8
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, modafinil, 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 lojó)	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, mesalina, 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

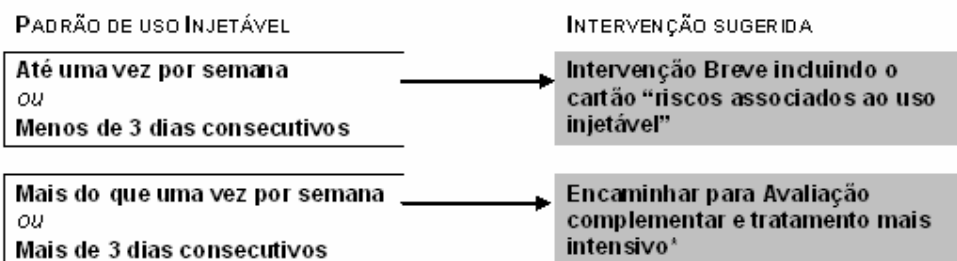
FAÇA AS QUESTÕES 6 E 7 PARA TODAS AS SUBSTÂNCIAS JÁ USADAS NA VIDA (MENCIONADAS NA QUESTÃO 1)

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 alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, visque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, nato, baquilha, pango, manga-rosa, massa, hashixe, skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	6	3
e. e estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	6	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, thinner, 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 alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, visque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, nato, baquilha, pango, manga-rosa, massa, hashixe, skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	6	3
e. e estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	6	3
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, thinner, 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

NOTAÇÃO: 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.



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**

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

	<i>Anotar a pontuação para cada droga</i>	<i>Nenhuma intervenção</i>	<i>Intervenção Breve</i>	<i>Encaminhar para tratamento mais intensivo</i>
<i>Tabaco</i>		0-3	4-26	27 ou mais
<i>Alcool</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 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.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4. ed. Text Revision. Washington, DC: APA, 2000.

BABOR, T. F.; DE LA FUENTE, J. R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. **AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care**. WHO/MNH/DAT/89.4, World Health Organization. Geneva, 1989.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care**. WHO/MSD/MSB/01.6b, World Health Organization, 2001.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J.; MONTEIRO, M. **AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care**. 2.ed. WHO/MSD/MSB/01.6, World Health Organization, Geneva, 2001.

BABOR, T. F.; CARROLL, K.; CHRISTIANSEN, K.; DONALDSON, J.; HERRELL, J.; KADDEN, R.; LITT, M.; MCREE, B.; MILLER, M.; ROFFMAN, R.; SOLOWJI, N.; STEINBERG, K.; STEPHENS, R.; VENDETTI, J. Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings From a Randomized Multisite Trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 72, 455 – 466, 2004.

BAKER, A.; BOGGS, T. G.; LEWIN, T. J. Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. **Addiction**, 96, p. 1279 – 1287, 2001.

BALLESTEROS, J.; DUFFY, J. C.; QUEREJETA, I.; ARINO, J.; GONZÁLEZ-PINTO, A. Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analyses. **Alcohol Clinical and Experimental Research**. v. 28, p. 608 – 618, 2004.

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**, 44, p. 408 – 412, 1994.

BERLINGUER, G. Ética da prevenção. Em: **Ética da saúde**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

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

BIEN, T. H.; MILLER, W. R.; TONIGAN, S. Brief intervention for alcohol problems: A review. **Addiction**, 88, p. 315 – 336, 1993.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CURITIBA. SMS, 2005. Ano XIV (1): 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.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. I **Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. CEBRID/ SENAD, 2002.

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

CORDOBA, R.; DELGADO, M. T.; PICO, V.; ALTISENT, R.; FORES, D.; MONREAL, A.; FRISAS, O.; LOPEZ DEL VAL, A. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. **Family Practice**, 15(6), p. 562 – 588, 1998.

CUIJPERS, P.; RIPER, H.; LEMMERS, L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: A meta-analysis. **Addiction**, 99, 839 – 845, 2004.

Custos sociais decorrentes do uso abusivo de drogas. Disponível em <www.universoespirita.org.br/campanhas/Custos%20sociais.htm>. Acesso em: 17 fev. 2006.

DENNIS, M.; GODLEY, S. H.; DIAMOND, G.; TIMS, F. M.; BABOR, T.; DONALDSON, J.; LIDDLE, H.; TITUS, J. C.; KAMINER, Y.; WEBB, C.; HAMILTON, N.; FUNK, R. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 27, p. 197 – 213, 2004.

DONNELLY, N.; HALL, W. **Patterns of Cannabis Use in Austrália**. Review prepared for the Australian National Task Force on Cannabis. Sidney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 1994.

D'ONOFRIO, G.; DEGUTIS, L. C. **Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review**. *Academy of Emergency Medicine*, 9, 627 – 638, 2002.

DUNN, C.; DEROO, L.; RIVARA, F. P. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. **Addiction**, 96, p. 1725 – 1742, 2001.

FLEMING, M. F. Strategies To Increase Alcohol Screening in Health Care Settings. **Alcohol Health & Research World**, 21, 1997.

FLEMING, M. F.; MANWELL, L. B.; BARRY, K. L.; JOHNSON, K. At-risk drinking in an HMO primary care sample: Prevalence and health policy implications. **American Journal of Public Health** 88 (1), p. 90 – 93, 1998.

FLEMING, M. F.; MUNDT, M. P.; FRENCH, M. T.; MANWELL, L. B.; STAUFFACHER, E. A.; BARRY, K. L. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. **Medical Care**, 38(1), p. 7 – 18, 2000.

FLEMING, M. F. Screening and Brief Intervention in Primary Care Settings. **Alcohol Research & Health**, 28, 57 – 62, 2004.

FORMIGONI, M. L. O. S. **A Intervenção Breve na Dependência de Drogas. A Experiência Brasileira.** Contexto, São Paulo, 1992.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV Levantamento de uso de drogas psicotrópicas em estudantes brasileiros – 1997.** CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 1997.

GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI, E. A.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. **I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo – São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2000.**

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

GONÇALVES, P. S. **Avaliação das Barreiras para Implementação do Projeto Detecção Precoce e Intervenção Breve para o Uso de Risco de Drogas na Atenção Primária à Saúde em Curitiba – PR.** 74f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2005.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Farmacologia.** São Paulo, Lemos, 2000.

HEATHER, N. The Public Health and Brief Intervention for excessive alcohol consumption: the British experience. **Addictive Behaviours**, 21, p. 857 – 868, 1996.

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

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **ASSIST Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde: Versão preliminar 1.1** / Rachel Humeniuk; Vladmir Poznyak; tradução Telmo Mota Ronzani; supervisão da tradução Maria Lucia O. Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda; revisão Úrsula Bueno do Prado Guirro. São Paulo: OMS, 60p, 2004.

ILLICIT DRUG REPORTING SYSTEM. Drug Trends Bulletin, October. Canberra, Commonwealth Department of Health and Aged Care, 1999.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine**. Philadelphia, Saunders, 1996.

JORGE, M. R.; MASUR, J. Questionários Padronizados para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 35, p. 287 – 292, 1986.

KLEE, H.; WRIGHT, S.; MORRIS, J. Amphetamine users in treatment: factors associated with sustained abstinence from street drugs. **Addiction Research**, 7, 239 – 265, 1999.

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

LESSA, M. B. M. F. **Os paradoxos da existência na história do uso das drogas**. 1998. Disponível em: <www.ifen.com.br/artigos.htm>. Acesso em: 31 jan. 2006.

MACHADO, M. H. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil**. Volume IV. Região Sudeste. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MAISTO, S. E.; CONIGLIARO, J.; MCNEIL, M.; KRAEMER, K.; CONIGLIARO, R. L.; KELLEY, M. E. Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. **Journal of Studies on Alcohol**, 62(5), p. 605 – 614, 2001.

MAKKAI, T.; McALLISTER, I. **Patterns of Drug Use in Australia 1985 – 95**. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1998.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the CAGE, Alcoholism Screening Test in Brazilian Psychiatric Inpatient Setting. **Brazilian Journal Medical Biology**. v. 16, p. 215 – 218, 1983.

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

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

MILLER, W.; ZWEBEN, A.; DI CLEMENTE, C.; RYCHTARIK, R. Motivational enhancement therapy manual: A clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. (Project MATCH Monograph Series Vol 2). Rockville Maryland: National Institute on **Alcohol Abuse and Alcoholism**, 1992.

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

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. trad. Andrea Caleffi e Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing**. 2. ed. Guilford Press New York and London, 2002.

MILLER, W. R.; WILBOURNE, P. L. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders (review). **Addiction**, 97(3), p. 265 – 277, 2002.

MOYER, A.; FINNEY, J. W.; SWEARINGEN, C. E. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. **Addiction**, 97, 279 – 292, 2001.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). **Helping Patients With Alcohol Problems: A Health Practitioner's Guide**. NIH Pub. n° 03 – 3769. Bethesda, MD: NIAAA, 2003.

OFFICE OF APPLIED STUDIES (OAS). **National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1998**. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2000b.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, 32(4), 299-316, 1998.

PROCHASKA, J. A.; DI CLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change. Applications to addictive behaviour. **Am. Psych.** v. 47, p. 1102 – 1114, 1992.

PROUDFOOT, H.; TEESSON, M. **Investing in Drug and Alcohol Treatment**. NDARC Technical Report nº 91. Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 2000.

RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. **Alcoolismo Hoje**. Porto alegre, Artes Médicas, 1990.

REID, M. C.; FIELLIN, D. A.; O`CONNOR, P. G. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. **Archives of Internal Medicine**, 159 (15), 1681 – 1689, 1999.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S.; ALVES, M. J. M.; CASTRO, L. S. Alcoolismo e MMPI: Escala de MacAndrew e perfil de personalidade. **Rev bras Neurol**, 34(5), 181-192, 1998a.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S.; ALVES, M. J. M.; CASTRO, L. S. Aplicabilidade e motivos de invalidação do MMPI em abusadores e dependentes de etílicos. **Rev bras Neurol**, 34(6), 209-218, 1998b.

RIBEIRO, M. S. Alcoolismo, Personalidade e Transtornos de Personalidade: possibilidades diagnósticas e tipológicas. **Medicina**, 32(Supl 1), 17-25, 1999.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S.; ALVES, M. J. M.; RONZANI, T. M. Construção e validação de escalas para identificação de alcoolistas derivadas do MMPI. **Rev bras Neurol**, 36(2), 57-66, 2000a.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S.; ALVES, M. J. M.; RONZANI, T. M. Desenvolvimento e validação de instrumentos de rastreamento de alcoolistas a partir de dados de personalidade: resultados preliminares. **Rev bras Neurol**, 36(4), 119-125, 2000b.

RIBEIRO, M. S.; ALVES, M. J. M.; FREITAS, P. S. C.; MARRA, A. C.; MENDONÇA, E. B.; LINHARES, F. F.; CRESPO, F. L. **Validação de Instrumentos de Rastreamento e Estudo da Prevalência do Alcoolismo no Hospital Geral**. Relatório final do Programa de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/CNPq, 2001.

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

RUBIN, R. H. **Medicine in Primary Care Approach**. Philadelphia, Saunders, 1996.

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

SEIBEL, S. D.; TOSCANO, A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SENF, R. A.; POLEN, M. R.; FREEBORN, D. K.; HOLLIS, J. F. Brief Intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. **American Journal of Preventive Medicine**. 13(6), p. 464 – 470, 1997.

STEPHENS, R. S.; ROFFMAN, R. A.; CURTIN, L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68(5), p. 898 – 908, 2000.

STEWART, S. H.; CONNORS, G. J. Screening for Alcohol Problems: What Makes a Test Effective? **Alcohol Research e Health**. vol. 28, n^o 1, p. 5 – 16, 2004 / 2005.

STOTTS, A. L.; SCHMITZ, J. M.; RHOADES, H. M.; GRABOWSKI, J. Motivational Interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 69(5), p. 858 – 862, 2001.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA), Office of Applied Studies. **Emergency Department Trends from the Drug Abuse Warning Network, Preliminary Estimates January-June 2001 with Revised Estimates 1994 to 2000**. DAWN Series D-20 (Publication N^o. (SMA) 02-3634). DHHS: Rockville, MD, 2002.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM – 1997. **World Drug Report**. New York: Oxford University Press, 1997.

U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: Recommendation statement. **Annals of Internal Medicine**, 140 (7), 557 – 568, 2004.

WHITLOCK, E. P.; POLEN, M. R.; GREEN, C. A. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**, 140, 557 – 568, 2004.

WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP. A randomised cross-national clinical trial of brief interventions with heavy drinkers. **American Journal of Public Health**, 86(7), p. 948 – 955, 1996.

WHO ASSIST WORKING GROUP. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction**, v. 97, p. 1183 – 1194, 2002.

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.

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

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

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). The World Health Report 2002. **Reducing Risks, promoting healthy life**. WHO. Geneva, 2002.

WUTZKE, S. E.; SHIELL, A.; GOMEL, M. K.; CONIGRAVE, K. M. Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. **Social Science & Medicine**, 52(6), p. 863 – 870, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1 – Formulários:

- 1 – Registro de Participação
- 2 – Instrumento ASSIST
- 3 – Consentimento de Participação
- 4 – Informação ao Participante
- 5 – Localização e Registro de Seguimento
- 6 – Perfil Demográfico
- 7 – Registro da Intervenção Breve
- 8 – Instrumento ASSIST – seguimento
- 9 – Avaliação da Intervenção Breve – seguimento

ANEXO 2 – Conteúdos das respostas dos pacientes às 1ª, 2ª e 3ª questões

DROGA PONTUADA	NÍVEL DE SCORE	CLASSIFICAÇÃO DOS CONTEÚDOS DA 1ª QUESTÃO
DETECTAR (código 1)		
álcool	baixo	prevenir o uso em excesso
álcool	alto	o objetivo era dar um alerta
álcool	baixo	verificar o nível de uso e se há diminuição do uso
maconha	baixo	mostrar o quanto é preocupante a zona de risco que me encontro quanto ao uso
álcool	baixo	não tinha conhecimento do nível que estava usando
álcool	baixo	fazer um levantamento do uso na população e verificar como poderia haver um modo de prevenção
maconha	alto	fazer análise dos usuários e grau de inserção das drogas na sociedade
INTERVIR (código 2)		
álcool	baixo	ajuda aos viciados e aos que estão começando
maconha	baixo	bom, ajudar as pessoas
álcool	baixo	funciona como um alerta, não estava levando um ritmo bom
álcool	alto	informações sobre a saúde e se mudava o comportamento de uso
cocaína	alto	muito importante para minha saúde, gostei da preocupação
álcool	alto	foi bem aproveitado, sempre deveriam falar sobre o uso dessas substâncias
cocaína	baixo	abrir a cabeça da gente
anfetamina	alto	refletir sobre meu uso de anfetaminas para o emagrecimento
álcool	alto	vocês estão tentando ajudar as pessoas a diminuir o uso e melhorar a vida
álcool	alto	passar mais informações sobre as drogas e orientar a reduzir ou parar o consumo
álcool	alto	importância do alerta sobre os males causados e a gente pensa antes de tomar alguns copinhos
álcool	baixo	as informações sobre drogas foram bem boas
anfetamina	baixo	foi de grande ajuda, comecei a enxergar o que me falavam
anfetamina	baixo	incentivar as pessoas a diminuírem o uso das drogas
álcool	baixo	interessante, uma maneira de conscientizar
álcool	alto	um meio de educar, incentivar, para o bem da saúde das pessoas
álcool	baixo	tentar ajudar as pessoas que estão passando do escore
álcool	baixo	é bom, é uma ajuda para mim
álcool	alto	iria fazer mal para meu organismo
álcool	alto	mexer com usuários, conscientizando dos riscos à saúde
maconha	baixo	fornecer cultura aos usuários de drogas
álcool	baixo	ajudar o conhecimento das pessoas quanto às substâncias
maconha	baixo	diminuir o uso de drogas
álcool	baixo	entendi que eu estava com problemas relacionados ao álcool
álcool	alto	que eu deveria pensar nos prejuízos que o álcool traz e tentar diminuir o uso
álcool	alto	acho que eu deveria pensar sobre meu uso de álcool e quanto pode ser prejudicial à família
álcool	alto	me preocupei com o uso e o risco que estava correndo, tomei por lição isso e passei para meu pai
álcool	baixo	eu deveria me cuidar, pois estava em uma área de alerta
álcool	baixo	ver número de jovens e frequência de uso da droga e informações foram para ajudar a reduzir o uso
álcool	baixo	todo mundo sabe que faz mal, mas poucas param para pensar
álcool	alto	solucionar problemas dos alcoólatras e drogados
NÃO ENTENDEU / NÃO ATINGIU OS OBJETIVOS (código 3)		
álcool	baixo	achei válido, eu não bebia muito, mas outros bebem demais, falei a

		alguns amigos
maconha	baixo	achou importante, não mudou a atitude
álcool	baixo	esse é o seu trabalho, para mim não mudou, pois não tenho vício
álcool	alto	para saber se leu o material
álcool	alto	mais confiante, conversou c/ esposa e irmãs que o incentivaram também
álcool	alto	não sabe, não parou para pensar, ibope, imagem
maconha	baixo	não lembro
álcool	baixo	não sei o que dizer
maconha	alto	não quis falar, parecia alcoolizado
álcool	baixo	nada a falar
álcool	baixo	não sabe
maconha	baixo	não lembro
álcool	baixo	não pensou a respeito
álcool	baixo	não pensou sobre o assunto
álcool	baixo	não pensou a respeito
álcool	baixo	não lembra

DROGA PONTUADA	NIVEL DE ESCORE	CLASSIFICAÇÃO DOS CONTEÚDOS DA 2ª QUESTÃO
PRÉ-CONTEMPLAÇÃO (código 1)		
		não bebia muito, só nas comemorações de fim de ano, continua não bebendo
álcool	baixo	bebendo
álcool	baixo	não sei dizer
álcool	baixo	não sabe
álcool	baixo	não
álcool	baixo	não sabe, ficou mais ou menos igual
álcool	baixo	pelos males que causa, mas isso escuto todo dia
álcool	alto	no começo diminuí, depois a influência do grupo foi mais forte
CONTEMPLAÇÃO (código 2)		
álcool	baixo	ter alguém que está se preocupando com minha saúde já sabia que tinha problema, você reforçou isso e estou procurando ajuda
maconha	baixo	ajuda
maconha	baixo	devido ao risco
álcool	baixo	se tiver alguma doença eu já estou sabendo e não vou ficar doente sozinho não iria perceber que estava com problemas, comecei a pensar na família
álcool	baixo	na família
álcool	alto	agora sabe que faz mal, achou o material muito bom e quer parar
cocaína	alto	fiquei sabendo todos os males que as substâncias fazem
anfetamina	alto	eu não sabia que era droga, que causava problemas e dependência li o manual e observei amigos, acho que tenho chance de me tornar um alcoólatra
álcool	alto	tenho exemplo do meu pai com problema de saúde pelo álcool, é uma droga silenciosa, eu estava entrando nessa
álcool	baixo	cheguei em casa e comentei com minha família e eles concordaram com o alerta
álcool	alto	o alerta
anfetamina	baixo	comecei a pensar melhor, nunca senti dor alguma então não me preocupava, enxerguei melhor
álcool	baixo	pelos riscos que a bebida poderia causar, achei que a bebida não causava danos a longo prazo
álcool	alto	sabemos o mal que faz e as pessoas que estão próximas as vezes não falam nada
álcool	baixo	falam nada
álcool	alto	nas informações que passei sobre o álcool, os males que faz à saúde
álcool	alto	fez pensar no problema
álcool	baixo	uma pessoa com conhecimento falando das substâncias convence mais
álcool	baixo	porque quando comecei eu era jovem
álcool	alto	porque quando comecei eu era jovem

álcool	alto	fez repensar as atitudes na vida
álcool	alto	minha namorada me chamava atenção e você também falou e isso me deu mais apoio.
maconha	baixo	diminuiu por umas duas semanas, depois voltei a usar
AÇÃO (código 3)		
maconha	baixo	diminuiu um pouco o cigarro
álcool	baixo	comecei a ter noção que estava ingerindo em excesso e dei uma pausa
álcool	baixo	uso apenas no final de semana, não vou mudar porque ainda sou jovem
álcool	baixo	sim, beber menos
cocaína	baixo	parei de usar, foi maravilhoso, adorei a conversa
álcool	baixo	estou fazendo uso consciente agora
álcool	baixo	porque tentei reduzir um pouco
		estou tentando reduzir, mas é complicado, por mais que saiba que faz mal
álcool	baixo	mal
álcool	baixo	bebeu menos, preocupa-se mais quando vai beber
álcool	alto	fumou menos, pensou mais a respeito dos riscos, jurou não fumar mais
maconha	alto	estou me sentindo melhor comigo por ter diminuído o uso
maconha	baixo	deixou de usar, entrou na igreja e lá não permite o uso
álcool	alto	já tinha consciência, já tinha diminuído e a IB foi um ponto a mais
		isso é complicado, não quero que o álcool me prejudique então tentei evitar
álcool	baixo	evitar
anfetamina	baixo	não quer mais tomar rebite por eu ter falado que faz mal à saúde
		percebi que devo ser exemplo para minha família e estava gastando muito com isso
álcool	alto	achava normal tomar remédio e álcool juntos apesar de estar escrito na bula
álcool	baixo	bula

DROGA PONTUADA	NÍVEL DE ESCORE	CLASSIFICAÇÃO DOS CONTEÚDOS DA 3ª QUESTÃO
“feedback” (código 1)		
álcool	baixo	quantas vezes passei mal, isso chamou minha atenção que algo estava errado
álcool	baixo	principalmente saber que estava em uma área de risco
álcool	baixo	o nível de uso
álcool	alto	vi que estava exagerando no consumo de álcool
		meu problema poderia piorar, estou em tratamento e você falou que poderia ser pior com associação
álcool	baixo	a questão da minha saúde, os efeitos a longo prazo
álcool	baixo	a tendência que pode ser um alcoolista
maconha	baixo	saber que estava em grupo de risco
álcool	baixo	levantamento dos efeitos do álcool em relação a saúde
álcool	alto	pensar que a pinga me fazia brigar com a família
“responsibility” (código 2)		
álcool	alto	me identifiquei com os sintomas do alcoolismo
		preocupação em tentar abrir o olho do usuário, tentar baixar o escore de risco
álcool	baixo	em relação ao meu filho e a minha vida minha namorada dizia que o álcool estava atrapalhando
álcool	alto	mudou o que sabia a respeito do THC, dos riscos, achava que só fazia bem, percebeu os danos à saúde
álcool	alto	bem, percebeu os danos à saúde
álcool	baixo	puxão de orelha, se assustou c/ o risco à saúde
“advice” (código 3)		
álcool	baixo	o que a droga causa para a saúde
álcool	baixo	informações que eu não conhecia e agora sei
álcool	alto	sobre os efeitos do cigarro
álcool	baixo	danos à saúde do álcool

cocaína	alto	os efeitos das substâncias
álcool	alto	mesmo bebendo apenas três latas de cerveja por semana faz mal à saúde
anfetamina	alto	os riscos causados pelo uso e a dependência
álcool	alto	alcoolismo é uma doença que desenvolve devagar, com perda de controle
álcool	baixo	tudo eu já sabia, serviu para reforçar
álcool	baixo	falar sobre as drogas
álcool	alto	o fato do álcool ser droga também, as outras nunca tive vontade de experimentar
anfetamina	baixo	foi falar dos efeitos da anfetamina
anfetamina	baixo	quando expliquei os efeitos adversos do rebite
álcool	alto	o quanto a bebida poderia prejudicar depois de alguns dias
álcool	alto	ter falado dos efeitos do álcool
álcool	baixo	o que a bebida causa para o organismo
maconha	baixo	efeitos da droga
“empathy” (código 4)		
cocaína	baixo	muito bom porque me tratou muito bem, senti confiança e os males à saúde
álcool	alto	relato de outras pessoas que usavam drogas e estão bem
álcool	baixo	tudo é muito interessante, tudo é muito bom
não lembra ou nada importante (código 5)		
maconha	baixo	não lembra, já sabia o que foi falado
álcool	alto	não lembra
álcool	alto	não lembro
álcool	baixo	parou de responder e desligou o telefone!!!!
maconha	baixo	não lembro
álcool	alto	não lembra
maconha	alto	nada me chamou muito a atenção
influência externa (código 6)		
maconha	baixo	a entrevista foi importante, mas deixou de usar todas as substâncias químicas após participar da igreja



PARTE 1. REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

Por favor, preencha essa folha de “Registro de Participação” para todo paciente que participar do estudo. Inclusive 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° ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b. Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	-----------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.2 DETALHES DO CENTRO	a. Código	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b. Clínica	<input type="text"/>
-------------------------------	------------------	----------------------	----------------------	-------------------	----------------------

1.3 PACIENTE	a. sexo	<input type="text"/>	b. ano de nascimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------------------	----------------	----------------------	-----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

→ Não	<input type="checkbox"/>	Pare por aqui a entrevista
→ Sim	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	Anexe o ASSIST preenchido e pare por aqui
→ Sim	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	Anexe o ASSIST preenchido e pare por aqui
→ Sim	<input type="checkbox"/>	Siga para o próximo passo



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. Concorde 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?

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

1.11 Hora? 1.12 Data?

1.13 Local?





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.

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.

PARTICIPANTE

2.1 Nome

2.2 Assinatura

2.3 Data

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

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

2.4 Nome

2.5 Assinatura

2.6 Data

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



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

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.

RESUMO DA PESQUISA.

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

Durante a primeira entrevista você será 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.

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

Com o objetivo de fazer essa segunda entrevista daqui a três meses, precisamos de algumas informações detalhadas sobre como encontrá-lo(a) assim como 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.

CONFIDENCIALIDADE

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.



RISCOS

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

BENEFÍCIOS

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

OBRIGAÇÕES

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

A sua participação no estudo é totalmente voluntária. Caso escolha não participar, a qualquer momento, isto não afetará o seu atendimento neste, no momento ou no futuro. Você pode pedir esclarecimentos sobre o projeto quando quiser. **Você pode contatar a Dra Roseli B. de Lacerda, a responsável pela pesquisa em Curitiba, caso você queira algum esclarecimento ou tenha alguma reclamação no telefone 361-1720, da Universidade Federal do Paraná. Em São Paulo, procure a Dr.ª Maria Lucia O. Souza Formigoni na UNIFESP pelo telefone 55390155 ramal 103.**

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

OBRIGADO PELO TEMPO DISPENDIDO



PARTE 4. FORMULÁRIO DE LOCALIZAÇÃO & REGISTRO DE SEGUIMENTO

FORMULÁRIO DE LOCALIZAÇÃO

4.1 ENTREVISTADOR	a. ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b. Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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

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.

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.

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).

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.

PESQUISADORES

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.

Qualquer outra instrução ou comentário sobre o seguimento poderá ser registrado abaixo.

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	
b. Data de nascimento	
c. Fone residencial	
d. Fone do trabalho	
e. Celular	
f. E-mail	
g. Endereço	
h. Há quanto tempo mora nesse endereço?	
i. Planeja se mudar logo? Para onde?	
j. Quantas pessoas moram com você?	
k. Nome & Relacionamento	
l. Nome & Relacionamento	
m. Nome & Relacionamento	

**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	
b. Endereço	
c. Números de telefones	

4.7 DETALHES DO INFORMANTE 2

a. Nome completo & Relacionamento	
b. Endereço	
c. Números de telefones	

4.8 DETALHES DO INFORMANTE 3

a. Nome completo & Relacionamento	
b. Endereço	
c. Números de telefones	

INSTRUÇÕES PARA O SEGUIMENTO, CASO PRECISE DEIXAR UMA MENSAGEM.

Que tipo de mensagem? / com quem?	
--	--





PARTE 5. PERFIL DEMOGRÁFICO

Entrevistador ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	UBS	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------	----------------------	----------------------	-----	----------------------

PACIENTE ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PESQUISADORES:

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

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

5.2 REGISTRE O SEXO COMO OBSERVADO

1 – Masculino

2 – Feminino

5.3 QUAL A SUA IDADE? (em anos)

Idade em anos

5.4 QUAL O SEU ESTADO CIVIL ATUAL?

1 – Casado atualmente

4 – viúvo (não casado no momento)

2 – Casado informalmente (“mora junto”)

5 – Divorciado (não casado no momento)

3 – Separado (mas ainda casado)

6 – Nunca se casou

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

1 – Casa própria ou da família

4 – Abrigo

7 – Outro (especifique)

2 – Apartamento ou casa alugada

5 – Casa de recuperação

3 – Quarto

6 – Sem endereço fixo

5.6 HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ MORA NESSE ENDEREÇO?

Anos

Meses

5.7 QUAL A SUA RELIGIÃO ATUAL?

1 - Protestante

4 – Muçulmano / Islâmico

7 - Hindu

2 - Católico

5 – Ortodoxo (Cristão)

8 – Outro (especifique).....

3 - Judeu

6 - Budista

9 - Nenhuma



5.8 A QUAL RAÇA VOCÊ JULGA PERTENCER?

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

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

- 1 - Não 2 – Sim (especifique)

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

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

- 1 - Não 2 – Sim

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

Anos Meses

5.11c PARA QUAL 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"/> <input type="text"/> |

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

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



5.12a NO ÚLTIMO ANO, QUANTOS MESES ESTEVE EMPREGADO? (Considere por conta própria e assalariado)

--	--

5.12b VOCÊ ESTÁ EMPREGADO NO MOMENTO?

1 - Não

2 - Sim

--

5.12c VOCÊ TRABALHA EM TEMPO PARCIAL OU TOTAL? (N/A=99)

1 – Total

2 – Parcial

--	--

5.12d QUE TIPO DE TRABALHO VOCÊ FAZ? (N/A=99)

--

5.13a NO ÚLTIMO ANO, QUANTOS MESES VOCÊ ESTUDOU? (escola elementar, escola secundária, universidade, supletivo, etc.)

--	--

5.13b VOCÊ ESTÁ ESTUDANDO NO MOMENTO?

1 - Não

2 - Sim

--

5.13c QUANTOS ANOS DE ESTUDO VOCÊ COMPLETOU?

--	--



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

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

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	SERVIÇO	<input type="text"/>
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	<input type="text"/>	DATA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HORA INICIAL	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	(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, 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, 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
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	2	3	4	6
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermutes, caninha, rum tequila, gin)	0	2	3	4	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, 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 loló)	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-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, 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.

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
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3	4	5	6
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermutes, caninha, rum tequila, gin)	0	3	4	5	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)	0	3	4	5	6
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	3	4	5	6
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	3	4	5	6
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	3	4	5	6
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	3	4	5	6
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	3	4	5	6
j. Outras – especificar:	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 JÁ USADAS NA VIDA (MENCIONADAS NA QUESTÃO 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, 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, 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, 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, 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)	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 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”

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**

O TIPO DE INTERVENÇÃO É DETERMINADO EM DECORRÊNCIA 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.


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)	COLUNA B (GRUPO CONTROLE - IB NO SEGUIMENTO)
a. Grupo de Intervenção Breve (assinale ao lado) <input type="checkbox"/>	b. Grupo Controle lista de espera (assinale ao lado) <input type="checkbox"/>
7.2a DATA DA ENTREVISTA BASAL	7.2b DATA DA ENTREVISTA DE SEGUIMENTO
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<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	7.3b REGISTRE OS ESCORES DO ASSIST NO SEGUIMENTO
(i) Maconha <input type="text"/> (ii) Cocaína <input type="text"/> (iii) Estimulantes tipo Anfetamina <input type="text"/> (iv) Opióides <input type="text"/>	(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?.....	7.4b Para qual droga a IB foi focalizada?.....
7.5a HORA DE INÍCIO DA IB NO BASAL?	7.5b HORA DE INÍCIO DA IB NO SEGUIMENTO?
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (horário de 24 horas)	<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?	7.6b HORA DE TÉRMINO DA IB NO SEGUIMENTO?
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (horário de 24 horas)	<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"/>	7.7b 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
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



PARTE 8. WHO - ASSIST V3.0 SEGUIMENTO

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

Seguimento do ASSIST: aplicar da mesma maneira do teste basal (não deixe questões em branco)

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	UBS	<input type="text"/>
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	<input type="text"/>	DATA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HORA INICIAL	<input type="text"/>	:	<input 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

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.

Questão 8.1

(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)

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 alcólicas (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, caximbo, 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.

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 alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)	0	2	3	4	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, 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 loló)	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-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, 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
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3	4	5	6
b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)	0	3	4	5	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)	0	3	4	5	6
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)	0	3	4	5	6
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)	0	3	4	5	6
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	3	4	5	6
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)	0	3	4	5	6
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)	0	3	4	5	6
j. Outras – especificar:	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
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, vermouthes, 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, caximbo, 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



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, 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, 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, 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, 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 8.7

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, 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, 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

Mais do que uma vez por semana
ou
Mais de 3 dias consecutivos

INTERVENÇÃO SUGERIDA

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

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**

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

	<i>Anotar a pontuação para cada droga</i>	<i>Nenhuma intervenção</i>	<i>Intervenção Breve</i>	<i>Encaminhar para tratamento mais intensivo</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 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.



PARTE 9. FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO BREVE – SEGUIMENTO

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:

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

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

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

Por favor, aplique aos participantes na entrevista de seguimento (seguimento) APOS ter aplicado o ASSIST

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

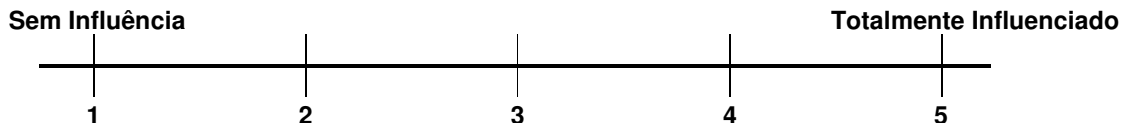
Você deve se lembrar que depois que você respondeu o questionário três meses atrás, o entrevistador te deu um retorno (feedback) & informações sobre o seu uso de (droga) & pode ter discutido com você os pontos positivos e negativos do seu uso de (droga). O entrevistador também pode ter dado algum material 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).

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)?



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?”*



9.3a VOCÊ TENTOU DIMINUIR SEU USO DE (DROGA) APÓS TER RECEBIDO A DEVOLUTIVA E INFORMAÇÕES?

Não

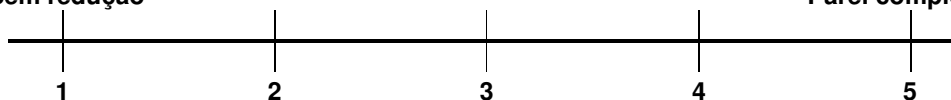
→ Vá para **Parte 3 (Q9.5)**

Sim

→ Vá para **Q9.3b**

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

Sem redução



Parei completamente

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

--	--

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

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



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

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



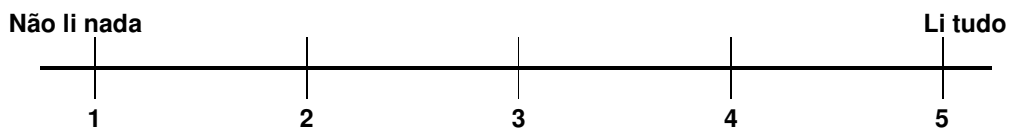
Não

Vá para Q9.7

Sim

Vá para Q9.5b.

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



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?
