



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 4
Intervenção Breve

5ª Edição

Brasília
2014

Módulo 4
Intervenção Breve

**Presidenta da República
Dilma Rousseff**

**Vice-Presidente da República
Michel Temer**

**Ministro da Justiça
José Eduardo Cardozo**

**Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas
Vitore Andre Zilio Maximiano**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 4
Intervenção Breve

5ª Edição

Brasília
2014

SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas:
Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento
Desenvolvimento do projeto original: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

© 2014 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD | Departamento de Psicobiologia | Departamento de Informática em Saúde | Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: CD-ROM

Disponível também em: www.supera.senad.gov.br

Tiragem desta edição: 16.500 exemplares

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

Edição: 2014

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 213 Brasília/DF – CEP 70604-900

www.senad.gov.br

Unidade de Dependência de Drogas (UDED) |
Departamento de Psicobiologia | Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Rua Napoleão de Barros, 1038 | Vila Clementino |
CEP 04024-003 | São Paulo - SP

Homepage: www.supera.senad.gov.br

E-mail: faleconosco.supera5@supera.org.br

Equipe Editorial

Coordenação 5ª edição

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Supervisão Técnica e Científica

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Revisão de Conteúdo

Equipe Técnica - SENAD

Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas

Coordenação Geral de Políticas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social

Equipe Técnica - UNIFESP

Eroy A. Silva

Keith Machado Soares

Monica Parente Ramos

Yone G. Moura

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância

Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP

Coordenação de TI: Fabrício Landi de Moraes

Projeto Gráfico

Silvia Cabral

Diagramação e Design

Marcia Omori

161

Intervenção Breve: módulo 4. – 5. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

124 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 5. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

ISBN 978-85-85820-64-0

1. Drogas – Uso – Abuso I. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza
II. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas III. Série.

CDD – 613.8

Sumário

Introdução do módulo	9
Objetivos de ensino.....	10
Capítulo 1: Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo	11
Um pouco de história.....	12
Triagem do uso de drogas	14
Princípios da Intervenção Breve.....	14
Atividades.....	20
Bibliografia	22
Capítulo 2: Como motivar usuários de risco	23
Os estágios de mudança.....	24
O que é preciso para o paciente mudar seu comportamento?	30
Atividades.....	32
Bibliografia	34
Capítulo 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos	35
Aprendendo a utilizar a técnica de Intervenção Breve	36
Escolhendo a substância de maior preocupação	36
Depois de avaliar o paciente (detecção pelos instrumentos de triagem), como dar o retorno (<i>feedback</i>) dos resultados?	37
Retorno e informação para usuários de baixo risco.....	39
Intervenção Breve para usuários na faixa de uso de risco	41
Atividades.....	51
Bibliografia	53
Capítulo 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações.....	55
Intervenção Breve para adolescentes usuários de substâncias	56
Por que considerar a Intervenção Breve?	58
Intervenção Breve para Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs).....	61
Intervenção Breve para população de rua	69
Atividades.....	71
Bibliografia	73

Capítulo 5: A Intervenção Breve na Atenção Básica de Saúde: quem pode aplicá-la?	75
Uso de álcool e drogas é assunto só para especialistas?	76
O que a Intervenção Breve tem a ver comigo, profissional de saúde?	78
A Intervenção Breve pode ser um instrumento para a Educação em Saúde?	79
Como implantar a Intervenção Breve na minha Unidade de Saúde?.....	83
O que se ganha em aplicar a Intervenção Breve?	84
Atividades.....	85
Bibliografia	87
Capítulo 6: Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves	89
As intervenções breves funcionam?	90
Estudos realizados em outros países	91
Estudo da relação custo-benefício	92
Custos e benefícios do Projeto TrEAT	93
Atividades.....	98
Bibliografia	100
Capítulo 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas.....	101
As Intervenções Breves na prática	102
Aproximação da vida real.....	106
Atividades.....	118
Bibliografia	121

Introdução do módulo

Este módulo do curso SUPERA é voltado ao estudo da técnica de Intervenção Breve (IB). Aqui você conhecerá a história dessa estratégia, que tem como foco a mudança de comportamento do usuário, bem como os seis princípios da IB: [1] devolutiva ou retorno; [2] responsabilidade e metas; [3] aconselhamento; [4] menu de opções; [5] empatia e [6] auto-eficácia.

No capítulo 2 deste módulo você aprenderá quais são os estágios de um processo de mudança e como motivar os usuários de risco de álcool e outras drogas para que comecem esse processo de mudança.

O capítulo 3 é extremamente prático e vai ajudá-lo a compreender como determinar a substância de maior preocupação, o que, após a utilização dos instrumentos de triagem, guiará o seu trabalho de retorno de informações ao paciente. Duas situações práticas são apresentadas para ilustrar as entrevistas, o envolvimento do profissional de saúde e os feedbacks fornecidos ao usuário.

É fundamental detectar/diagnosticar o uso abusivo ou dependência em suas fases iniciais, porque indivíduos que iniciam precocemente o consumo de substâncias psicotrópicas tendem a apresentar maiores níveis de problemas relacionados ao uso e apresentam maiores chances de desenvolver transtornos psiquiátricos. Você verá, também neste módulo, que a Intervenção Breve para adolescentes usuários de risco de substâncias pode impedir a progressão de um estágio de uso de drogas para outro de maior gravidade.

Os usuários de drogas injetáveis (UDIs) constituem um público com características específicas, dado que eles expõem a si e aos seus parceiros sexuais e de uso de drogas a doenças como AIDS e Hepatites B e C. No capítulo 4 você verá a importância da Intervenção Breve quando utilizada sob a ótica da redução de danos.

Após conhecer a técnica, princípios e aplicações da Intervenção Breve, você estudará sobre a sua aplicabilidade nos serviços de Atenção Básica à Saúde, em especial nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ou Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPSs) e nas Equipes de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários. Esta é a temática do capítulo 5.

Os dois últimos capítulos deste módulo abordam a eficácia e a relação custo-efetividade da Intervenção Breve por meio de experiências brasileiras, e de outros países.

Objetivos de ensino

Ao final do módulo, você será capaz de:

- ✓ Conhecer os princípios da Intervenção Breve, sua história e como utilizá-la na prática, com base em seus fundamentos;
- ✓ Reconhecer os estágios de mudança e avaliar o que é preciso fazer, em cada fase, para ajudar o paciente a mudar seu comportamento;
- ✓ Desenvolver estratégias específicas ao perfil dos usuários considerando suas características sociodemográficas e o tipo de droga utilizada;
- ✓ Determinar junto à equipe de profissionais dos setores de saúde ou assistência social quem, e em que circunstâncias, irá aplicar a técnica de IB;
- ✓ Conhecer os benefícios da IB e os resultados obtidos com ela, tanto em condições de pesquisa como na prática clínica, no Brasil e em outros países.

Capítulos

1. Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo
2. Como motivar usuários de risco
3. Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos
4. Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações
5. A Intervenção Breve na Atenção Básica de Saúde: quem pode aplicá-la?
6. Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves
7. As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas



Capítulo

1

Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo

TÓPICOS

- ✓ Um pouco de história
- ✓ Triagem do uso de drogas
- ✓ Princípios da Intervenção Breve
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia



Denise De Micheli, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Ana Paula Leal Carneiro

A **Intervenção Breve (IB)** passa a ser abordada em do uso de álcool e outras drogas tem conquistado espaço entre profissionais de diferentes formações, incluindo profissionais de saúde, da assistência social, da área de educação e agentes comunitários. Entretanto, a técnica ainda não é tão utilizada, devido à falta de capacitação desses profissionais, embora, como você verá adiante, o treinamento nessa técnica seja simples. Na verdade, você chegará à conclusão de que muitas vezes já realizou “intervenções breves”, de uma forma intuitiva, usando sua experiência profissional e sua experiência de vida.

O que veremos agora são os princípios dessa técnica, como ela surgiu e como você pode utilizá-la na sua prática, não mais de modo intuitivo, mas de forma consciente e atenta a seus fundamentos.

Um pouco de história

A técnica de **Intervenção Breve (IB)** foi proposta como uma abordagem terapêutica para usuários de álcool, em 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores, no Canadá simultaneamente, William Miller e outros pesquisadores dos Estados Unidos desenvolveram abordagens semelhantes, estimulados pelo estudo de



Griffith Edwards na Inglaterra que demonstrou redução do consumo de álcool após uma única sessão de aconselhamento. A IB é uma estratégia de intervenção estruturada, focal e objetiva, com procedimentos técnicos, que permitem estudos sobre sua efetividade. Seu objetivo é ajudar no desenvolvimento da **autonomia** das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas. Originalmente, foi desenvolvida a partir da necessidade de uma atuação precoce junto a pessoas com histórico de uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, incentivando-as a parar ou reduzir o consumo das drogas. No entanto, ela pode ser utilizada em outros contextos e com outras populações, como em ambulatórios de diabéticos ou hipertensos.

Um fator capaz de explicar o crescente interesse por essa forma de intervenção é seu resultado, e o fato de que tratamentos intensivos não são superiores aos de abordagens mais breves. Os custos de um tratamento devem ser justificados pelo

SAIBA QUE:

A IB pode ser realizada por profissionais com diferentes tipos de formação, como: médicos, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, educadores, agentes comunitários e outros profissionais da saúde e da assistência social.

benefício que ele traz, ou seja, a relação custo-benefício dos tratamentos mais intensivos justifica a procura por novas formas de tratamento menos custosas, como as intervenções breves.

O termo Intervenção Breve refere-se a uma estratégia de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente.

A IB, em geral, está relacionada à prevenção **secundária**, tendo como objetivo identificar a presença de um problema, motivar o indivíduo para a mudança de comportamento e sugerir estratégias para que essa mudança possa acontecer, podendo ser utilizada para:

- ✓ Prevenir ou reduzir o consumo abusivo de álcool e/ou outras drogas, bem como os problemas sociais;
- ✓ Orientar, de modo focal e objetivo, sobre os efeitos e consequências relacionados ao consumo abusivo.



- ✓ **Prevenção primária:** no caso de uso abusivo de substâncias, refere-se à intervenção junto à população antes da existência do primeiro contato com a droga; seu objetivo é impedir ou retardar o início do consumo de droga.
- ✓ **Prevenção secundária:** intervenção realizada quando já existe uso da droga; seu objetivo é evitar a progressão do consumo e minimizar os prejuízos relacionados ao uso.

A IB pode durar desde cinco minutos, na forma de orientação breve, até 15 a 40 minutos. Por essa razão, ela deve ser **FOCAL** (com destaque para a problemática principal) e **OBJETIVA**.

De modo geral, indica-se a utilização da IB para indivíduos com **uso abusivo ou de risco de álcool ou outras drogas**.

Casos graves (dependentes) devem ser encaminhados para serviço especializado porque, em geral, esses indivíduos apresentam uma gama enorme de problemas relacionados ao uso de drogas, e uma Intervenção Breve pode não ser capaz de contemplar muitos aspectos, que poderiam ser importantes.

Triagem do uso de drogas

O 1º PASSO NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO BREVE



Como você já viu no módulo anterior, a triagem inicial do uso de álcool e/ou outras drogas é uma forma simples de identificar pessoas que fazem uso de substâncias. Além disso, fornece ao profissional de saúde informações para planejar a intervenção de modo direcionado às necessidades do paciente, considerando os riscos e problemas relacionados ao uso da substância. Vários estudos indicam que o feedback (isto é, o retorno das informações ou devolutiva) ao paciente, a partir da triagem inicial, pode estimulá-lo e motivá-lo a considerar a mudança de seu comportamento de uso da droga.

A detecção do uso de álcool e/ou outras drogas em serviços de Atenção Primária à Saúde (detecção precoce) pode aumentar a identificação de pessoas com uso de risco de substâncias psicoativas, o que aumenta ainda mais a efetividade da intervenção. Recomenda-se que a triagem seja feita de forma sistematizada, usando instrumentos padronizados e, de preferência, validados para uso em nosso país, como o **AUDIT** e o **ASSIST**, para a população adulta, ou o **DUSI** para adolescentes.

SAIBA MAIS:
Os termos **Atenção Básica** e **Atenção Primária à Saúde** podem ser utilizados como sinônimos na maioria das vezes, sem que se torne um problema conceitual, porém existem algumas críticas quanto à origem e diferenças conceituais. Na literatura nacional e internacional há produções científicas em que os dois termos aparecem. Porém, o termo **Atenção Básica** no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS é mais utilizado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. (Mello GA; Fontanella BJB; Demarzo MMP. *Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e diferenças conceituais*. (artigo de revisão). Rev. APS. V12, nº 2, p. 204-13. abr-jun, 2009.

Princípios da Intervenção Breve

Miller & Sanches propuseram alguns elementos essenciais ao processo de Intervenção Breve. Esses elementos têm sido reunidos usando a abreviação **FRAMES** (que em inglês significa “moldura”, enquadramento, ou seja, você irá “enquadrar” os seus procedimentos nesse esquema).

Feedback (devolutiva ou retorno)

Responsibility (responsabilidade)

Advice (aconselhamento)

Menu of Option (menu de opções)

Empathy (empatia)

Self-efficacy (autoeficácia)

A sigla servirá para facilitar a lembrança das etapas a serem seguidas.

F (feedback) – Devolutiva ao paciente após a triagem do uso de substâncias

Nessa primeira etapa, avalia-se o consumo de álcool e/ou outras drogas e problemas relacionados a esse consumo, por meio de instrumentos padronizados. Após essa avaliação, o paciente recebe um retorno (ou *feedback*) sobre os riscos do seu padrão de consumo. Isso poderá servir também de ponto de partida para convidar o paciente a receber uma intervenção.

Por exemplo: “Pelo que conversamos...” ou “Pelo resultado do seu teste, parece que você está bebendo numa quantidade que pode lhe causar sérios problemas de saúde ou sociais - vamos conversar um pouco mais sobre isso?...”

2º PASSO



R (responsibility) – Responsabilidade e Metas

Nessa etapa, será realizada uma “negociação” entre o profissional e o paciente, a respeito das metas a serem atingidas no tratamento para redução do uso ou abstinência.



Aqui, será enfatizada a responsabilidade do paciente para atingir a meta estabelecida.

Em outras palavras, mostra-se ao paciente que ele é o responsável por seu comportamento e por suas escolhas.

SAIBA QUE:

Vários autores relatam que essa percepção de “responsabilidade” e “controle da situação”, por parte do paciente, pode ser um elemento motivador para a mudança de comportamento e quebra de resistência.

A função do profissional de saúde será alertá-lo e ajudá-lo.

A mensagem a ser transmitida ao paciente corresponde a: “O uso da substância é uma escolha sua e ninguém pode fazer você mudar seu comportamento ou decidir por você. Se você percebe que isso está prejudicando sua vida e sua saúde, e se quiser mudar, podemos ajudá-lo, mas a decisão é sua”. Isso permite ao paciente ter o controle pessoal em relação ao seu comportamento e suas consequências.

3° PASSO



A (*advice*) – Aconselhamento

Orientações claras sobre a diminuição ou interrupção do uso de drogas reduzem o risco de problemas futuros, aumentam a percepção do risco pessoal e fornecem um motivo para que o paciente considere a possibilidade de mudança do comportamento.

Ofereça ao paciente material informativo sobre o uso de substâncias.

É muito importante relacionar os problemas atuais, relatados pelo paciente, com seu uso de substâncias. Algumas vezes o paciente não percebe que é o uso de álcool ou outras drogas que está afetando seriamente sua saúde. Por exemplo, no caso de úlceras gástricas e uso de álcool, enfisema e uso de tabaco, maconha e problemas de memória, etc. Por isso, é importante que você conheça os efeitos agudos e crônicos (vistos no módulo 2) para que você possa relacionar os principais problemas relatados pelos usuários com seu uso de substância.

Se necessário, consulte o Módulo 2, para obter informações sobre os efeitos das substâncias psicoativas.

4° PASSO



M (*menu of options*) – Com um menu de opções, o usuário pode estabelecer estratégias para modificação do comportamento (reduzir ou parar o consumo)

Nessa etapa, o profissional busca identificar, junto com o paciente, as **situações de risco** que favorecem seu uso de substâncias, tais como: **onde ocorre** o uso, em **companhia** de quem, quais **sentimentos** permeiam esse uso ou em que **situações** emocionais ele ocorre. Por meio dessa identificação, o profissional orienta o paciente no desenvolvimento de habilidades e estratégias para evitar ou lidar de outra forma com essas situações de risco.

É importante estimular o paciente a pensar nessas estratégias, mas se ele tiver dificuldade você pode sugerir algumas alternativas. Veja agora alguns exemplos de opções e estratégias a serem discutidas junto com o paciente:

- ✓ Sugira que o paciente faça um diário sobre o seu uso de substância, registrando, por exemplo: onde ele costuma usar, em que quantidade, em companhia de quem, por



LEMBRE-SE:
Fornecer possibilidades de escolhas reforça o sentimento de controle pessoal e de responsabilidade para realizar a mudança, fortalecendo a motivação.

qual razão, etc. Isso ajudará a identificar as possíveis situações de risco.

- ✓ Identifique, junto com o paciente, outras atividades que possam substituir o uso de drogas. É importante que sejam atividades que possam lhe trazer prazer, como: praticar atividade física, tocar um instrumento, ler um livro, conviver com pessoas não usuárias, etc.
- ✓ Disponibilize informações sobre ajuda especializada, se for o caso. Ou ajude-o a refletir sobre as coisas de que gosta, além do uso da substância. Se ele não souber, ou demonstrar dificuldade, use essa situação como argumento para estimulá-lo a se conhecer melhor, a descobrir coisas novas, novos interesses. Procure ter sempre à mão opções gratuitas de lazer, dos mais diferentes tipos, como: atividades esportivas, apresentações de música, oficinas de artesanato, etc. Converse com a assistente social ou pessoas da comunidade sobre essas opções e atividades.
- ✓ Descubra a go que o pa iente gosta ia de ter e sugira que ele economize o dinheiro que gastaria com drogas para adquirir aquele bem. Junto com ele, faça as contas de quanto ele gasta. Por exemplo: um fumante que gaste R\$ 7,50 por dia com cigarros, em um mês economizaria R\$ 225,00 e, em 6 meses, R\$ 1350,00, o suficiente para comprar um celular novo, ou uma máquina digital, ou até mesmo um computador. Cálculos simples como esse podem ajudá-lo a perceber o prejuízo financeiro ao qual se sujeita.



5° PASSO



E (*empathy*) – Empatia

Evite ter um comportamento confrontador ou agressivo. Demonstre ao paciente que você está disposto a ouvi-lo e que entende seus problemas, incluindo a dificuldade de mudar.

6° PASSO



S (*Self-efficacy*) – Autoeficácia

O objetivo é aumentar a motivação do paciente para o processo de mudança, auxiliando-o a ponderar os “prós” e “contras” associados ao uso de substâncias psicoativas. Você deve encorajar o paciente a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação à sua habilidade para mudar seu comportamento, reforçando os aspectos positivos.

Uma Intervenção Breve eficiente não consiste somente em utilizar as técnicas propostas, mas também em criar um ambiente de APOIO para o paciente. Procure saber quem pode ajudá-lo nesse processo e incentive-o a conversar com essa pessoa

Dicas para a realização de uma boa intervenção

1. Evite usar rótulos ou jargões, como: alcoólatra, maconheiro, drogado, etc. Isso só intimida e envergonha o paciente, dificultando o estabelecimento do vínculo necessário para uma boa intervenção;
2. Procure fazer perguntas abertas, como: “me fale mais sobre seu consumo de maconha...”;
3. Procure fazer a chamada Escuta Reflexiva, que é um modo de demonstrar o entendimento do que o paciente lhe diz. Por exemplo: “Você está querendo me dizer que o seu consumo está causando problemas em seu trabalho?” ou “Se eu entendi bem, você disse que costuma beber grandes quantidades quando está com seus amigos de trabalho...”. Isso evita que o paciente negue alguma afirmação já feita, mencionando que não foi isso que ele quis dizer, ou que você entendeu errado;
4. Procure demonstrar sensibilidade e empatia, sendo sempre receptivo às questões abordadas pelo paciente;
5. Procure aumentar a consciência do paciente sobre os benefícios relacionados a sua mudança de comportamento. Mostre a ele que a



coisas podem melhorar, mas que isso depende principalmente de um posicionamento dele (responsabilidade). Reforce sua liberdade de escolha;

6. Sempre encoraje o paciente e reforce sua autoeficácia (*self-efficacy*), em relação aos comportamentos que ele gostaria de mudar. Diga que você confia nele, que acredita em sua capacidade de mudar;
7. Preste atenção à comunicação não verbal do paciente, ou seja, se ele parece agitado, inquieto, nervoso, etc. Isso também vale para você: demonstre interesse olhando nos olhos da pessoa e ouvindo atentamente.

Usuários de substâncias apresentam maiores chances de mudança de comportamento quando:

- ✓ Percebem que o uso de substância é causador de seus problemas;
- ✓ Acreditam que as coisas podem melhorar;
- ✓ Acreditam que podem ou conseguem mudar ;
- ✓ Relacionam seus problemas ao uso de substâncias.

Atividades

REFLEXÃO

Qual a importância do uso de uma técnica estruturada, focal e objetiva como a Intervenção Breve para os usuários de álcool e outras drogas, e como ela deve ser utilizada?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Assinale a alternativa INCORRETA sobre a técnica de Intervenção Breve (IB):

- a) Um objetivo importante da IB é ajudar no desenvolvimento da autonomia da pessoa .
- b) É uma técnica utilizada somente no atendimento a usuários de álcool e/ou outras drogas, não podendo ser inserida em outros contextos de tratamento.
- c) Refere-se a uma técnica de intervenção bem-estruturada, focal e objetiva.
- d) A IB foi desenvolvida devido à necessidade de uma atuação preventiva junto a pessoas com histórico de uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas .

2. O uso do instrumento de triagem seguido da Intervenção Breve é mais indicado para:

- a) Usuários de risco ou abusivos de álcool e/ou outras drogas.
- b) Usuários de baixo risco.
- c) Usuários que já se encontram dependentes da substância.
- d) Usuários que apresentam problemas severos decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas.

3. Dentro do conhecimento adquirido sobre a Intervenção Breve e o seu papel no uso de drogas, indique quais sentenças estão CORRETAS:

- I. A técnica de IB faz parte da prevenção secundária.
- II. A prevenção primária, quanto ao uso de substâncias, é voltada para a população antes da existência do primeiro contato com a droga.
- III. Na prevenção secundária a intervenção é realizada quando a pessoa apresenta um uso sugestivo de dependência.
- IV. As medidas preventivas têm por objetivo prevenir ou retardar o uso de drogas, evitar a progressão do consumo e minimizar os prejuízos relacionados ao uso.

- a) I e IV
- b) I, III e IV
- c) II e III
- d) I, II e IV

4. Na Intervenção Breve é fundamental que o profissional desempenhe o seu papel seguindo princípios claros e objetivos. Assinale o item que NÃO faz parte dos princípios da IB:

- a) Menu de opções (estabelecimento de estratégias para mudança de comportamento).
- b) Aconselhamento (fornecer orientações claras sobre a diminuição ou interrupção do uso de drogas).
- c) Tratamento medicamentoso (oferecer tratamento com medicamentos específicos para o uso de determinada substância).
- d) Empatia (demonstrar que você está disposto a ouvir e que entende os problemas apresentados).

Bibliografia

Babor TF, Higgins BJC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*. 2000 May;95(5):677-86.

De Micheli D, Formigoni MLOS. Screening of drug use in a teenage Brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). *Addict Behav*. 2000; 25(5):683-91.

Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings: a primary treatment method for at-risk, problem and dependent drinkers. *Alcohol Res Health*. 1999; 23(2):128-37.

Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Can Med Assoc J*. 1995; 152(6):851-9.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991.

Miller WR, Sanches VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G, editor. *Issues in alcohol use and misuse in young adults*. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1993.

Miller WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull*. 1995; 98(1):84-107.

Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergub P. Brief Interventions for alcohol problems: a metaanalytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction*. 2002; 97:279-92.

Neumann BRG. Intervenção breve. Em: Formigoni MLOS, organizadora. *A Intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira*. São Paulo: Contexto; 1992.

Ockene JK, Quirk ME, Golderb RJ, Kristeller JL, Donnelly G, Kalan KL, et al. A residents' training program for the development of smoking intervention skills. *Arch Intern Med*. 1988; 148(5):1039-45.

Wilk A, Jensen N, Havighurst T. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med*. 1997 May;12(5):274-83.

WHO - World Health Organization. Brief Intervention Study Group: a cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *Am J Public Health*. 1996 Jul;86(7):948-55.

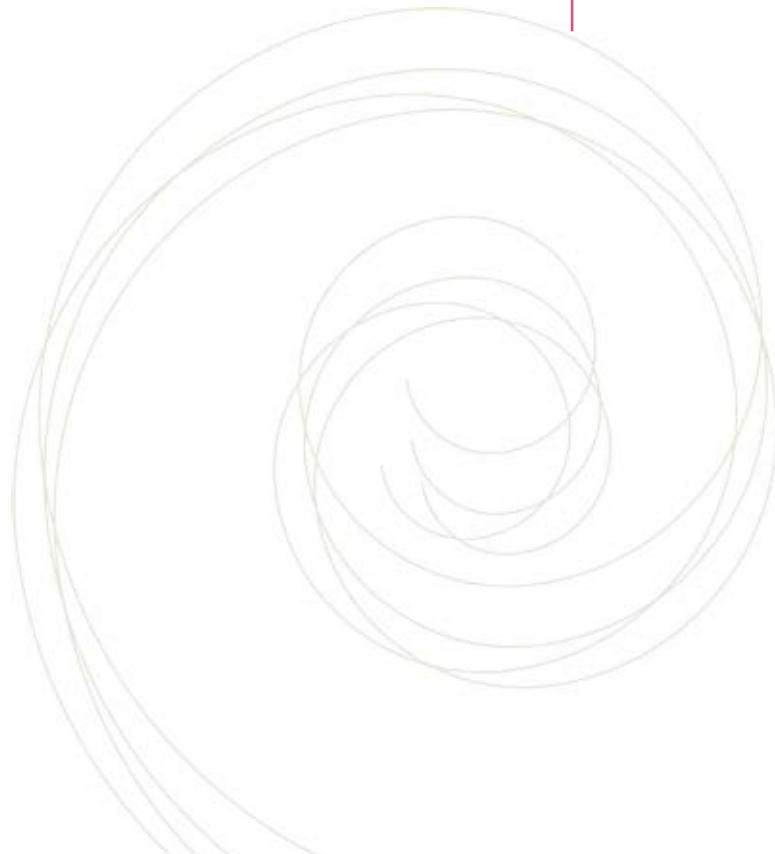


Capítulo 2

Como motivar usuários de risco

TÓPICOS

- ✓ Os estágios de mudança
- ✓ O que é preciso para o paciente mudar seu comportamento?
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia



Os estágios de mudança

De acordo com pesquisadores que desenvolveram a técnica da **Entrevista Motivacional**, motivação é um estado de prontidão ou disposição para mudança, que pode variar de tempos em tempos ou de uma situação para outra. Esse é um estado interno, mas que pode ser influenciado (positiva ou negativamente) por fatores externos (sejam pessoas ou circunstâncias).

Essa prontidão ou disposição para mudança, descrita pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente, ocorre em estágios chamados **ESTÁGIOS DE MUDANÇA**. A identificação do estágio em que o paciente se encontra permitirá que você avalie o quanto ele está disposto a mudar seu comportamento de uso de substâncias ou seu comportamento de estilo de vida. Com essa identificação, você saberá como se posicionar durante a intervenção.

Modelo de mudança



ESTÁGIO 1: PRÉ-CONTEMPLAÇÃO

Não pensa na possibilidade de mudança

Nesse estágio encontram-se os pacientes que não consideram que o uso que fazem de álcool e/ou outras drogas lhes traga algum problema. Muitas pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos serviços de assistência social se encontram nesse estágio.

Poderíamos dizer, em geral, que indivíduos nesse estágio:

- ✓ São “usuários felizes”;
- ✓ Não têm nenhuma preocupação em relação ao seu uso de substâncias psicoativas e não querem mudar seu comportamento;
- ✓ Não sabem ou não aceitam que o seu uso de substância seja um risco, seja nocivo ou possa trazer problemas de saúde, sociais ou familiares.

O que fazer:

Pessoas nesse estágio, inicialmente, não se mostram dispostas a mudar seu comportamento, porém estão abertas a receber informações sobre o risco associado ao seu nível e modo de consumo. Portanto, ao fornecer informações, você pode encorajá-las a refletir sobre o risco de uso de substância e pensar na possibilidade de diminuição ou interrupção do uso.

Uma pessoa no estágio de **PRÉ-CONTEMPLAÇÃO** necessita de informações e de um retorno (*feedback*) do profissional, explicando em que tipo de uso de substâncias ela se classifica. Isso pode ajudá-la a tomar consciência de seu problema e considerar a possibilidade de mudança.

ESTÁGIO 2: CONTEMPLAÇÃO**Pensando na possibilidade de diminuir ou parar o uso**

Nesse estágio, o paciente apresenta o que chamamos de **AMBIVALÊNCIA**, ou seja, ele tanto considera a necessidade de mudar seu comportamento quanto a rejeita.

Em geral, os indivíduos que se encontram nesse estágio conseguem perceber tanto os aspectos bons quanto os ruins em relação ao seu uso (vantagens e desvantagens), além de terem “alguma” consciência da relação entre os seus problemas e o uso que fazem de substâncias.

O que fazer:

- ✓ Forneça ao paciente as informações sobre os riscos relacionados ao uso de drogas;
- ✓ Oriente-o, com conselhos e sugestões, sobre estratégias para diminuir ou parar o consumo;
- ✓ Incentive-o a falar sobre as vantagens (prós) e desvantagens (contras) de seu uso de substâncias;
- ✓ Utilize as desvantagens mencionadas como razões para diminuir ou parar com o uso.

Muitos pesquisadores sugerem que essas vantagens e desvantagens mencionadas pelo paciente podem ser melhor trabalhadas quando escritas em um papel, uma vez que saem do campo verbal e entram no campo visual do indivíduo.

LISTA DE PRÓS E CONTRAS DO USO DE DROGAS

PRÓS (Vantagens)

CONTRAS (Desvantagens)

Mantendo essa mesma ideia, outra sugestão é mostrar a ambivalência sobre o uso da droga como uma **balança**.

De um lado da balança coloque os aspectos prós que o paciente tem ao usar a droga e as desvantagens que teria caso mudasse seu comportamento (razões para continuar na mesma situação).

Do outro lado da balança, coloque as desvantagens do uso atual da substância e os benefícios que ele teria, caso deixasse de usar ou reduzisse o consumo (razões para mudança).

As mudanças serão mais prováveis desde que as razões para a mudança pesem mais do que as razões para continuar na mesma situação. Veja na figura ao lado. Mesmo se as vantagens do uso forem em maior número do que as desvantagens argumente mostrando que o peso dos problemas na vida dele é maior do que o prazer momentâneo.



ESTÁGIO 3: PREPARAÇÃO

Desenvolvendo um plano ou estratégias para a mudança de comportamento

Nesse estágio, o paciente reconhece o seu uso de drogas como sendo o causador de seus problemas e se propõe a mudar de comportamento, desenvolvendo um plano ou estratégias que o ajudem a colocar em prática a mudança de comportamento.

O que fazer:

- ✓ Desenvolva, junto com o paciente, um plano para a mudança de comportamento;
- ✓ A partir da identificação das situações de risco para o uso de substâncias, oriente o paciente sobre algumas estratégias para enfrentar as possíveis dificuldades relacionadas à mudança de comportamento.



Incentive e encoraje o paciente a mudar de comportamento, sugerindo estratégias para diminuir ou parar o consumo.

ESTÁGIO 4: AÇÃO

Colocando em prática a mudança de comportamento

Nesse estágio, o paciente coloca em prática as estratégias e planos (desenvolvidos no estágio anterior) para conseguir atingir sua meta de mudança.

Apesar de motivado a mudar de comportamento, muitas vezes o paciente pode manifestar **dúvidas** sobre se conseguirá ou não realizar a mudança (autoeficácia). Se isso acontecer, você deve encorajá-lo e fortalecê-lo, ajudando-o a manter sua decisão.

ESTÁGIO 5: MANUTENÇÃO

Mantendo o novo comportamento

Realizar uma mudança não garante que ela será mantida.

Durante esse estágio, o desafio é manter a mudança obtida e evitar a recaída.

O paciente está tentando manter o comportamento mudado e para isso necessita ser continuamente reforçado e encorajado.

O que fazer?

Fortaleça e encoraje o paciente, elogiando o sucesso na mudança de comportamento e reforçando as estratégias para evitar as situações de risco de recaída ou, até mesmo, ajudando-o a se recuperar de uma pequena recaída.

E se houver recaídas?

Deslizes e recaídas são normais e até esperados, quando o paciente busca mudar seu padrão de comportamento. Em geral, quando os pacientes recaem, eles voltam aos estágios anteriores: pré-contemplação, contemplação e ação.

Não encare a recaída como um fracasso seu (como profissional) ou do paciente, e sim como uma OPORTUNIDADE de fortalecer aspectos pouco discutidos com o paciente.



LEMBRE-SE:
A sua atuação
dependerá do
estágio em que se
encontra o paciente.

Relembrando os ESTÁGIOS DE MUDANÇA

ESTÁGIOS	O QUE VOCÊ DEVE FAZER?
Pré-contemplação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Forneça ao paciente informações claras sobre os riscos que envolvem o uso de drogas; ✓ Incentive-o a pensar nos riscos relacionados ao seu uso de substâncias; ✓ Encoraje-o a pensar na possibilidade de diminuição ou interrupção do uso.
Contemplação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Forneça ao paciente informações claras sobre os riscos que envolvem o uso de drogas; ✓ Oriente-o sobre possíveis estratégias para diminuir ou parar o consumo; ✓ Incentive-o a falar sobre as vantagens e desvantagens de seu uso.
Preparação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajude o paciente a desenvolver um plano para a mudança de comportamento; ✓ Identifique, junto a ele, as dificuldades que podem surgir durante o processo de mudança de comportamento e estabeleça estratégias para que ele possa enfrentá-las (estratégias de enfrentamento).
Ação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encoraje o paciente a colocar em prática os planos para a mudança de comportamento.
Manutenção	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elogie o paciente pelo sucesso da mudança de comportamento; ✓ Reforce as estratégias de enfrentamento para prevenir a recaída.
Recaída	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifique, junto com o paciente, as situações de risco relacionadas à recaída (por exemplo, onde ele usou a droga, com quem, o que o motivou a usar); ✓ Estabeleça estratégias de enfrentamento para as novas situações de risco identificadas nessa etapa; ✓ Reforce e fortaleça as estratégias de enfrentamento anteriormente estabelecidas; ✓ Encoraje o paciente a recomeçar.

O que é preciso para o paciente mudar seu comportamento?

Para que as pessoas mudem seu comportamento, elas precisam sentir-se prontas, dispostas e capazes de mudar.

O modelo de estágios de mudança discutido anteriormente é uma forma de entendimento de como um paciente se torna pronto e disposto para a realização de mudanças no seu comportamento de uso da substância. Estar pronto e disposto a reduzir ou parar o uso está relacionado à importância dada pelo paciente para a sua mudança. Porém, pensar em mudar é importante, mas nem sempre é suficiente para que uma pessoa passe para a fase de ação.

ABORDAGENS MOTIVACIONAIS: COMO MOTIVAR O PACIENTE A MUDAR SEU COMPORTAMENTO

Existem algumas ferramentas que você pode utilizar com o objetivo de motivar os pacientes à mudança de comportamento. Essas ferramentas fazem parte do que se conhece por ENTREVISTA MOTIVACIONAL, que nada mais é do que uma técnica específica para ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas. Essa técnica é particularmente útil com pessoas que apresentam mais resistência em mudar ou estão ambivalentes quanto à mudança.

Na entrevista motivacional, o profissional não assume um papel autoritário, e sim busca criar um clima positivo e encorajador.

A responsabilidade pela mudança é deixada para o paciente.

De modo geral, a entrevista motivacional é composta por 5 princípios gerais:

1. Expressar empatia

A atitude que fundamenta o princípio da empatia pode ser chamada de aceitação. É importante observar que a aceitação não é a mesma coisa que concordância ou aprovação. Ou seja, é possível que você aceite e compreenda o ponto de vista do paciente sem necessariamente concordar com ele. Isso significa acolher, aceitar e entender o que ele diz, sem fazer julgamentos a seu respeito. Com uma “escuta reflexiva”, você deve buscar compreender os sentimentos e as perspectivas do paciente, sem julgá-lo, criticá-lo ou culpá-lo. A empatia do profissional de saúde está associada à boa resposta do paciente à intervenção.

SAIBA QUE:

Algumas vezes, uma pessoa está disposta a mudar, mas NÃO ACREDITA que é capaz de fazê-lo. Ou seja, tanto a importância quanto a capacidade de mudança devem ser o foco da intervenção, a fim de encorajar os pacientes na mudança de comportamento.

LEMBRE-SE:

Os pacientes são livres para aceitar ou não nossas sugestões!

2. Desenvolver discrepância

Um dos princípios da entrevista motivacional é mostrar para o paciente a discrepância entre o seu comportamento, suas metas pessoais e o que pensa que deveria fazer. Um bom modo de ajudá-lo a compreender esse processo é fazer uma comparação, mostrando que muitas vezes existe uma discrepância entre ONDE SE ESTÁ E ONDE SE QUER, OU SE GOSTARIA DE ESTAR. Muitas vezes, perguntar ao paciente como ele se imagina daqui a algum tempo (2 ou 3 anos, por exemplo) e o que ele está fazendo para atingir sua meta poderá ajudá-lo a entender essa discrepância.

3. Evitar a confrontação

A todo o momento você deve evitar confrontar diretamente o paciente. Abordagens desse tipo tornam o paciente resistente à intervenção. Coloque seus argumentos de modo claro, mas sempre convidando o paciente a pensar sobre o assunto.

4. Lidar com a resistência do paciente

Muitos pacientes podem se mostrar resistentes às sugestões e propostas de mudanças feitas por você. Mas lembre-se de que o paciente não é um adversário a ser derrotado. Ou seja, o que fazer quanto a um problema é uma decisão dele e não sua. Entenda que a ambivalência e a resistência para a mudança de comportamento são normais em todas as pessoas e sua atitude, como profissional de saúde, deve ser no sentido de levar o paciente a considerar novas informações e alternativas, em relação ao uso da substância.

5. Fortalecer a autoeficácia do paciente

Autoeficácia refere-se à crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar e de ter sucesso em uma tarefa específica. Existem várias mensagens que promovem a autoeficácia, uma delas é a ênfase na responsabilidade pessoal, ou seja, devemos mostrar ao paciente que ele não somente pode, mas deve, fazer a mudança, no sentido de que ninguém pode fazer isso por ele. Encoraje e estimule o paciente a cada etapa vencida. Ele se sentirá fortalecido.

LEMBRE-SE:
Seu papel é
“despertar” o paciente,
ajudá-lo a “dar a
partida” no processo
de mudança.

Atividades

REFLEXÃO

Qual a importância de conhecer os estágios de mudança e as técnicas de motivação dos usuários de drogas que estão à procura de tratamento?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Entender os estágios de mudança é fundamental no tratamento e recuperação do usuário de drogas. Sendo assim, indique qual dos estágios abaixo NÃO faz em parte do modelo de mudança:

- a) Manutenção.
- b) Contemplação.
- c) Pós-contemplação.
- d) Preparação para a ação.

2. Indique qual alternativa está ERRADA:

- a) Na contemplação observa-se que o usuário está determinado a mudar seu comportamento e as suas ações diárias, desenvolvendo estratégias.
- b) No estágio de pré-contemplação os usuários não consideram que o uso que fazem de álcool e/ou outras drogas lhes traga problema.
- c) No estágio de preparação para a ação já há o desenvolvimento de um plano ou estratégia para a mudança de comportamento.
- d) Na recaída é importante incentivar o usuário a recomeçar seu processo de tratamento e recuperação.

3. Assinale a alternativa CORRETA, com base nas afirmações abaixo:

- I. Estar pronto e disposto a reduzir ou parar o uso está relacionado à importância dada pelo usuário para a sua mudança.
 - II. Quando o indivíduo passa por uma recaída, ele se mantém nessa fase.
 - III. A responsabilidade pela mudança é do usuário, mas para ajudá-lo nesse percurso é fundamental que ele tenha apoio.
 - IV. O profissional deve fortalecer e encorajar o indivíduo, elogiando o sucesso da mudança de comportamento.
- a) I, II e III
 - b) I, III e IV
 - c) II e III
 - d) Todas estão corretas

4. O que deve ser feito quando o usuário se encontra na fase de Manutenção?

- a) Elogiar o paciente pelo sucesso da mudança de comportamento e reforçar as estratégias de enfrentamento para prevenir a recaída.
- b) Estabelecer estratégias de enfrentamento para as situações de risco identificadas e encorajar a pessoa a recomeçar.
- c) Desenvolver um plano para a mudança de comportamento, identificando as dificuldades que podem aparecer.
- d) Fornecer informações claras sobre os riscos que envolvem o uso de substâncias e procurar incentivar o paciente a pensar nesses riscos.

Bibliografia

Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamentos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde. Organização Mundial da Saúde; 2004.

Prochaska JA, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviour. *Am Psychol.* 1992 Sep;47(9):1102-14.



Capítulo

3

Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

TÓPICOS

- ✓ Aprendendo a utilizar a técnica de Intervenção Breve
 - ✓ Escolhendo a substância de maior preocupação
- ✓ Depois de avaliar o paciente (detecção pelos instrumentos de triagem), como dar o retorno (*feedback*) dos resultados?
 - ✓ Retorno e informação para usuários de baixo risco
- ✓ Intervenção Breve para usuários na faixa de uso de risco
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Aprendendo a utilizar a técnica de Intervenção Breve

Como já vimos nos capítulos anteriores, geralmente, as intervenções breves não são direcionadas para a pessoa com problema de dependência de substância. Elas são uma ferramenta muito útil para lidar com o uso prejudicial ou de risco de substância e também para encorajar a aquela pessoa com dependência a buscar os serviços especializados para tratamento.

As Intervenções Breves, principalmente para uso excessivo de álcool e tabaco, funcionam muito bem em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), além de serem intervenções de baixo custo. Os profissionais da atenção básica e da assistência social estão em posição estratégica para identificar pacientes cujo uso de substância é prejudicial ou de risco para a saúde e bem-estar, podendo intervir antes que o problema se torne grave.

Um dos principais objetivos da Intervenção Breve é convencer o paciente de que seu uso de substância traz riscos e encorajá-lo a reduzir ou deixar de usar o álcool ou outra droga.

As Intervenções Breves devem ser personalizadas e oferecidas sem “pré-julgamento” do usuário.

Para que as Intervenções Breves tenham um bom resultado é preciso adotar a estratégia usada às características do usuário e especialmente ao tipo de droga que ele utiliza. Quanto melhor se conhece a realidade e na qual estão envolvidos, maior a chance de bons resultados.



Escolhendo a substância de maior preocupação

Alguns pacientes têm escores no questionário de rastreamento que indicam uso nocivo ou excessivo de mais de uma substância. Nesse caso, é aconselhável focar a intervenção na substância cujo uso mais preocupa o paciente.

Michaela Bitarello do Amaral, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Ana Paula Leal Carneiro

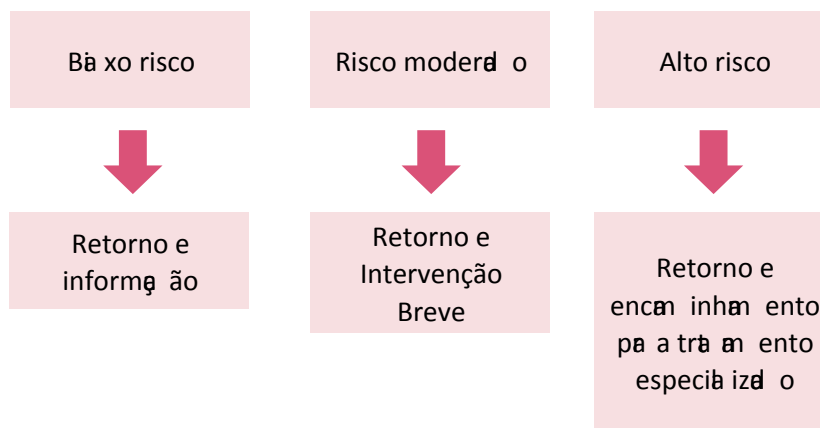
Tentar realizar várias mudanças ao mesmo tempo é difícil e pode levar o paciente a sentir-se pressionado e desmotivado. Sendo assim, é melhor focar uma substância por vez.

Os pacientes responderão melhor à intervenção se estiverem envolvidos na escolha da droga que é mais preocupante para eles. É muito provável que a maior preocupação seja em relação à droga para a qual ele apresenta maior pontuação no instrumento de triagem. A intervenção, então, pode ser enfocada na substância com maior pontuação ou na substância que desperta maior preocupação do paciente.

Depois de avaliar o paciente (detecção pelos instrumentos de triagem), como dar o retorno (*feedback*) dos resultados?

Você já sabe que todos os pacientes avaliados devem ser informados sobre os resultados do questionário de triagem aplicado e sobre a faixa de risco em que se encontram :

Associando os níveis de risco com a Intervenção Apropriada



Michaela Bitarello do Amaral, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Ana Paula Leal Carneiro

É nesse momento que você deve fornecer **informações e orientações** sobre o uso da substância. Esse é o nível mínimo de intervenção para todos os pacientes. As orientações vão variar de acordo com o nível de risco (ver quadro a seguir) e especialmente com o tipo de droga utilizada.

Use o conhecimento que você tem sobre as drogas (discutidos no módulo 2) para informá-lo sobre os riscos específicos de cada droga utilizada, sempre mostrando que sua intenção é oferecer informações úteis a ele. Nunca **“confronte”** o usuário nessa situação.

Esse primeiro contato é um momento delicado. Você está tocando em um assunto com o qual, para muitas pessoas, é difícil lidar.

A forma como o retorno é dado pode influenciar muito a “escuta” do paciente e como ele entenderá a informação, portanto comunique-se de forma empática.

O retorno deve ser iniciado o “relembração” informações que ele provavelmente já tenha sobre os efeitos da droga que está utilizando e acrescentando novas informações, principalmente aquelas que tenham relação com o caso dele. Exemplo: se o paciente usa álcool e tem gastrite, fale sobre os efeitos do álcool na boca, esôfago, estômago e intestinos, causando, além da gastrite, úlceras e câncer. Em seguida fale a um levantamento dos **prós e contras** do uso de álcool.

Uma forma simples e efetiva, que desperte o interesse e o conhecimento do paciente, e que respeite seu direito de escolha quanto à informação oferecida, envolve três passos:

1. **Promover motivação/interesse pela informação:** investigar o que o paciente já sabe e o que lhe interessa saber. Isso também pode ser útil para lembrar ao paciente que o que ele faz com a informação é sua responsabilidade.
 - “Você gostaria de ver os resultados do questionário que você respondeu? O que você faz com essa informação é uma escolha sua”
 - “O que você sabe sobre os efeitos da anfetamina no seu humor?”

2. Fornecer retorno de uma forma neutra e sem julgamentos.

- “No ASSIST, sua pontuação para maconha foi 16, o que significa que você está em risco de ter problemas de saúde ou outros problemas relacionados ao seu nível de uso de maconha. Vamos conversar sobre isso?”
- “A anfetamina altera o funcionamento do seu cérebro, muda o seu humor. O uso contínuo pode fazer com que você se sinta deprimido, ansioso e, em algumas pessoas, o uso provoca um comportamento violento e nervoso. Isto já aconteceu com você? Gostaria de falar um pouco sobre isto?”

3. Provocar autorreflexão: solicite ao paciente que pense sobre as informações e o que ele gostaria de fazer. Você pode fazer isso seguindo as questões-chaves a seguir:

- “Como você se sente sobre isso?”
- “Para onde nós vamos a partir daqui?”
- “O que você gostaria de fazer sobre isso?”
- “O quanto você está preocupado com isso?”
- “Quais são suas preocupações principais?”

Retorno e informação para usuários de baixo risco

A maioria dos pacientes a baixo risco irá apresentar pontuação na faixa de baixo risco para toda a substância. Essa pessoa não precisa de nenhuma intervenção para mudar seu uso de substância, mas você deve fornecer rapidamente informações gerais sobre o uso excessivo de álcool e outra droga, por diversas razões:

- ✓ Aumenta o nível de conhecimento da comunidade sobre os riscos relacionados ao uso excessivo de álcool e outra droga;
- ✓ É uma ação preventiva: encoraja os usuários baixo risco a manter seu comportamento atual;

- ✓ Relembra os pacientes com história anterior de uso de risco de substância sobre os riscos do retorno a um padrão de uso nocivo ou excessivo.

O que fazer com pacientes com resultados que indicam uso de baixo risco? Fornecer retorno sobre o resultado e nível de risco.

Exemplo de retorno para casos de baixo risco (que não precisam de Intervenção)

— “Aqui está o resultado do questionário que você acabou de responder. Você pode ver que a sua pontuação está no nível de baixo risco para a toda a substância.”

(Discuta com o paciente a lista de problemas relacionados ao uso de substância.)

— “Parabéns! Isso significa que se você continuar assim provavelmente não irá desenvolver problemas causados pelo uso de álcool ou outra droga. Mas você não deve esquecer que o álcool causa muitos problemas de saúde, além de colocá-lo em situações de risco. Lembre-se de nunca beber antes de dirigir ou operar a goma máquina”

Em seguida, você pode fornecer folhetos informativos para que ele leve para casa ou indique uma página da Internet, ou, ainda coloca-se à disposição para a conversa e sanar a dúvida sobre os efeitos do álcool e de outra droga.

Use, para isso, as informações do módulo 2.

Conclua reforçando a ideia de que ele está representando um comportamento responsável e encoraje-o a continuar no padrão atual de baixo risco de uso de substância.



Intervenção Breve para usuários na faixa de uso de risco

Para a pessoa que pontuarem na faixa de **uso de risco** de substância deverá ser oferecida uma Intervenção Breve. Se não houver tempo para fazer a intervenção naquele momento, dê ao menos um retorno e peça ao paciente que volte em outra consulta, para discutir seu uso de substância(s) com maior detalhe.



É importante que a equipe tenha discutido esse assunto e definido quem e quando fará a Intervenção Breve.

Lembre-se de falar da sua preocupação com a saúde dele, e com os problemas que ele já tem ou possa vir a apresentar. Como no capítulo anterior, entregue folhetos e forneça as informações mínimas. Procure também, naquele mesmo horário a consulta na qual será feita a Intervenção Breve e demonstre que você considera muito importante que ele compareça. Idealmente, a IB deve ser feita imediatamente, pelo mesmo profissional que fez a triagem.

INTERVENÇÃO BREVE PARA USO DE RISCO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Veja a seguir o exemplo de uma Intervenção Breve para uso de risco de benzodiazepínicos. Essa intervenção pode ser realizada em cerca de 3 a 4 minutos.



Para que você identifique facilmente, as técnicas e estratégias utilizadas pelo terapeuta estão entre parênteses ao final das sentenças. Você também pode assistir a intervenções breves para álcool, maconha, cocaína, anfetamina e benzodiazepínicos no CD-ROM que recebeu junto Guia do Estudante.

Depois de responder às questões do ASSIST, Julia, uma mulher de 42 anos de idade, que vive com seu parceiro e dois filhos, um pequeno e outro adolescente, **p**resentou um resultado de **b**aixo risco para **a** todas as substâncias, **m**a pontuou 11 (uso de risco) para benzodiazepínicos (hipnóticos/sedativos).

Veja como Marcos, enfermeiro que aplicou o ASSIST, fez a Intervenção Breve:

— *Marcos: Obrigado por responder ao questionário. Você gostaria de ver os resultados do questionário que respondeu?*

— *Julia: Sim, é claro.*

— *Marcos: Você se lembra de que as questões eram sobre o uso de álcool e outras drogas e se existem problemas relacionados ao seu uso? Nas respostas, sua pontuação para a maioria das substâncias que nós investigamos está no nível de baixo risco, então, não é provável que você venha a ter problemas relacionados a essas drogas, se continuar no padrão atual de uso. Mas a sua pontuação para benzodiazepínicos, ou calmantes, como você os chama, foi 11, o que significa que você já está na faixa de uso de risco. Você tem feito uso de benzodiazepínicos acima do que foi recomendado pelo seu médico?*

— *Julia: Sim, eu acho que é mais ou menos isso.*

— *Marcos: Qual a quantidade que você está tomando, em média, em um dia? **(breve histórico sobre o uso da substância)***

— *Julia: Geralmente, cerca de 2 ou 3 comprimidos antes de dormir, e talvez uns quatro quando estou mais irritada ou com problemas em casa.*

— *Marcos: Veja, continuar com esse tipo de uso aumenta muito o seu risco de ter problemas de saúde ou outros problemas provocados pelo uso desses calmantes. É claro que cabe a você decidir o que gostaria de fazer com essa informação **(responsabilidade)**, mas eu preciso lembrá-la de que, embora os benzodiazepínicos possam ter sido indicados pelo seu médico para diminuir a ansiedade, ajudar você a dormir ou para tratamento de algum tipo de convulsão, se o seu médico indicou o uso por um curto período de tempo é porque ele sabe que esses medicamentos podem ser úteis em uma crise aguda, para ajudar a resolver uma situação de emergência, mas ele também sabe que o uso prolongado pode causar muitos problemas. Não sei se você sabe, mas alguns desses problemas são: arritmia [seu coração pode bater descompassado], você pode ter dificuldade para respirar, problemas de memória, redução da sua capacidade de julgamento*

*e raciocínio, ou ficar mais agressiva e até mesmo deprimida. Além disso, com o passar do tempo, o efeito diminui e você precisa ir aumentando a dose para ter o mesmo efeito, isto é chamado de tolerância. Um dos problemas mais sérios é que o uso, ao longo do tempo, pode gerar dependência, ou seja, na falta da droga você começa a se sentir mal, agitada, ansiosa - você sente que não consegue viver bem se não tomar o remédio (**fornecendo informações**). Você acha que já tem algum desses problemas, ou está preocupada com a possibilidade de vir a tê-los? (**levando à reflexão e automotivação**)*

— *Julia: Bem... Eu não sei, eu nunca tinha pensado nisso..., quer dizer... Eu acho que não estou tão preocupada quanto a problemas, mas não sei ao certo. O calmante me ajuda a dormir e... eu tenho muitos problemas em casa, sabe? Às vezes me sinto um pouco deprimida, mas não acho que é por causa do calmante.*

— *Marcos: Quais desses problemas que eu mencionei você acha que pode estar começando a ter?*

— *Julia: Sei lá, acho que às vezes eu me sinto meio esquecida das coisas, e é verdade que o dia em que fiquei sem remédio - sabe, outro dia não tinha no posto e eu não tinha dinheiro para comprar - eu fiquei meio nervosa, irritada...*

— *Marcos: Bem, então, acho que vale a pena você prestar mais atenção nisso, não é? Vamos fazer o seguinte: eu posso dar a você alguns folhetos sobre o uso de benzodiazepínicos para que você leve para casa e leia. O que você acha?*

— *Julia: Não sei...*

— *Marcos: Você sabe ler? Se não souber, peça para alguém ler para você. Esses folhetos explicam quais os efeitos que esses medicamentos podem ter e explicam também como você pode ir diminuindo a quantidade, se isso for o que você quiser fazer (**material escrito é entregue a Julia**). Se você quiser falar mais sobre isso, eu estarei sempre aqui, à sua disposição. Posso conversar com você na nossa próxima consulta. Eu também gostaria de convidá-la para participar de nosso “Grupo de Mulheres”, uma reunião em que conversamos sobre diversos assuntos, entre eles o uso de substâncias. Vou pedir para a Agente Comunitária Sônia te explicar melhor, certo?*

— *Julia: Ah... Sim... Obrigada... Eu vou pensar sobre isso.*

Para saber mais sobre os efeitos dos benzodiazepínicos (hipnóticos/sedativos) e de outras drogas, consulte o Módulo 2 – Droga depressora (benzodiazepínicos, inalantes, opiáceos): efeitos agudos e crônicos.



Se o paciente estiver preocupado ou pronto para considerar a mudança (fase de contemplação), então a intervenção deverá ser iniciada. Os componentes principais dessa intervenção devem ser:

- ✓ Retorno da pontuação obtida no instrumento de triagem — relacione o uso da substância com os problemas de saúde atuais do paciente e os que ele possa vir a ter;
- ✓ Reflitam sobre a possibilidade de mudança;
- ✓ Discuta o grau de confiança do paciente para mudar o seu uso de substância. Se a confiança for baixa, encoraje-o, perguntando-lhe que outra mudança ele já fez em sua vida e destaque a qualidades pessoais que o ajudaram a mudar seu uso da substância;
- ✓ Discuta formas específicas para ajudar na mudança (menu de opções).

Exemplos:

1. Manter um diário do uso da substância incluindo:
 - Horário e local do uso;
 - Outras pessoas presentes quando usou;
 - Quais substâncias foram usadas e em que quantidade;
 - Quanto dinheiro foi gasto.
2. Identificar situações de alto risco e estratégias para evitá-las ou diminuir o uso em tais situações.
3. Fazer outras atividades, ao invés de usar drogas.
 - Ajude o paciente a decidir suas próprias metas;

Michaela Bitarello do Amaral, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Ana Paula Leal Carneiro

- Encoraje-o a identificar pessoas que poderiam ajudá-lo a fazer as mudanças que ele quer fazer - meditação e exercício físico podem ser boas alternativas para redução da ansiedade;
- Forneça material de autoajuda para reforçar o que foi discutido na consulta
- Convide o paciente a retornar para continuar a discutir sobre seu uso de substância
- Reveja como está sendo a mudança de comportamento sempre que ele retorna à consulta por outros problemas de saúde.

INTERVENÇÃO BREVE PARA O USO DE ÁLCOOL

Essa intervenção pode ser realizada em cerca de 5 minutos. Para a que você identifique facilmente, as técnicas e estratégias utilizadas pelo terapeuta estão entre parênteses ao final das sentenças. Nesse caso será dado o retorno do resultado e feita uma discussão dos “prós e contras” do uso da droga

Você também pode assistir a uma Intervenção Breve para álcool no CD-ROM que recebeu junto com o Guia do Estudante.

Veja a seguir o exemplo de uma Intervenção Breve para uso de risco de álcool.



Mário, 41 anos, veio à consulta a pedido do seu supervisor do trabalho. A assistente social da Unidade Básica de Saúde usou o AUDIT para investigar o padrão de consumo de álcool de Mário. Ele pontuou 18 no instrumento de triagem, o que o coloca na Zona III do AUDIT (entre 16 e 19 pontos).

— *Assistente social: Muito obrigada por responder essas perguntas, Mário. Esse teste investiga seu consumo de álcool e se você está com algum problema de saúde ou em outros aspectos da sua vida relacionados a esse consumo. A sua pontuação no teste foi 18, o que indica que você está em risco de ter problemas em consequência da forma como você bebe. Eu gostaria de conversar alguns minutos*

com você sobre esse resultado, pode ser? (oferecer feedback e aconselhar)

— *Mario: Sim, pode.*

— *Assistente social: O que você pensa sobre o resultado do teste?*

— *Mario: Não sei... eu vim aqui no posto porque o meu supervisor pediu. Eu tenho problemas de estômago e o médico aqui da unidade disse que eu preciso beber menos pra poder tratar esses problemas.*

— *Assistente social: Certo, como eu disse, o resultado indica que você está fazendo um consumo de alto risco de bebidas alcoólicas. Você já tem problemas de saúde relacionados a esse consumo, como as dores no estômago, no seu trabalho isso já é motivo de preocupação também. Uma forma de reduzir esses problemas é parar de beber ou pelo menos reduzir a frequência e a quantidade de bebidas alcoólicas para diminuir estes problemas.*

— *Mario: Mas eu não quero parar de beber.*

— *Assistente social: Você decide o que fazer com essa informação (responsabilizar). Estou aqui para ajudar, caso você decida buscar apoio para mudar seu consumo.*

— *Mario: Como?*

— *Assistente social: Muita gente é capaz de mudar sua maneira de beber. O teste que nós fizemos aqui indica que você tem um consumo de alto risco. Os especialistas dizem que não se deve tomar mais que duas doses por dia, ou seja, duas latinhas de cerveja, por exemplo, e que se deve beber menos se essa quantidade já provoca problemas. Para reduzir o risco de desenvolver dependência de álcool é recomendado ficar dois dias sem beber nada, evitando também beber até ficar intoxicado, o que pode acontecer consumindo três ou quatro doses em uma só ocasião.*

— *Mario: Eu achava que eu não bebia muito, eu bebo com os companheiros do trabalho.*

— *Assistente social: Existem coisas não tão boas em consumir bebidas alcoólicas. Eu entendo que é importante para você compartilhar esse momento com seus amigos, mas essa forma de beber está gerando danos à sua saúde e preocupações de pessoas no seu ambiente de trabalho. (explorar os prós e contras do consumo)*

— *Mario: Foi o que o médico da unidade de saúde me disse hoje.*

— *Assistente social: Então, por um lado, você falou sobre as coisas boas de beber,*

como estar com seus amigos, e por outro lado sua pontuação no teste indica que já tem problemas. Você mesmo comentou que colegas do trabalho e o médico da unidade também estão preocupados com sua forma de beber. **(escuta reflexiva, resumir fazendo um breve histórico)**

— Mario: Sim, e o que eu preciso fazer?

— Assistente social: Podemos pensar juntos, aqui, um plano de mudança de hábitos. O nível de consumo recomendado é no máximo 20 gramas de álcool por dia, 5 dias por semana, ou seja, ficando dois dias sem beber. Uma lata de cerveja (350 ml) contém aproximadamente a mesma quantidade de álcool que uma dose de destilados (40 ml) ou uma taça de vinho, e essas quantidades representam uma dose padrão. Ou seja, duas latas de cerveja são duas doses.

— Mario: No meu caso, então, eu bebo cerveja. Eu poderia beber 2 latinhas por dia, ficando dois dias da semana sem tomar?

— Assistente social: Sim, é isso, para começar a reduzir. Você acha que poderia tomar essa quantidade como meta até o nosso próximo encontro, quando voltar com os exames para o médico?

— Mario: É... eu posso tentar, mas não é fácil.

— Assistente social: Eu sei que não é fácil, Mario, mas você pode fazer uma tentativa **(motivar; promover autoeficácia)**. Nós também podemos incluir nesse plano de mudança outras atividades ao invés de sair pra beber, como praticar algum esporte ou passar mais tempo em família **(menu de opções)**.

— Mario: Pode deixar, eu vou tentar essa semana.

— Assistente social: Que bom, Mario. Essas mudanças também vão contribuir no seu tratamento dos problemas de estômago. Não se esqueça de estar atento também com a dieta que o médico recomendou. E agora, que nós já falamos sobre a relação entre álcool e saúde, e também em como melhorar a sua saúde, você tem alguma pergunta?

— Mario: Não, agora não. Talvez na semana que vem eu tenha!

— Assistente social: Muitas pessoas ficam mais tranquilas quando percebem que são capazes de fazer algo por sua própria saúde. Que são capazes de mudar seus hábitos e seu dia a dia. Eu acredito que você pode mudar seu consumo de álcool para um padrão de baixo risco. Mas se você perceber que está sendo difícil, nós

Michaela Bitarello do Amaral, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Ana Paula Leal Carneiro

podemos voltar a falar sobre isso na próxima visita. Aqui está um folheto que tem informações sobre o que conversamos aqui, para que você leve para casa e pense sobre o que conversamos hoje (**oferecer materiais de apoio**). Explique para seus amigos que você precisa beber menos por causa dos problemas de estômago e peça que não insistam para que você beba.

— Mario: Muito obrigado, e até semana que vem.

ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIOS QUE PONTUAREM NA FAIXA DE ALTO RISCO (SUGESTIVO DE DEPENDÊNCIA) OU QUE FIZEREM USO DE DROGAS POR VIA INJETÁVEL

Os pacientes que pontuam na faixa de alto risco para qualquer substância precisam de um encaminhamento mais intensivo:

- ✓ Pacientes com alto risco em relação ao uso de tabaco podem ser encaminhados nos serviços de Atenção Primária à Saúde ou em programas comunitários.
- ✓ Pacientes com alto risco para álcool ou outra substância e aqueles que fizeram uso de drogas por via injetável, nos últimos três meses, devem ser encaminhados para um profissional ou serviço especializado no tratamento de uso abusivo de álcool e outras drogas. Os serviços da Atenção Primária à Saúde que oferecem encaminhamento a essa demanda são a UBS (Unidades Básicas de Saúde) e os CAPS-AD (Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas). Para o suporte no setor social e reinserção, é possível encaminhar o paciente usuário de drogas e a família ao CRAS (Centro de Referência de Assistência Social).

Alguns pacientes em alto risco podem não estar preocupados com o seu uso de substância ou não querer o encaminhamento. Os elementos da Intervenção Breve podem ser usados para motivar tais pacientes a aceitar o encaminhamento ou pelo menos para conscientizá-los do problema.



Não se esqueça de:

- ✓ Fornecer o retorno dos resultados do instrumento de triagem e dos níveis de risco para o uso de substância;
- ✓ Discutir o significado dos resultados e relacioná-los aos problemas específicos que cada droga pode trazer, enfatizando os problemas já existentes;
- ✓ Orientar claramente que uma das melhores formas de reduzir o risco ou os problemas já existentes relacionados ao uso da substância pode ser diminuir ou parar com o uso;
- ✓ Se no passado o paciente já tentou, sem sucesso, diminuir ou parar, discutir o que aconteceu. Isso pode ajudá-lo a entender que talvez ele precise de tratamento para mudar o seu uso da substância;
- ✓ Fazer um breve histórico do uso da substância na última semana;
- ✓ Encorajar o paciente a pensar nos aspectos positivos e negativos. Você pode usar a figura de uma “balança de decisão”, pesando as vantagens e desvantagens do uso. Faça um desenho simples, anotando os “prós” de um lado e os “contra” de outro, como você viu anteriormente;
- ✓ Fazer questões abertas. Por exemplo: “Fale-me sobre a coisa boa de usar (nome da substância)”, ou “Você poderia me dizer a coisa não tão boa por usar (nome da substância)?”;
- ✓ Encorajar o paciente a considerar tanto a consequência imediata quanto a de longo prazo em relação ao uso da substância;
- ✓ Discutir os níveis de preocupação do paciente com o seu uso de substância, a importância que a droga tem em sua vida;
- ✓ Mostrar o quanto é importante para ele a mudança de seu comportamento;
- ✓ Fornecer informações sobre a droga que ele está utilizando e sobre como procurar o tratamento especializado;
- ✓ Encorajar e reforçar a importância e a efetividade (resultado) do tratamento;
- ✓ Fornecer materiais escritos sobre problemas do uso de substância e estratégias para a redução de riscos;

SAIBA MAIS

Portal da Saúde SUS:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/index2.php>. Encontre informações sobre rede de atenção à saúde, Estratégia de Saúde da Família e muito mais!

- ✓ Convide o paciente a marcar outra consulta para a volta a falar sobre o seu uso de substância em outro momento.

Monitore os pacientes após o encaminhamento e, quando eles voltarem para consulta devido a outros problemas de saúde, pergunte sobre os problemas com o uso da substância

Atividades

REFLEXÃO

Para que as Intervenções Breves tenham um bom resultado é preciso de equidade a estratégia usada às características do usuário e especialmente ao tipo de droga que ele utiliza. Quanto melhor se conhece a realidade na qual estamos atuando, melhor o resultado do trabalho realizado. Como é a realidade do seu serviço de saúde? Quais são as características das pessoas que chegam à sua unidade? Que ferramentas você pode utilizar no trabalho com essas pessoas?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Considerando as afirmativas abaixo:

- () Alguns pacientes têm escores no questionário de rastreio que indicam problema com má s de uma substância. Nesse caso, é aconselhável focar toda a substância na primeira intervenção.
- () Pessoas identificadas com consumo de baixo risco não devem receber retorno (*feedback*).
- () O encaminhamento para serviços especializados é recomendado para a pessoa com possível dependência de álcool ou outra substância.

Assinale a alternativa CORRETA:

- a) V;F;F;
- b) F;V;V;
- c) F;V;F;
- d) F;F;V

2. Marque a alternativa INCORRETA:

- a) O profissional de atenção primária está em posição estratégica para a identificação precoce de pacientes cujo uso de substância é prejudicial.
- b) Discutir os prós e contras do uso de substâncias pode confundir o paciente. A melhor estratégia é a confrontação.
- c) A Intervenção Breve pode ser enfocada na substância com maior pontuação na triagem ou na substância que desperta maior preocupação do paciente.
- d) Ao fazer uma Intervenção Breve é importante uma escuta seletiva e levar o paciente a desenvolver suas próprias estratégias.

3. Assinale qual das alternativas abaixo NÃO é um procedimento recomendado pela técnica de Intervenção Breve para usuários de BAIXO RISCO:

- a) Relacionar os problemas de saúde, familiares e sociais existentes.
- b) Disponibilizar informações sobre os riscos do uso excessivo de álcool e outra droga.
- c) Encorajar a pessoa a manter o seu consumo e comportamento atuais.
- d) Lembrar à pessoa que já fizeram uso nocivo ou excessivo de álcool e/ou outras drogas no passado sobre os riscos do retorno a esse padrão de uso.

4. Lúcio foi à UBS (Unidade Básica de Saúde) com a sua esposa para ser atendido por um médico clínico geral. No local, a psicóloga Maria, que está realizando triagens e intervenções para o uso de drogas, convida a responder o ASSIST. No instrumento de triagem, a psicóloga detecta que Lúcio faz uso de risco de tabaco e cocaína. A Intervenção Breve a ser realizada deve:

- a) Abordar as duas substâncias em questão, tentando levá-lo a uma mudança completa na vida do indivíduo, pois ele deve cessar todo e qualquer uso de substâncias.
- b) Ser breve e direta, contendo informações sobre o uso de drogas na população e os efeitos de cada droga utilizada no organismo.
- c) Ser focada na substância de maior preocupação, personalizada e sem “pré-julgamentos” por parte do profissional.
- d) Ser focada na cocaína pois esta é uma substância ilegal.

Bibliografia

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy. New York: Oxford University Press; 2003.

Babor TF, Caulkins JP, Edwards G, Fisher B, Foxcroft DR, Humphreys K. La política de drogas y el bien público. Washington, D.C.: Organización Panamericana de Salud; 2010.

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool - roteiro para uso em atenção primária. Tradução: Corradi CM, Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003. (versão atualizada em inglês disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf).

Babor T, Higgins-Biddle JC. Intervenções breves para uso de risco e uso nocivo de álcool - manual para uso em atenção primária. Tradução: Corradi CM, Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003. (versão atualizada em inglês disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6b.pdf).

Formigoni MLOS, coordenadora. A intervenção breve na dependência de drogas. São Paulo: Contexto; 1992.

Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R. Estratégia de abordagem para reduzir ou deixar o uso de substâncias: um guia versão preliminar 1.1. Tradução: Ronzani TM; supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Ladeira R; revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS; 2004.

Humeniuk R, Poznyak V. Assist. Teste de triagem para o álcool, tabaco e substâncias: guia para o uso na Atenção Primária à Saúde: versão preliminar 1.1. Tradução: Ronzani TM; supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Ladeira R; revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS; 2004.

Humeniuk R, Poznyak V. Intervenção breve para o uso de substâncias: guia para o uso na Atenção Primária à Saúde. um guia Versão preliminar 1.1. Tradução: Ronzani TM; supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Ladeira R; revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS; 2004.

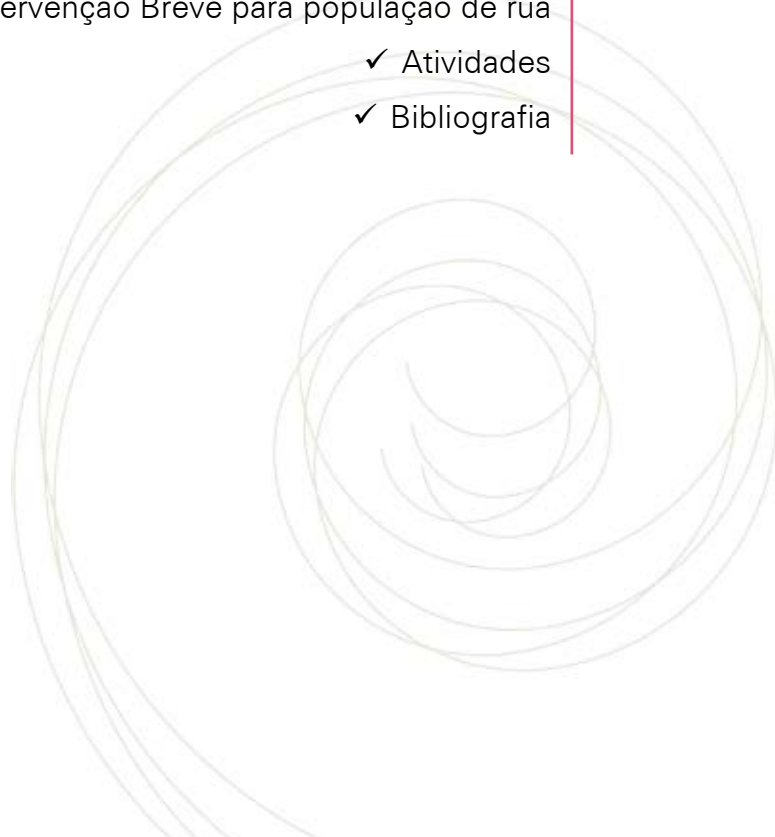


Capítulo 4

Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

TÓPICOS

- ✓ Intervenção Breve para adolescentes usuários de substâncias
 - ✓ Por que considerar a Intervenção Breve?
- ✓ Intervenção Breve para Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs)
 - ✓ Intervenção Breve para população de rua
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia



Intervenção Breve para adolescentes usuários de substâncias

De acordo com o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de 26 Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), em 2010, com 50.890 estudantes:

- ✓ **42,4%** já haviam consumido álcool na vida;
- ✓ **9,6%** já haviam consumido tabaco;
- ✓ **15,4%** já haviam consumido outra droga.

Na faixa de 10 a 12 anos, 7,7% dos jovens já haviam consumido, e menos uma vez na vida outra droga psicotrópicas, não considerando o álcool e o tabaco. Em um outro estudo, realizado com 6.417 estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas de um município do estado de São Paulo (Baueri), observou-se que cerca de 8% dos estudantes entre 10 e 12 anos e **14,5%** dos estudantes entre 13 e 15 anos relataram ter usado outra droga, além de álcool e tabaco.

O consumo de álcool e outra droga também está associado a vários comportamentos de risco, entre eles: tentativas de suicídio, agressividade, acidentes e relação sexual precoce sem uso de preservativos. Em um estudo realizado com 871 estudantes de escolas públicas e 804 estudantes de escolas particulares verificou-se que, entre os estudantes que referiram consumo regular de álcool:

- ✓ **23,6% dos estudantes de escolas públicas e 35,3%** dos estudantes de escolas particulares se envolveram em pelo menos uma briga com agressão física, nos últimos 12 meses;
- ✓ **21% dos estudantes de escolas públicas e 34,7%** dos estudantes de escolas particulares sexualmente ativos tiveram sua última relação sexual sob efeito do álcool;
- ✓ **20,6% dos estudantes de escolas públicas e 15,8%** dos estudantes de escolas particulares sofreram algum acidente após ter bebido.

Em vários estudos, a maior probabilidade de desenvolvimento de dependência tem sido associada à precocidade e ao início do uso de álcool e outras drogas. Observa-se que os adolescentes que chegam aos centros de tratamento especificamente diferem dos adultos, tanto em relação ao tempo e intensidade de uso de drogas, quanto aos tipos de prejuízos causados pelo consumo.

Como seria de se esperar, em geral, os adolescentes que buscam tratamento apresentam menor tempo de uso de drogas do que os adultos, o que poderia indicar que eles apresentariam menos problemas (sociais, fisiológicos e psicológicos) consequentes ao uso de substâncias. No entanto, observa-se o desenvolvimento mais acelerado dos problemas, passando rapidamente da experimentação ao uso.



Pesquisadores chamam a atenção para o fato de que, quanto mais cedo se desenvolve a dependência de substâncias psicoativas na adolescência, maior a probabilidade de ocorrerem atrasos no desenvolvimento e prejuízos cognitivos, com suas respectivas consequências.

Diante dos fatos acima mencionados, vários estudos ressaltam a **importância de investir na detecção e intervenção precoce do uso de substâncias**, pois indivíduos que iniciam precocemente o consumo de substância psicoativa tendem a apresentar maiores níveis de problemas relacionados ao uso e apresentam maiores chances de desenvolver transtornos psiquiátricos. Desse modo, torna-se fundamental **detectar/diagnosticar o uso abusivo ou dependência em suas fases iniciais**.

Por que considerar a Intervenção Breve?

Existem diversos estudos mostrando a efetividade da Intervenção Breve em serviços de Atenção Primária à Saúde, bem como com adolescentes usuá-rios de substâncias. Uma Intervenção Breve para adolescentes usuá-rios de risco de substância pode impedir a progressão de um estágio de uso de droga para outro.

As etapas de Intervenção Breve para adolescentes são as mesmas que você já viu anteriormente, ou seja, os FRAMES.

- ✓ **F**eedback (devolutiva ou retorno)
- ✓ **R**esponsibility (responsabilidade)
- ✓ **A**dvice (aconselhamento)
- ✓ **M**enu of Option (menu de opções)
- ✓ **E**mpathy (empatia)
- ✓ **S**elf-efficacy (autoeficácia)

A diferença está na maneira de abordar essa população. Para lidar com adolescentes de maneira efetiva, você não precisa (e não deve) se comportar como ele. Mas você deve considerar e conhecer as particularidades dessa população e considerar que a maior parte deles não percebe que o uso que faz de álcool e/ou outra droga pode ser um problema. Ou seja, grande parte deles se encontra em um estágio de pré-contemplação e, nesse sentido, eles podem ser extremamente resistentes a qualquer possibilidade de mudança. Além disso, adolescentes não se impressionam com a possibilidade de problemas futuros. Eles vivem no aqui e agora.

Diante disso, a fim de aumentar a motivação do jovem, considere os seguintes aspectos ao conduzir uma intervenção com adolescentes:

1. **Tempo:** As intervenções com jovens, a menos que tenham por finalidade o lazer ou a diversão, devem ser feitas de forma bastante breve. Desse modo, procure ser bastante objetivo em suas colocações e não fique “dando voltas” para falar algo ao adolescente. Seja direto, pois eles percebem facilmente quando estamos “enrolando”.

2. **Baixa autoestima e baixa autoeficácia:** A baixa autoestima e a baixa autoeficácia nos adolescentes, muitas vezes, são o resultado de uma percepção bastante realista de que seus pontos de vista e desejos não são considerados quando alguém (em geral, seus pais ou responsáveis) toma decisões que os afetam diretamente. Assim, sugerimos que você crie oportunidades para que os sentimentos de autoestima sejam fortalecidos, na própria entrevista ou consulta. Mostre que você leva em consideração e se preocupa com os sentimentos e emoções do adolescente.
3. **Reações a figuras de autoridade:** Os adolescentes, em geral, têm em mente que tudo que fizerem terá a desaprovação por parte dos adultos. E, de certo modo, essa percepção explica parte da hostilidade que muitos jovens demonstram quando abordados pelo profissional (que é um adulto). Sua ideia é: “Mais um para reprovar o que eu faço”. Isso, sem dúvida, pode contribuir para diminuir sua autoestima e seu senso de eficácia. Diante dessa situação, sua tarefa será fortalecer a autoestima do adolescente, não manifestando reprovação em relação ao seu comportamento, mas sim sugerindo outras possibilidades.



Além dos aspectos mencionados, existem outros que devem ser considerados para que haja uma boa intervenção junto ao adolescente. Estes referem-se a questões internas ou pessoais do profissional, as quais se não forem bem trabalhadas e refletidas poderão comprometer os resultados da intervenção. Veja com mais detalhes a seguir.

Existem estudos mostrando **diferentes fatores** que podem impedir que o profissional faça uma boa intervenção com o adolescente. São eles:

1. **Atitudes Negativas:** Muitos profissionais acreditam que pessoas que usam drogas são imorais, sem caráter ou sem força de vontade. Na verdade, esse tipo de crença só fará com que você seja hostil com o adolescente.

2. **Aspectos Pessoais:** Profissionais que cresceram ou tiveram contato próximo com parentes que usam drogas podem desenvolver atitudes rígidas em relação a usuários. Nesse sentido, caso você tenha vivenciado alguma situação de uso de drogas por família, pense sobre o seu sentimento em relação a isso e sobre como você encara o consumo de drogas, de modo geral. Identificar a sua posição ou o que você pensa quanto ao uso e o usuário, poderá ajudá-lo a desenvolver atitudes mais flexíveis e, quem sabe, mais compreensivas e afetivas.
3. **Medo:** Profissionais muito tímidos podem se sentir ameaçados por comportamentos agressivos ou hostis do adolescente. No entanto, procure lembrar-se de que, em geral, a agressividade manifestada pelo adolescente não é contra você, especificamente, mas um modo de ele manifestar seu desafordo ou o quanto está contra si.
4. **Hostilidade:** Alguns profissionais sentem-se irritados devido à postura de resistência que muitos adolescentes assumem durante a consulta. Nesse caso, procure entender o comportamento do adolescente, seja ele qual for. Do contrário, você pode perder a objetividade da sua intervenção, assumindo uma postura confrontadora.
5. **Baixa Autoconfiança:** Um profissional com uma baixa autoestima e baixa autoconfiança em seu desempenho pode necessitar de constante “aprovação” e, nesse sentido, pode se sentir impelido a fazer “alianças” com o adolescente. Isso não trará benefício algum para o jovem.
6. **Negativismo:** Um profissional que encara a adolescência como “aborrecência” dificilmente terá prazer em atender um adolescente e, caso o faça, terá grandes dificuldades para motivá-lo a mudar de comportamento.
7. **Pressuposições:** Muitos profissionais geralmente fazem falsas suposições com base na aparência, comportamento ou estilo de vida. No entanto, há três coisas que você precisa lembrar ao fazer “pré”-suposições: reconhecer que é somente uma suposição; não assumir sua suposição como um fato consumado; checar se suas suposições têm algum fundamento. Isso evita que você faça julgamentos precipitados a respeito do adolescente.

Bem, você viu alguns aspectos que podem influenciar positivamente e negativamente sua intervenção junto a adolescentes. Lembre-se deles ao atender adolescentes!

Intervenção Breve para Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs)

No Brasil, a droga mais frequentemente usada pelos usuários é a heroína, por via injetável, é a cocaína. Com menor frequência, outras drogas também são usadas por essa via, como os anabolizantes, a heroína e os opioides.

As Intervenções Breves para os usuários de drogas injetáveis (UDIs) devem levar em consideração que esse é um subgrupo de usuários de drogas com características particulares. Essas pessoas são frequentemente estigmatizadas, sendo alvo de preconceito e rejeição, e é mesmo por outros usuários.

Outra particularidade é que UDIs, com maior frequência, se expõem e expõem seus parceiros a doenças transmissíveis por via sanguínea e sexual. AIDS, hepatites B e C são as doenças mais comumente transmitidas por via injetável entre UDIs e destes para a pessoa que também usa droga ou com quem tenham contato sexual.

As Intervenções Breves com esses usuários mostram-se altamente eficientes, quando utilizadas sob o enfoque das Estratégias de Redução de Danos. Desde a implantação dos programas de Redução de Danos no Brasil, a participação dos UDIs, entre os casos notificados de AIDS, caiu de 29,5% em 1993 para 7,9% em 2007 (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

Epidemia de AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis

O uso compartilhado de equipamentos utilizados na autoadministração de drogas injetáveis - com o predomínio absoluto da cocaína injetável - é, direta ou indiretamente, responsável por cerca de 7,9% do total de casos de AIDS notificados até o momento. A porcentagem de casos de AIDS, segundo estudo realizado com 36.218 usuários de cocaína (dados até 02/09/2000), era equivalente a 18,5% do total.

Além da infecção pelo HIV, outras doenças e a transmissão sanguínea são bastante prevalentes entre os Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs) brasileiros, com taxas elevadas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais, além de infecções particularmente comuns em determinadas regiões brasileiras, como a infecção pelo HTLV-I/II, endêmica na Bahia região nordeste do Brasil, e

mesmo surtos de má-á-ia. Esse fá-o representa risco a rescido pa a infecções tra smissíveis pelo a o sexua desprotegido e, eventual mente, tra smissíveis também verticalmente durante a gravidez/parto.

Estudos empíricos vêm demonstra do que a má-oria desses UDIs é sexua mente ativa e que a frequência de uso sistemático de preservativos, nessa população, é extremamente baixa. Essas questões incidem no perfil epidemiológico, quando constatamos que 38,2% das mulheres com AIDS contraíram o vírus compartilhando seringa ou por pa-eria sexua com UDI; e 36% dos ca-os de AIDS pediã-rica p-ontã- um dos progenitores como UDI.

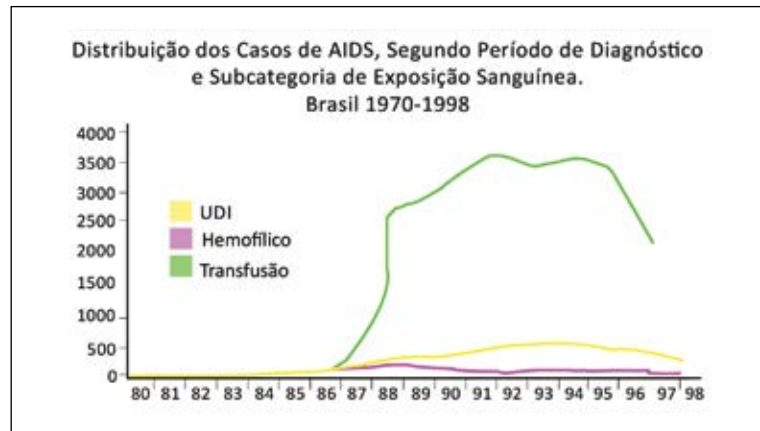
Os ca-os de AIDS entre UDIs no Bra-il obedecem, diferentemente do que ocorre com os casos incluídos nas demais categorias de exposição, um padrão geográfico bastante definido, que não coincide com a tradicional concentração de casos de AIDS no conjunto da- regiões metropolitana- , na- diferentes regiões. A má-oria dos ca-os de AIDS entre UDIs vem sendo registrã- na- regiões Sudeste e Sul, e na porção sul da região Centro-Oeste, fã-etando, expressivã- mente, nessa- regiões, não só á- ea- metropolitana- a- como cidã-es de médio porte.

Ao longo do período compreendido entre a segunda metã- e da décd- a de oitenta e a primeira metã- e da décd- a de noventa, esses ca-os distribuím- -se preferenciã- mente o- longo de uma faixa que conecta a porção sul da região Centro-Oeste o- litorã- do Estã-o de São Pa-lo (estã-o má-s rico e industriã-izã-o da federçã-õ e que conta com o má-or porto da América do Sul, Sa-tos). Esse município registrou, dura- te todo o período mencionã-o, a má-s elevã-ã- ta-as de incidência a-umulã-a de AIDS do Bra-il, com cerca de 50% do totã- de ca-os registrados entre os UDIs. Essa faixa geográfica coincide com as principais rotas de trã-sito, comércio e exportçã-õ da cocã-na no Bra-il.

A segunda metã- e da décd- a testemunhou dua- b-terçã-ões muito relevã-tes nesse cenário: a vigorosa expã-sã-õ da epidemia de AIDS na direção do litorã- sul do Bra-il e o expressivo a-mento no consumo de crã-k, iniciã-mente no município de São Pa-lo e, posteriormente, em diversa- cidã-es de porte médio de São Pa-lo, e dá- pa- a diversa- regiões do pá-s.

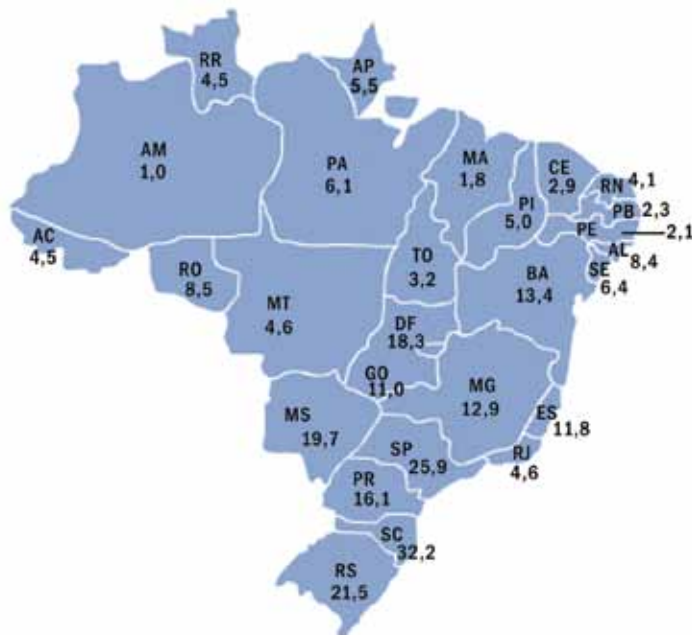
Denise De Micheli, Marcelo Santos Cruz

Ao estudar-se os casos de AIDS em que a contaminação se deu pelo uso de drogas injetáveis, encontra-se, que dos 100 municípios com maior número de casos dessa subcategoria 61 estão no Estado de São Paulo.



Fonte: MP-BPB-CM-DBT

Percentual de casos de AIDS na Categoria de Transmissão “Uso de Drogas Injetáveis”, por Estado Federativo, Brasil, 1980-2000.



Fonte: <http://www.aids.gov.br>

A dinâmica da epidemia na região litorânea sul e no extremo sul do país (próximo à região litorânea) foi fortemente influenciada pela difusão do HIV/AIDS na população de UDI, com diversos municípios registrando mais de 60% do total de novos casos de AIDS em UDI.

Municípios do litoral do Estado de Santa Catarina, como Itajaí, Camboriú e Balneário Camboriú figuram, hoje, entre os municípios brasileiros com as maiores incidências de AIDS, com participação central dos UDIs nas dinâmicas regionais da epidemia.

Em suma, defrontamo-nos, no Brasil, com um cenário complexo e em permanente mutação, referente tanto ao tráfico quanto ao consumo de drogas. Esse cenário repercute de forma importante na dinâmica da epidemia do HIV/AIDS, reclamando diversas alternativas preventivas, aplicáveis a contextos que variam de regiões com uso incipiente de drogas injetáveis (à medida que de um consumo intenso de drogas ilícitas pela mesma via) a regiões onde existem epidemias maduras de HIV/AIDS na população local de UDIs (com taxas de infecção pelo HIV por vezes superiores a 60%).

A disseminação do HIV entre os usuários de drogas, seus parceiros sexuais e filhos constitui, sem dúvida, um dos mais sérios danos decorrentes do consumo de determinadas substâncias psicoativas. Portanto, as ações preventivas devem compreender as seguintes iniciativas:

- ✓ Desestimular o consumo de drogas;
- ✓ Desestimular a transição para vias mais graves e danosas de consumo;
- ✓ Oferecer tratamento aos usuários de drogas (e, eventualmente, a seus familiares);
- ✓ Evitar, por meio da disponibilização de equipamentos descartáveis de injeção, a infecção pelo HIV e demais patógenos de transmissão sanguínea entre aqueles que não querem, não podem ou não conseguem parar de injetar drogas.

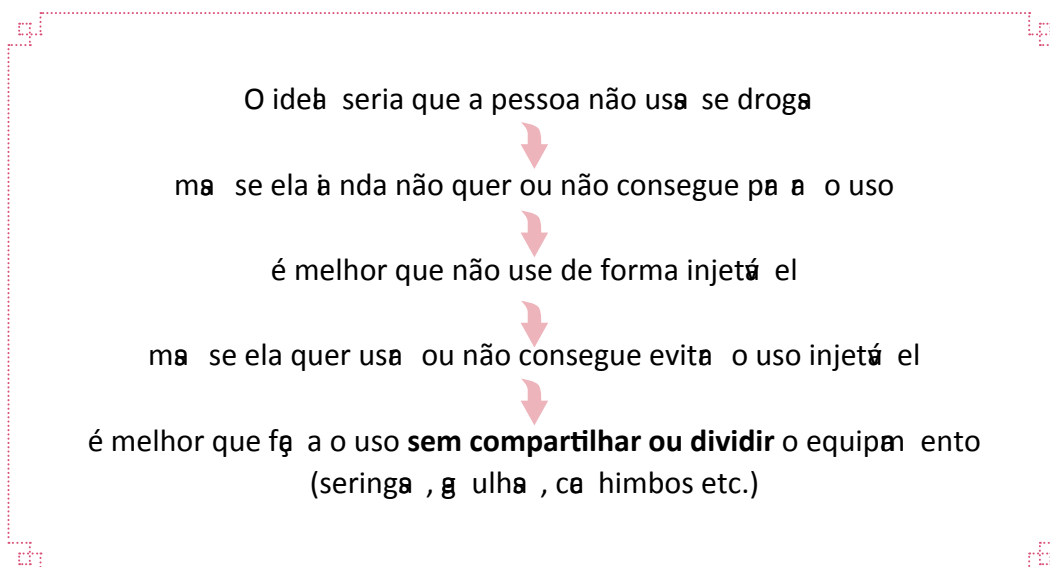
As ações de prevenção primária à medida que prevista no texto da legislação em vigor, vêm sendo implementada no país de forma fragmentada. Ao longo das últimas décadas, as ações repressivas têm, inegavelmente, concentrado a maior parte dos escassos recursos destinados à política de drogas no Brasil.

Além disso, se comparadas às ações repressivas, as estratégias preventivas são bem menos visíveis e seus resultados só podem ser evidenciados em longo prazo, utilizando critérios cuja avaliação e mensuração são complexas. Não obstante, constituem a única forma de lidar com o eixo central de qualquer mercado - a demanda

Alguns trabalhos vêm analisando de forma crítica as ações preventivas desenvolvidas entre nós, criticando, por exemplo, seu caráter amedrontador, a falta de precisão das informações veiculadas e a necessidade de desenvolver formas inovadoras de prevenção que ultrapassem os muros do sistema escolar e atinjam, de fato, as comunidades pobres e os menores em situação de rua.

Assim, as intervenções breves para as UDIs devem ter como **objetivos**:

1. Abrir o caminho para o **estabelecimento de um contato produtivo** e sem desconfianças mútuas entre o UDI e os profissionais dos serviços de saúde (instituições, trabalhadores da saúde e lideranças que atuam nessa área).
2. **Levar informações sobre os riscos e danos do uso de drogas**, especificamente aqueles relacionados ao uso injetável e à forma de evitá-los ou diminuí-los.
3. **Informar sobre as doenças sexualmente transmissíveis** e os cuidados necessários para evitá-las, como o uso regular de preservativos.
4. Considerar a **ordem de importância dos seus objetivos**, ou seja



5. Incentivar o UDI a modificar ou refletir sobre a **necessidade de mudar seu comportamento de uso de drogas.**
6. Fornecer **informações sobre tratamento para o uso abusivo de drogas** e como ele pode ser atendido.
7. Fornecer **informações sobre exames clínicos para doenças transmissíveis por via venosa ou sexual**, tratamento para a doença clínica e a forma de avaliação.

Recomendações

Usuários de drogas injetáveis devem ser lembrados sobre os riscos de usar **SERINGAS e AGULHAS QUE NÃO SEJAM DESCARTÁVEIS.**

O uso de drogas injetáveis é uma das principais formas de transmissão do vírus da AIDS. Os programas de Redução de Danos, que incluem a troca de seringas, são uma estratégia de saúde pública que busca dar resposta a esse risco.



Cuidados básicos que devem ser discutidos com pessoas que usam drogas injetáveis.

As seguintes ações **umentam os riscos e danos** para a pessoa que usa droga injetáveis:

- ✓ Usar equipamento limpo;
- ✓ Compartilhar o local onde prepara a dose;
- ✓ Reutilizar agulhas;
- ✓ Usar agulha média ou grande para se injetar;
- ✓ Usar grandes quantidades de água para dissolver;
- ✓ Não limpar o local com álcool antes de se aplicar;
- ✓ Não pressionar o local aplicado com o polegar;
- ✓ Repetir a dose com a mesma seringa;
- ✓ Repetir a dose na mesma veia.

Além disso, Usuários de Drogas Injetáveis devem ser orientados para

- ✓ Descartar o equipamento de injeção;
- ✓ Colocar instrumentos (agulha, seringa etc.) numa lata de refrigeração fria ou numa caixa segura
- ✓ Saber que droga com impureza pode causar infecção da válvula do coração e dos vasos sanguíneos, ferida na pele e infecção generalizada
- ✓ Pressionar repetidamente as veias com as mãos, com uma bolinha de borracha ou de papel, para fortalecê-las.

Veja que alguns PONTOS DE INJEÇÃO apresentam MAIS RISCOS do que OUTROS:

● **Pontos com menores riscos:**

- ✓ Veia dos braços e dos antebraços;
- ✓ Veia da perna.

● **Pontos a considerar com riscos intermediários:**

- ✓ Pés (veias pequenas, muito frágeis, injeção dolorosa).

● **Pontos mais perigosos:**

- ✓ Pescoço;
- ✓ Rosto;
- ✓ Abdômen;
- ✓ Coxa
- ✓ órgãos sexuais;
- ✓ Pulsos.



Kit Redução de Danos

Em postos de saúde estão disponíveis kits com seringa, agulha, garrafas, lenços antissépticos, preservativos, copo de plástico e água para a mistura da droga. O objetivo é reduzir os danos à sua saúde.

Pessoas que usam drogas injetáveis também devem ser informadas de que alguns fatores aumentam os riscos de overdose, como:

- ✓ Mistura é cool com outra substância. O risco é muito maior;
- ✓ Ao experimentar uma nova droga ou mudar de fornecedor, o efeito da droga pode ser muito mais forte que o esperado.



O que fazer quando alguém tem overdose?

- ✓ Não entre em pânico. Fale com a pessoa falecida a calma, dê uns "tapinhas leves". A questão é evitar que ela "apague";
- ✓ Se a pessoa não estiver respirando, faça respiração boca a boca;
- ✓ Se ela estiver inconsciente, deite-a de lado, com a cabeça para trás;
- ✓ Não a deixe sozinha. Se realmente tiver de sair, tome cuidado para ela não se virar nem ficar de barriga para cima;
- ✓ Chame a ambulância e diga o que a pessoa tomou. Procure ficar tranquilo: **o sigilo médico protege tanto o usuário de drogas quanto você.**

Os Programas de Saúde da Família fornecem uma oportunidade excelente para a identificação e abordagem precoce de UDIs na comunidade, pois essas pessoas, frequentemente, evitam outros serviços de saúde. Os agentes do PSF devem, sempre que possível, trabalhar em conjunto com os agentes dos Programas de Redução de Danos.

Intervenção Breve para população de rua

A condição de risco e vulnerabilidade e dos moradores de rua nos grandes centros urbanos, está associada a todo tipo de exclusão social. São diversos os fatores de natureza econômica, política e social que contribuem para esse fenômeno. Vários estudos mostram que o **abuso de drogas** surge como um aspecto relevante da **fragilidade** a que está exposta essa população, sendo o **álcool a substância mais usada no contexto de rua**.

O modelo tradicional de família com todos os membros vivendo sob o mesmo teto, está em fase de transformação. Diversos fatores, como desemprego, exclusão social, violência física entre outros, contribuem para esse fenômeno. Essas condições levam, muitas vezes, a uma fragilidade e das relações familiares, em que a saída para a rua representa uma alternativa possível para o enfrentamento das dificuldades.

Noto *et al* (2003), em estudo realizado com crianças e adolescentes em situação de rua, relataram que as dificuldades da família se acentuam quando há a ausência dos pais ou de um deles. Esses fatores colocam a família diante de muitos desafios, como o enfrentamento da violência doméstica, associada ao abuso de drogas. Para a grande maioria, a situação de rua foi favorecida por múltiplos responsáveis por ela, devido ao uso de bebida alcoólica e/ou outras drogas. Esse é um fenômeno global e de proporções bastante altas (Le Roux & Smith, 1998).

Alguns estudos realizados sobre prevenção ao uso de drogas concluíram que as ações mais eficazes são aquelas que abordam os aspectos psicossociais e trabalham a habilidade de resistência ao consumo, bem como a crença relacionada a ele (De Micheli *et al*, 2004). Esse aspecto é de extrema importância quando se trata de moradores de rua tanto múltiplos como crianças, na medida em que essas habilidades desempenham um efeito protetor, estimulando a resiliência (capacidade de enfrentamento das situações adversas), que é sempre presente nessa população (Pardo & Koller, 2005). Para eles, as instituições de atendimento representam uma importante referência no encaminhamento para os diversos problemas e também uma oportunidade de dar novo



significado a sua trajetória de vida. Dessa forma, é fundamental estabelecer políticas públicas considerando o conhecimento dos profissionais envolvidos nessas instituições (Santos & Bastos, 2002).

Considerando o exposto, uma modalidade de intervenção que vem sendo constantemente proposta para essa população em diversos trabalhos realizados é a capacitação dos profissionais nas instituições de atendimento já existentes, preparando-os para lidar com as situações de crise da população em situações de rua momento em que apresentam menos resistência e normalmente buscam ajuda nas instituições para tratamento, orientação, procura da família, etc. Com isso, os profissionais que atendem à população de moradores de rua estarão mais preparados também para perceber essa fase de prontidão para receber ajuda e realizar os encaminhamentos necessários, com um trabalho em rede de serviços articulada (Varanda & Adorno, 2004; Santos & Bastos, 2002; Magnani, 2002; Aueswald & Eyre, 2002; Scanlon et al 1998).

Essa intervenção é proposta, por esses profissionais, em atividades simples e criativas, utilizando música, esportes, pintura, dança, jogos educativos diversos, leitura, etc. Muitos trabalhos já vêm sendo realizados, em todo o país. (Noto et al, 2003; Fundação Projeto Travessia, 2004; Ortiz, 2001). Além disso, ganha especial importância o trabalho em rede de todas as demandas: educação, cultura, saúde, mídia, possibilitando um melhor atendimento em todas as diferentes áreas do conhecimento (Santana et al, 2004; Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2005).

Para isso, é primordial e necessária a formulação de políticas públicas voltadas para intervenções que considerem a inclusão social a partir da construção e da articulação das redes sociais já existentes, de forma integrada.

Atividades

REFLEXÃO

Leia o caso abaixo e comente se, além da intervenção realizada, algo mais poderia ser feito para complementar a intervenção, e o que seria

“A.D.E, 17 anos, sexo masculino, cor branca, solteiro, possui ensino fundamental completo e atualmente está desempregado. Foi admitido no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS-AD) aos 16 anos, para tratamento de uso de substância psicoativa. O paciente é o filho mais velho de pais separados e mora com o pai. Ele possui vida social ativa, com vários amigos e um relacionamento familiar conturbado. Ao exame físico não apresenta alterações dos padrões de normalidade. A aplicação do AUDIT indicou 17 pontos e o ASSIST indicou 27 para uso de cocaína e 14 para uso de álcool. O entrevistador realizou uma Intervenção Breve que teve duração aproximada de 90 minutos”.

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O uso de álcool por adolescentes se associa a acidentes e violência
- b) Segundo estudos epidemiológicos brasileiros, mais de 50% dos adolescentes usam drogas além do álcool e do tabaco diariamente.
- c) O início cada vez mais precoce do uso de álcool é motivo de preocupação pelos riscos envolvidos.
- d) Identificação Precoce e Intervenção Breve também são estratégias indicadas para adolescentes.

2. Assinale a alternativa INCORRETA:

- a) As intervenções com adolescentes devem ser bastante longa para conseguir motivá-los.
- b) Sentir-se criticado com frequência é uma das razões para a rejeição dos adolescentes à abordagem.
- c) Atitudes moralistas por parte dos profissionais dificultam a abordagem dos adolescentes utilizando a Intervenção Breve.
- d) A gravidade de alguns problemas adolescentes deve ser compreendida como uma forma de manifestar seu desajuste, e não é contra o profissional pessoalmente.

3. Nas Intervenções Breves com Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs), qual das alternativas abaixo é INCORRETA?

- a) Usuários de Drogas Injetáveis sofrem preconceitos até por parte de outros usuários de drogas.
- b) O uso de drogas injetáveis aumenta o risco de contaminação por vírus transmitidos por meio de seringas e agulhas (e também pelo contato sexual), como o HIV e Hepatites B e C.
- c) Depois da implementação dos Programas de Redução de Danos no Brasil, a participação dos UDIs entre os casos novos de AIDS caiu de quase 30% para menos de 8%.
- d) Oferecer seringa nova em troca de seringa usada para UDIs não é uma forma eficiente de diminuir o número de casos novos de AIDS.

4. Não está entre os objetivos das Intervenções Breves para UDIs:

- a) Levar informações de saúde que possibilitem diminuir os danos.
- b) Estabelecer uma relação de confiança entre profissionais e UDIs.
- c) Convencer todos os UDIs a interromper o uso de drogas imediatamente como única forma de reduzir os danos.
- d) Distribuir informações e preservativos para reduzir o risco de doença sexualmente transmissíveis.

Bibliografia

Alva ez MAS, Alva enga AT, Ferrã a NF. O encontro tra sformã or em mord ores de rua na cidã e de São Pa lo. *Psicol Soc.* 2004;16(3):47-56.

Auerswald CL, Eyre SL. Youth homelessness in San Francisco: a life cycle approach. *Soc Sci Med* 2002; 54:1497-512.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. Ano IV - nº 1 - 27ª - 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006. Ano IV - nº 1 - 01ª - 26ª - semana epidemiológica - janeiro a junho de 2007. 2007.

Carlini EA, Noto AR, Sa chez ZVDM, Carlini CMA, et al. VI Levã tã ento Na ionã sobre o Consumo de Droga entre Estudã tes do Ensino Fundã entã e Médio da Redes Pã blica e Privã a de Ensino na 27 Cã itã s Bra ileira - 2010. CEBRID/SENAD.

Carlini-Cotrim B, Gã b -Ca vã ho C, Gouveia N. Comportã entos de sã de entre jovens estudã tes da redes pã blica e privã a da á ea metropolitana do Estã o de São Pa lo. *Rev Sã de Pã blica* 2000;34(6):636-45.

Cruz MS, Sáad AC, Ferreira SMB. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre a estratégia de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. *J Bra Psiquiã r.* 2003;52(5):355-62.

De Micheli D, Formigoni MLOS. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction.* 2004 May;99(5):570-8.

De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Bra*. 2004;50(3):305-13.

Le Roux J, e Smith CS. Causes and characteristics of the street child phenomenon: A global perspective. *Adolescence*, 1998; 33(131), 683-688.

Magnani, JGC. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Bra ileira de Ciências Sociais*, 2002; 17 (49),11-29.

Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG et al. Levã tã ento Na ionã sobre o uso de droga entre crianças e adolescentes em situação de rua na 27 cã itã s bra ileira , 2003. São Pa lo: SENAD/CEBRID; 2004.

Pardo SS, Koller SH. Resiliência na rua um estudo de caso. *Psicol Teor Pesquisa* 2005;21(2):187-95

Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e desafio para políticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(1):56-69.



Capítulo

5

A Intervenção Breve na Atenção Básica de Saúde: quem pode aplicá-la?

TÓPICOS

- ✓ Uso de álcool e drogas é assunto só para especialistas?
- ✓ O que a Intervenção Breve tem a ver comigo, profissional de saúde?
 - ✓ A Intervenção Breve pode ser um instrumento para a Educação em Saúde?
- ✓ Como implantar a Intervenção Breve na minha Unidade de Saúde?
 - ✓ O que se ganha em aplicar a Intervenção Breve?
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Uso de álcool e drogas é assunto só para especialistas?

A primeira pergunta a fazer é:

O uso de álcool e de outras drogas é um assunto a ser abordado na Unidade de Saúde? Isso não deveria ser preocupação dos especialistas da área?

A resposta para essa pergunta poderia vir acompanhada de outra pergunta:

Você conhece alguém com problemas devidos ao uso de álcool ou outras drogas?

Como você já estudou nos capítulos anteriores, a taxa de uso abusivo e dependência de álcool ou outras drogas, no Brasil, são muito altas. Portanto, o profissional de saúde que trabalha em qualquer Unidade de Saúde da Atenção Básica, e em especial na Saúde da Família e na Unidade Atendimento aos Programas de Saúde (UAPS), está em uma posição estratégica, pois:

- ✓ Trabalha na perspectiva de rede de apoio social;
- ✓ Lida diretamente com a comunidade, conhecendo muito bem os problemas específicos de cada área;
- ✓ É respeitado pelos usuários, pelo tipo de trabalho desenvolvido;
- ✓ A comunidade conhece e confia no seu trabalho;
- ✓ Realiza trabalhos diversificados, como consultas, grupos e visitas domiciliares;
- ✓ Trabalha com foco na prevenção e em ações amplas de saúde.

Principalmente em relação ao último ponto, o profissional que atua próximo e com a comunidade é um dos mais indicados para agir na detecção precoce e realizar as intervenções iniciais em relação ao uso abusivo de álcool ou de outras drogas.

Como se diz popularmente: **“Prevenir é melhor do que remediar”**, e a maioria das pessoas da comunidade ou território atendido pela Unidade de Saúde ainda não é dependente, mas muitas vezes são usuários de álcool e drogas, que pode ser identificados na categoria de **uso de risco para a saúde** ou tendo um diagnóstico de uso nocivo.

SAIBA QUE:
Em geral, usuários abusivos de substâncias não procuram os serviços de saúde para tratar de problemas associados ao uso, mas por outros problemas de saúde, que muitas vezes são devidos a esse uso.

Por exemplo: considere um paciente que esteja passando por problemas de dores estomacais. Muitas vezes, o profissional de saúde recomenda algum tipo de tratamento especificamente para a dor de estômago, mas não pergunta ao paciente sobre seu hábito de consumir bebidas alcoólicas. Se a pessoa for usuária frequente de álcool, o problema de estômago persistirá ou poderá se agravar. O profissional de saúde, portanto, perderá uma oportunidade importante de agir sobre a verdadeira causa do problema.

Outro exemplo é o de um jovem que procura a equipe de saúde por causa de problemas de aprendizagem. Sabe-se que esse tipo de problema pode estar associado ao uso de maconha. Se o profissional tiver uma postura profissional adequada, a utilização da **Intervenção Breve** será importante para ajudar o jovem a reconhecer seu problema e tomar atitudes (redução ou parada do uso) que poderão evitar que outras consequências devidas ao uso abusivo de maconha ocorram.

O que é uma postura adequada?

O profissional **não deve “rotular”** o usuário como “drogado” ou “maconheiro”, porque isso o afastaria, ele se sentiria rejeitado, percebido como uma pessoa inferior, inadequada ou “não merecedora” de atenção ou cuidados. Como já vimos em capítulos anteriores, a moralização e estigmatização de usuários de álcool e outras drogas é comum na população em geral e também entre profissionais de saúde sendo uma barreira importante para ações de saúde dirigidas a esses usuários.

O profissional deve ter uma **postura respeitosa**, demonstrando que entende o uso abusivo de álcool ou outras drogas como um problema de saúde, para o qual o paciente precisa de ajuda, e que ele tem disposição e capacidade para ajudá-lo a modificar o uso. O importante é considerarmos o padrão de consumo, e não o usuário, como o problema a ser enfrentado.

Esses são dois exemplos, entre muitos outros, que vão ajudá-lo a entender que o uso abusivo de álcool e outras drogas é realmente um problema que pode e deve ser abordado na sua UBS:

- ✓ Muitos dependentes vivem na sua comunidade e você pode ajudá-los a procurar um serviço especializado;
- ✓ É possível desenvolver um trabalho de prevenção ao uso abusivo;

- ✓ Existem mais de 60 patologias crônicas e agudas associadas ao uso excessivo de álcool, e muitas delas são frequentes nos serviços de Atenção Básica à Saúde;
- ✓ Inúmeros problemas sociais e psicológicos, que os pacientes de UBS/PSF apresentam na UBS, estão associados ao uso de álcool e outras drogas;
- ✓ É preciso estarmos mais atentos ao problema se, de fato, quisermos melhorar os indicadores de saúde da nossa comunidade.

O que a Intervenção Breve tem a ver comigo, profissional de saúde?

Como você viu nos capítulos anteriores, a Intervenção Breve é uma técnica de motivação para a mudança de comportamentos de saúde, direcionada principalmente para pessoas que fazem uso de risco de álcool ou outras drogas. Portanto, é uma **prática de prevenção secundária**. Além disso, a Intervenção Breve é direcionada não somente ao uso da substância em si, mas também aos diversos comportamentos associados, como: fazer sexo sem proteção; compartilhar seringas ou cachimbos, aumentando a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis; praticar violência doméstica, associada a momentos de intoxicação, etc. Dessa forma estão **ampliando os conceitos de saúde e de Redução de Danos**.

A Intervenção Breve se encaixa perfeitamente na forma de trabalho do profissional de Atenção Primária, a partir de pontos principais, como:

- ✓ Foco na prevenção ou promoção;
- ✓ Concepção de saúde ampliada;
- ✓ Trabalho em redes sociais.

A Intervenção Breve pode ser um instrumento para a Educação em Saúde?

O profissional de Atenção Primária sabe muito bem que o seu trabalho tem uma importância fundamental para o sistema de saúde, pois enfoca principalmente a prevenção e a promoção de saúde. Desse modo, deve cada vez mais aplicar seu conhecimento, trabalhar em perspectiva interdisciplinar e utilizar ao máximo as ferramentas de trabalho adequadas a sua realidade.

FERRAMENTAS DE SAÚDE

Da mesma forma que uma ferramenta, como o martelo ou o serrote, ajuda um trabalhador da construção civil a construir uma casa, os profissionais de saúde têm suas ferramentas para ajudar as pessoas da comunidade a conquistarem melhores condições de saúde.

As ferramentas de saúde são técnicas e os materiais de trabalho que vão ajudá-lo a intervir e resolver determinados problemas. Um exemplo de ferramenta de trabalho são os instrumentos de triagem para o uso de álcool e outras drogas, como o **CAGE**, **AUDIT** e **ASSIST**. Se você tem alguma dúvida sobre essa ferramenta, consulte o Módulo 3.

Entre as principais ferramentas utilizadas na **Atenção Primária** destacam-se as práticas e técnicas de **Educação para a Saúde**, utilizadas em diversas situações de seu trabalho e de sua equipe.

Por exemplo, consultas de rotina, grupos preventivos, visitas domiciliares, palestras, etc. As ações de Educação para a Saúde são importantes na medida em que possibilitam ao profissional manter uma comunicação adequada com a comunidade e, valorizando as características locais, respeitar a cultura e os conhecimentos ali produzidos. Somente dessa forma o profissional consegue, de fato, desenvolver um trabalho de qualidade e integrado com sua comunidade.

Mas o que isso tem a ver com a Intervenção Breve?

Tem tudo a ver!!

A Intervenção Breve é uma técnica de educação para a saúde, que apresenta todos os princípios apontados anteriormente.



Como você viu nos capítulos anteriores, existem alguns princípios dessa técnica que se encaixam muito bem no trabalho realizado na **Atenção Primária**. Dentre eles, destacam-se:

- ✓ Respeito pela cultura e escolha do usuário;
- ✓ Postura empática e compreensiva do profissional;
- ✓ Noção de práticas de saúde ampliada;
- ✓ Ênfase na prevenção;
- ✓ Trabalho em redes de apoio social;
- ✓ Facilidade de utilização e caráter interdisciplinar.

Sabendo que o uso de álcool e outras drogas é um problema a ser priorizado na Unidade Básica de Saúde e que a **Intervenção Breve** é uma ferramenta simples e útil, a próxima pergunta é:

Quem pode aplicá-la?

Principalmente no contexto da Atenção Primária, o trabalho interdisciplinar é fundamental.

O trabalho em equipe torna-se muito mais importante do que o trabalho individualizado. Além disso, os vários tipos de conhecimento devem ser valorizados e compartilhados entre as equipes. O trabalho do médico torna-se muito mais eficiente com a ajuda do Agente Comunitário de Saúde, e vice-versa.

Quanto maior a utilização de ferramentas de trabalho em equipe, melhor o resultado das ações. O sucesso da implementação de ações de trig em e Intervenção Breve vai depender não somente do profissional, isoladamente, mas de toda a equipe e do sistema local de saúde, como veremos a seguir.

Saiba mais:

- ✓ O Brasil é considerado um país com vasta experiência na implementação de Intervenções Breves (IB) em serviços de APS. Já possuímos vários estudos que demonstram a efetividade de nossas práticas, em que todos os profissionais são importantes e podem aplicar a Intervenção Breve (Médicos, Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Odontólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Agentes Comunitários de Saúde etc.).
- ✓ O PAI-PAD (Programa de Ações Integradas para a Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo, com recursos da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, desde 2006, tem um modelo que tem sido disseminado e tem implantado as Intervenções Breves através de uma rede de interlocutores municipais e profissionais treinados, em mais de uma centena de municípios, apoiando vários Centros de Referência da SENAD, e esse trabalho, desenvolvido inicialmente em cooperação com a Organização Mundial da Saúde, foi avaliado em pesquisa e publicado em revista internacional com uma avaliação altamente positiva e com recomendação para a adoção em outras regiões e países (veja mais na Internet: www.fmrp.usp.br/paipad).
- ✓ Um estudo realizado no Brasil demonstrou que os Agentes Comunitários de Saúde têm utilizado os instrumentos de triagem e a IB mais frequentemente do que outros profissionais. Porém, para um resultado ainda mais efetivo, é de fundamental importância o envolvimento de toda a equipe, inclusive dos coordenadores dos serviços.
- ✓ Outro estudo realizado pelo CREPEIA (Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas) da Universidade Federal de Juiz de Fora, realizado em várias UAPS em Minas Gerais, encontrou uma associação entre a qualidade do trabalho em equipe e do estilo de gestão com a implementação de ações de treinamento e Intervenções Breves. Isso chama a atenção para a importância do TRABALHO EM EQUIPE.

Portanto, com toda segurança, podemos dizer que: **TODA A EQUIPE PODE APLICAR A INTERVENÇÃO BREVE.**



Apesar da possibilidade de aplicação da Intervenção Breve nas UAPS, algumas concepções ou barreiras, nem sempre verdadeiras, costumam ser apontadas pelos profissionais. Entre elas:

1. **Eu não tenho tempo para fazer isso no meu serviço:** De fato, a equipe de Atenção Primária tem atualmente inúmeras responsabilidades e problemas que dificultam a organização do tempo. Assim, é preciso que a equipe reveja suas atribuições, administrando o tempo e definindo melhor as funções de cada membro. Além disso, a Intervenção Breve requer pouco tempo, de 5 a 20 minutos, e será realizada apenas para cerca de 20% dos usuários dos serviços. Nesse aspecto, o papel do coordenador é fundamental e importante.
2. **Eu não me sinto preparado para fazer isso:** Já existem estudos brasileiros demonstrando que uma qualificação simples seria suficiente para preparar um profissional de saúde para realizar a Intervenção Breve. Além disso, se você tiver dúvida, pergunte a um colega que tenha mais experiência ou troque ideias com os tutores do curso. Uma questão é clara: **a prática é muito importante.** Por isso, no início, você pode se sentir inseguro, mas com o tempo você verá que não existe segredo. Por isso, comece a fazer!
3. **Os usuários se incomodarão se eu abordar o assunto:** Isso não é verdade, na maioria dos casos. Com toda a certeza, as pessoas ficam felizes e agradecidas por você se preocupar com elas. Muitas vezes, a forma como você lida com o tema ou com o usuário de álcool e outras drogas é o problema. Por isso, tenha uma postura tranquila e não moribunda e o usuário não se incomodará com a abordagem. Em um estudo realizado pelo CREPEIA entre usuários das UAPS perguntou-se aos usuários se eles se sentiriam ofendidos ao serem abordados sobre o consumo de álcool e outras drogas e se eles consideravam que esse tema deveria ser abordado em consultas - a grande maioria (98%) dos usuários respondeu que não se sentiria ofendida e que deveria haver alguma ação sobre o tema nas UAPS.

Como implantar a Intervenção Breve na minha Unidade de Saúde?

Se você já se convenceu de que pode realizar a **Intervenção Breve no seu serviço**, então já deu um passo importante para começar a colocar o trabalho em prática e mudar, de fato, a situação do uso de álcool e outra droga na sua comunidade. Porém, **quanto mais ajuda você tiver, melhor será o resultado do trabalho**. Por isso, outro desafio que você terá pela frente será convencer os profissionais de sua equipe a se organizar para implantar a Intervenção Breve.

DICAS IMPORTANTES PARA A IMPLANTAÇÃO:

- ✓ **Reúna toda a equipe** para definir quando e como será aplicada a Intervenção Breve e quem serão os responsáveis pelas diferentes ações. Por exemplo, a triagem/detecção (primeiro passo da intervenção) pode ser responsabilidade de determinados membros da equipe, e a Intervenção Breve, de outros. Isso pode ajudar no problema de falta de tempo, por exemplo. Mas, dependendo das suas condições de trabalho, vocês podem considerar mais produtivo que a mesma pessoa faça os dois procedimentos;
- ✓ A triagem pode ser realizada em diferentes situações, como visitas domiciliares, sala de espera, grupos de prevenção, etc.
Defina as situações mais adequadas à realidade de seu serviço;
- ✓ **Identifique a rede de apoio social disponível** na sua comunidade que possa ajudar com as ações integradas de prevenção, como os serviços de tratamento ou grupos de apoio a dependentes disponíveis na sua região, tais como: Alcoólicos Anônimos, Comunidades Terapêuticas, Serviços de Saúde Especializados, CRAS ou CREAS etc. Esses serviços serão importantes quando você identificar algum dependente e precisar encaminhá-lo. Além disso, a implementação das ações de prevenção pode, e deve, ultrapassar o ambiente do seu serviço de saúde e pode ser feita com sua ajuda por esses parceiros. Procure fazer uma parceria com esses serviços;

IMPORTANTE!

Essas são apenas dicas gerais. É preciso que você avalie o quanto elas são possíveis ou não para a sua realidade. O importante é que você tenha uma estratégia anterior e a reavalie quando necessário.

- ✓ Procure **inserir a proposta em outras ações de saúde existentes** em seu serviço. Isso evita a estigmatização do usuário e do uso; e que a proposta se transforme em apenas “mais uma coisa para se fazer”;
- ✓ **Divulgue e procure apoio à proposta**, tanto da comunidade e ou dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde quanto dos gerentes, coordenadores e Secretários Municipais de Saúde. Esses são parceiros importantes para o sucesso do trabalho.

O que se ganha em aplicar a Intervenção Breve?

- ✓ Você será mais reconhecido tanto pela comunidade quanto pela equipe;
- ✓ A qualidade de seu trabalho aumentará, não somente em relação ao uso de álcool e outras drogas, mas também em relação a outros problemas;
- ✓ Os outros problemas de saúde, a sociedade e o uso de álcool e outras drogas, serão resolvidos mais rapidamente;
- ✓ Em médio prazo, alguns problemas de saúde serão menos frequentes no seu serviço e, portanto, a quantidade de ações curativas diminuirá;
- ✓ Em médio prazo, os usuários abusivos de álcool e outras drogas serão menos frequentes e, por consequência, os problemas relacionados ao uso diminuirão;
- ✓ Você terá uma relação melhor com os usuários do serviço ao utilizar os princípios da Intervenção Breve.

Atividades

REFLEXÃO

Uma senhora procura a Unidade de Saúde buscando ajuda para seu filho que está com fortes dores no peito, em sua casa e recusa-se a ir ao posto de saúde. A mãe, com muito cuidado, informa que *acha* que o filho *fumou pedra*. Discuta as prováveis reações dos profissionais de saúde diante da solicitação da mãe aflita.

TESTE SEU CONHECIMENTO

- 1. O profissional de saúde de uma Unidade de Saúde da Família, está numa posição estratégica em relação às Intervenções Breves para Álcool e Outras Drogas. Marque a resposta abaixo que melhor justifica a AFIRMAÇÃO acima:**
 - a) Porque ele é um especialista no tratamento de dependência de droga .
 - b) Porque a comunidade conhece e confia no seu trabalho.
 - c) Porque ele é alguém de fora, que possui uma visão imparcial do problema
 - d) Porque ele é capaz de resolver sozinho este tipo de problema.
- 2. Do ponto de vista do perfil de trabalho do profissional da atenção primária, podemos dizer que a prática das Intervenções Breves se justifica por constituir:**
 - a) Uma determinação da OMS.
 - b) Um meio de tratar pacientes graves.
 - c) Uma prática de prevenção secundária
 - d) Um modo econômico de tratar dependentes de substâncias.

- 3. Considerando o enfoque no auxílio ao paciente para melhor compreensão e melhor nível de informação sobre o álcool e outras drogas, assim como sobre os riscos e danos à saúde decorrentes do uso, podemos dizer que as Intervenções Breves são também:**
- a) Uma prática psicoterapêutica
 - b) Uma forma de apoio espiritual.
 - c) Um meio de se basear na total repulsa ao uso de álcool ou outra droga.
 - d) Uma prática de educação para a saúde.
- 4. Sendo as Intervenções Breves uma técnica motivacional, e considerando o treinamento oferecido às equipes de Saúde da Família, podemos dizer que o profissional mais indicado para aplicar as intervenções é:**
- a) Todo e qualquer membro da equipe.
 - b) O Agente Comunitário de Saúde.
 - c) O auxiliar de enfermagem.
 - d) O psicólogo.

Bibliografia

Babor T, Higgins-Biddle JC. *Intervenções breves para uso de risco e uso nocivo de álcool - manual para uso em atenção primária*. Tradução: Corradi CM, Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003 (versão atualizada em inglês disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf>).

Corradi-Webster CM, Minto EC, Aquino FMC, Abade F, Yosetake LL, Gorayeb R et al. Capacitação de profissionais de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. 2005;1(1):1-10.

Cruvinel E, Richter KP, Bastos RR, Ronzani TM. Screening and brief intervention for alcohol and other drug use in primary care: associations between organizational climate and practice. *Addict Sci Clin Pract*. 2013 Feb 11;8(1):4. doi: 10.1186/1940-0640-8-4.

Furtado EF, Corradi-Webster CM, Laprega MR. Implementing brief interventions for alcohol problems in the public health system in the region of Ribeirão Preto, Brazil: evaluation of the PAI-PAD training model. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, v. 25, p. 539-551, 2008.

Humeniuk R, Poznyak V. *Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para o uso na Atenção Primária à Saúde*. um guia. Versão preliminar 1.1./ Tradução: Ronzani TM, supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Lacerda R; revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS, 2004.

Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool em serviços de atenção primária à saúde em municípios de Minas Gerais. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:1-11.

Ronzani TM. *Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de atenção primária à saúde: entre o ideal e o possível [tese]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 2005.

Ronzani TM, Higgins-Biddle J, Furtado EF. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Soc Sci Med*. 2009 Oct;69(7):1080-4. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.07.026. Epub 2009 Aug 18.

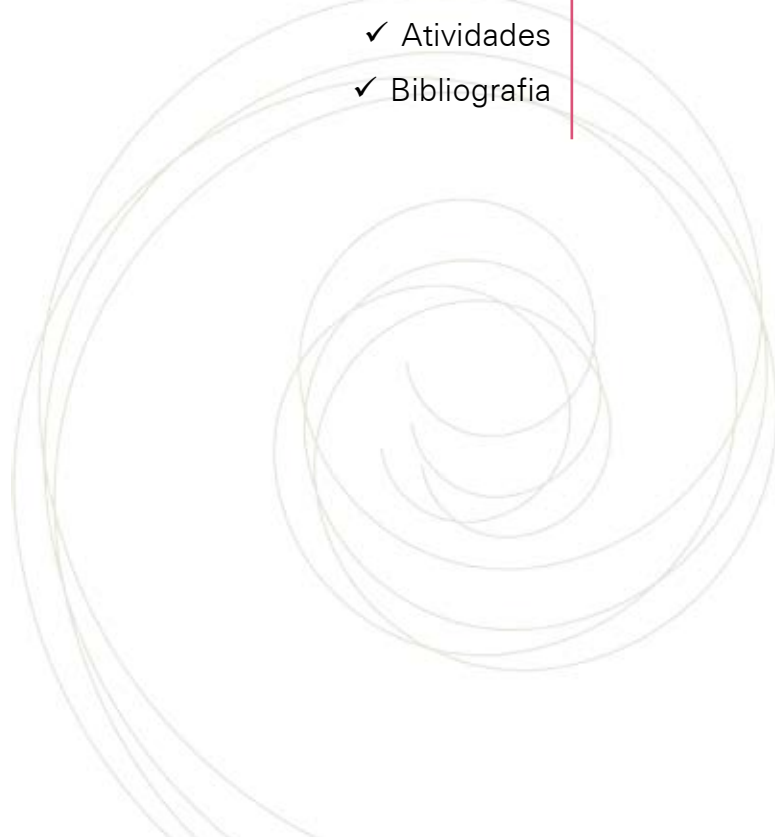


Capítulo 6

Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves

TÓPICOS

- ✓ As intervenções breves funcionam?
- ✓ Estudos realizados em outros países
 - ✓ Estudo da relação custo-benefício
- ✓ Custos e benefícios do Projeto TrEAT
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia



As intervenções breves funcionam?

Sempre que um novo procedimento é proposto, surgem várias perguntas :

- ✓ Ele funciona, ou seja, é efetivo?
- ✓ O custo para implementá-lo compensa o benefício que será obtido?

Antes de continuar, vamos rever alguns conceitos?

Eficácia diz respeito à **porcentagem de pessoas que se beneficiam da intervenção**, quando esta é realizada em **condições ideais**, isto é, supondo que o paciente seguiu o tratamento à risca, fez tudo o que lhe foi proposto.

Exemplo: em um tratamento para a pneumonia para o qual foi receitado um antibiótico para ser tomado 3 vezes ao dia por 10 dias, o paciente tomou todos os comprimidos no horário certo, sem faltar e seguiu todas as outras recomendações (repouso, hidratação, alimentação etc.). A eficácia corresponde à porcentagem de pessoas que fizeram o tratamento e se curaram.



Você sabe que na vida real nem sempre é assim. Muitas vezes o paciente não toma o remédio como foi indicado, ou não respeita o repouso. Nesse caso, para sabermos o quanto o tratamento funciona em **condições reais**, é preciso considerar, na conta todos os pacientes para o qual o tratamento foi indicado, incluindo nos cálculos também os que desistiram ou não aderiram ao tratamento completamente.

Nesse caso, usamos como indicador a **Efetividade**, ou seja a porcentagem de pacientes que obtiveram sucesso, **considerando todos os pacientes que iniciaram o tratamento**. Ex: sabemos que muitos pacientes que se identificam com os AA (Alcoólicos Anônimos) podem ter excelentes resultados (alta eficácia), mas muitos, depois de comparecer a uma ou duas reuniões, por não se identificarem com a proposta, deixam de frequentar e abandonam esse tipo de intervenção. Nesse exemplo, a efetividade é bem menor do que a eficácia.

Outros conceitos importantes para o que vamos discutir adiante são o **custo** e o **benefício (ou eficiência)**.

- ✓ Quando consideramos o **Custo**, precisamos incluir tanto os custos diretos (ex: quanto o paciente (ou o sistema de saúde) paga pelo tratamento ou medicação), como os indiretos (salário do profissional da UBS, manutenção da infraestrutura gastos com a compra etc.).
- ✓ O **Benefício** pode ser medido por diferentes tipos de indicadores e se refere a quanto a pessoa que recebeu a intervenção ganhou com isso, seja em termos de ganhos de saúde (ex: normatização de uma glicemia, redução de problemas familiares, etc.).

Relembrados esses conceitos, vamos discutir o que dizem os estudos sobre a relação entre custo e benefícios das Intervenções Breves (IBs). As pesquisas mostram que as IBs podem diminuir o consumo de álcool e outras drogas e que funcionam para diferentes tipos de pacientes: adultos, adolescentes ou idosos, homens e mulheres, usuários de álcool ou de outra droga, etc. A efetividade da IB pode ser igual ou até mesmo superior à de outras intervenções, que exigem maior tempo para serem realizadas. Além disso, a IB tem um baixo custo para sua execução. Alguns estudos indicam que a utilização de apenas 5 a 10 minutos da consulta de rotina para aconselhamento dos usuários de risco de álcool, por profissionais de saúde, consegue reduzir o consumo médio de álcool em 20% a 30%.

Estudos realizados em outros países

Nos últimos anos, foram realizadas várias análises, combinando os resultados de estudos sobre a eficácia da Intervenção Breve. Nessas pesquisas foi demonstrado que a IB é capaz de reduzir o consumo de álcool tanto entre homens quanto entre mulheres, jovens e idosos. De modo geral, quando o contato é maior (2 a 3 vezes) os resultados são melhores do que quando há um único contato. Em média observou-se uma redução de **34%** no consumo, enquanto que no grupo-controle, que foi apenas avaliado, mas não recebeu a IB, a redução foi de somente **13%**. Revisões sistemáticas da literatura e meta-análises concluíram que a IB pode reduzir de **23% a 26%** a taxa de mortalidade.

Estudo da relação custo-benefício

Projeto TrEAT (*Trial for Early Alcohol Treatment*)

Um estudo clínico controlado foi conduzido em unidades de Atenção Primária à Saúde, e consistia em 2 sessões feitas pessoalmente, com intervalo de 1 mês entre elas, e uma entrevista por telefone, realizada 2 semanas após cada sessão. Os pacientes que receberam a intervenção reduziram seu consumo de álcool, tiveram menor número de dias de hospitalização e menor número de entradas em serviços de pronto-socorro, em comparação com um grupo controle, que não recebeu a intervenção. Esse tipo de intervenção tem sido indicada para pacientes que apresentam uso de risco, mas que não querem parar totalmente o consumo de bebidas alcoólicas. A intervenção foi considerada efetiva por um período de até 4 anos depois de realizada.

Para analisar os resultados econômicos do projeto TrEAT, foram utilizadas duas razões custo-benefício:

- ✓ A primeira foi do ponto de vista de quem oferece a assistência incluindo somente os custos devidos ao uso do sistema de saúde (hospitais e outros serviços de saúde). Em relação a isso, a relação custo-benefício foi de 4,3 para 1, ou seja, para cada dólar gasto no programa de IB foram economizados US\$ 4,30 em custos do sistema porque os pacientes precisam de menos cuidado (menor número de dias hospitalizados, menor número de entradas em pronto-socorros, etc). Foram analisados também os custos relativos a gastos com problemas legais e acidentes e confirmou-se a redução de gastos com as pessoas que receberam intervenção, 1 ano e 4 anos após a intervenção.
- ✓ Um segundo tipo de ganho é o social, que inclui a redução de fatalidades (acidentes de carro, por exemplo) e ganhos no relacionamento familiar e social, que não são mensuráveis economicamente. Em resumo, estudos cuidadosamente realizados mostraram que as IBs apresentam boa relação custo-benefício.

Custos e benefícios do Projeto TrEAT

Veja no quadro abaixo os resultados da análise custo-benefício:

CUSTOS E BENEFÍCIOS DO PROJETO TREAT						
Benefícios						
Uso de Hospital & Pronto-Socorro	N° de visita (em 12 meses)	N° de dia hospitalizado (em 12 meses)	Custos médicos (PS & Hospital)			
			(12 meses)	(48 meses)		
Pessoas que receberam IB	107	126	\$ 421	\$ 1.394		
Pessoas que não receberam IB	132	326	\$ 943	\$ 2.106		
Problemas Legais	N° de prisões		Custo dos Eventos			
Pessoas que receberam IB	28		\$ 269			
Pessoas que não receberam IB	41		\$ 371			
Acidentes de carro	Mortes	Com vítimas	Somente com danos materiais	Média dos custos por acidente		
Pessoas que receberam IB	0	20	67	\$ 3.839		
Pessoas que não receberam IB	2	31	72	\$ 11.010		
Custos						
Por pessoa que recebeu a IB	Ativação e Triagem	Treinamento dos profissionais	Intervenção	Gastos de locomoção do paciente	Total	
	\$ 88	\$ 23	\$ 55	\$ 39	\$ 205	

Diversas propostas de triagem associada a Intervenções Breves vêm sendo construídas e avaliadas em todo o mundo. A articulação de técnicas de Triagem e Intervenção Breve (TIB) pode também auxiliar na organização do sistema de referência para a pessoa que já desenvolverá um transtorno por uso de álcool. Apesar de todas essas vantagens, ainda são muito limitadas as tentativas de implementar a TIB para a redução do uso de risco de álcool nos serviços de APS. Algumas experiências práticas de disseminação foram realizadas em países

desenvolvidos. Cada vez mais estudos estão sendo realizados no Brasil, em diversas regiões, demonstrando a efetividade da implementação da TIB, apesar de algumas dificuldades encontradas. Inclusive o próprio SUPERA, em edições anteriores, está sendo avaliado, demonstrando importantes resultados em relação ao custo-efetividade.

Um aspecto importante a se considerar na avaliação do custo-efetividade em relação à disseminação de práticas de Intervenções Breves é que estudos demonstram que essa abordagem não se diferencia significativamente em termos de eficácia, comparada a abordagens mais longas e com maior custo. Tem-se demonstrado que o maior impacto em termos de intervenção é o aumento de disponibilidade de serviços baseados em evidência para a mudança do comportamento de consumo de substâncias em vários pontos do sistema, de preferência incluindo serviços intersetoriais (saúde, educação, assistência social, justiça). Considerando que as IBs apresentam baixo custo e eficácia semelhante a outras abordagens, a disseminação de tal técnica pode ser importante para o aumento do impacto e abrangência de ações preventivas e terapêuticas na área de drogas.

É muito importante que essas experiências sejam avaliadas e, para isso, a OMS vem desenvolvendo, há alguns anos, estudos multicêntricos em diversos países, com o objetivo de avaliar a implementação de rotinas de Triagem e Intervenções Breves para o uso de álcool em serviços de APS. A ênfase de tais estudos tem sido na avaliação do impacto do treinamento de profissionais de saúde e da educação continuada, na mudança de atitudes dos profissionais e na incorporação da TIB na rotina dos serviços de saúde.

As avaliações concentram-se em duas direções principais: em sua **efetividade** na redução do consumo da substância e na **avaliação das condições** em que tem sido implementada, focalizando principalmente o preparo dos profissionais envolvidos e os fatores que facilitam ou prejudicam o processo de implementação.

Apesar de ser eficaz e ter baixo custo, a TIB deve ser avaliada em termos de efetividade (que depende da sua aplicabilidade), para chegar a dados mais conclusivos quanto à adequação dessa estratégia na prevenção secundária do uso de álcool e outras drogas, em diferentes países. A efetividade da IB foi comprovada quando aplicada por profissionais especializados. Atualmente, os estudos têm avaliado seu desempenho quando administrada pelos próprios profissionais dos serviços de APS.

A implementação de propostas a serem levadas em consideração a respeito dos profissionais envolvidos, em relação à sua formação, dificuldades, crenças e atitudes é uma situação relativamente comum. Muitas vezes, o profissional de APS torna-se apenas um consumidor passivo de algumas técnicas, realizadas sem a possibilidade de adequação ao seu contexto social.

As características de cada serviço e dos profissionais envolvidos precisam ser conhecidas, para que seja possível detectar os fatores que facilitam e os que dificultam a adequada implementação dos programas, visando atingir um bom nível de efetividade. Sendo assim, torna-se de fundamental importância, para uma melhoria da qualidade e no planejamento do processo de implementação de estratégias em saúde, que sejam levados em consideração quatro aspectos principais:



1. As atitudes e crenças dos profissionais de saúde em relação à proposta
2. O contexto no qual a proposta pretende ser implementada (por exemplo, as políticas públicas de saúde vigentes);
3. A formação do profissional de saúde que se pretende treinar ;
4. A participação social e as políticas públicas locais sobre álcool e outras drogas .

É importante que seja desenvolvida uma avaliação contínua de todo o processo e sua eventual adequação à realidade observada.

Nesse sentido, é de suma importância a avaliação das condições nas quais a TIB deve ser implementada, a detecção das possíveis barreiras e a proposta de soluções para a efetivação dessas práticas. Embora a eficácia e a eficiência da TIB já tenham sido avaliadas em diversos contextos, é necessária uma avaliação da efetividade desse modelo como uma prática de rotina nos serviços de APS. É recomendável que seja realizada uma avaliação, de forma objetiva e sistematizada, mas, ao mesmo tempo, flexível e abrangente, que possa fornecer informações importantes para uma efetiva implantação da TIB em serviços de saúde pública, assim como fornecer subsídios para políticas públicas na área. Se determinado modelo planeja alcançar uma população específica (por exemplo,

pacientes que frequentam os serviços de APS e fazem uso de risco de álcool e outra droga), deve-se avaliar quais pacientes foram atendidos e se o atendimento ocorreu como planejado. Uma das formas de avaliação é investigar a quantidade de pessoas que se beneficiaram com determinado modelo (por exemplo, número de pacientes atendidos nos serviços de APS e o número de pessoas que responderam os questionários de triagem). Outro tipo de avaliação é observar como determinado modelo foi implementado e quais as possíveis dificuldades para alcançar os objetivos propostos.

Dependendo dos aspectos considerados, diferentes tipos de metodologia de análise serão necessários, podendo ser **quantitativos** (levantamentos ou estudos experimentais sobre a mudança de indicadores antes e após a implementação) e/ou **qualitativos** (grupos focais, entrevistas ou observação participante).

Estudos recentes sobre a efetividade, considerando diversos fatores, como fatores individuais (crenças, atitudes, preconceitos), organizacionais (clima organizacional, tipo de gestão) e contextuais (organização da rede, financiamento), demonstram que os dois últimos fatores são os melhores preditores de efetividade.

Estudos realizados em Minas Gerais, por exemplo, demonstram que as atividades de implementação da TIB para álcool, tabaco e outras drogas apresentam melhores resultados quando existe uma rede intersetorial mínima e organizada e que a realização da prática está diretamente associada ao clima organizacional dos serviços (www.ufjf.br/crepeia). Outros serviços para além da APS e outros setores como educação, assistência social e sistema judiciário têm sido propostos como possibilidades de expansão visando a melhoria da efetividade de ações de IB.

Embora existam Intervenções Breves realizadas em ambientes de Atenção Primária à Saúde, essas sessões de aconselhamento não têm sido incorporadas à rotina de atendimento. Segundo uma pesquisa feita nos Estados Unidos, com médicos de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), somente 13% deles usavam instrumentos padronizados, embora 88% deles perguntasse sobre o uso de *hã cool*. Uma pesquisa realizada com pacientes revelou que, para a maioria deles, os médicos nunca haviam perguntado sobre o uso de substâncias. Considerando o baixo custo e os bons resultados dessas intervenções, o uso desse modelo deveria ser mais incentivado.

Um estudo realizado entre pacientes de UAPS do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, demonstrou que, nos últimos 12 meses, 57% dos médicos de PSF não perguntaram sobre o uso de *hã cool* aos pacientes, sendo que para outra substância houve uma porcentagem ainda maior (75%). Por outro lado, 90% dos pacientes consideram que os médicos deveriam perguntar sobre o padrão de uso, e 99% que não se sentiriam ofendidos se perguntados.



Atividades

REFLEXÃO

Quais são os aspectos que podem dificultar ou facilitar a efetividade de ações de Intervenções Breves no seu serviço, e como superar as dificuldades?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Eficácia é:

- a) A relação entre o custo e resultados obtidos de uma intervenção.
- b) A comparação do resultado de uma intervenção com outra intervenção ou situação placebo, realizada em condições ideais.
- c) A porcentagem de pessoas que se beneficiam da intervenção, quando esta é realizada em condições de vida reais.
- d) A avaliação do custo de uma intervenção.

2. Em termos de eficácia, podemos considerar que as Intervenções Breves:

- a) São técnicas mais complexas e apresentam melhores resultados do que serviços para dependentes.
- b) Apresentam resultados semelhantes aos de técnicas mais longas para usuários não graves.
- c) Não funcionam se realizada por profissionais não especializados.
- d) Ainda não existem dados suficientes para comprovar a sua eficácia.

3. Em termos de custo-efetividade, podemos considerar que as Intervenções Breves:

- a) São técnicas caras, portanto inviáveis de serem aplicadas em serviços gerenciais.
- b) Apresentam uma relação custo-efetividade pior do que outras modalidades.
- c) Têm um alto custo e tecnologia complexa para aplicação.
- d) São técnicas com boa relação custo-efetividade e de simples aplicabilidade.

4. Na implementação das Intervenções Breves NÃO é importante:

- a) Considerar as atitudes e crenças dos profissionais de saúde em relação à proposta
- b) Analisar o contexto no qual a proposta pretende ser implementada (por exemplo, as políticas públicas de saúde vigentes).
- c) Que ela seja desenvolvida por um especialista na área de álcool e drogas.
- d) Conhecer a participação social e as políticas públicas locais sobre álcool e outras drogas.

Bibliografia

Amato TC, Oliveira PS, Oliveira JS, Ronzani TM. Crenças e comportamentos sobre práticas de prevenção ao uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde. *Estudos Pesquisas Psicol.* 2008;8:744-58.

Babor TF, Higgins-Biddle J, Dauser D, Higgins P, Burtson JA. Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Care Settings: Implementation Models and Predictors. *J Stud Alcohol.* 2005 May;66(3):361-8.

Ballesteros J, Gonzales-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction.* 2004 Jan;99(1):103-8.

Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2005;165(9):986-95.

Cruvinel E, Richter KP, Bastos RR, Ronzani TM. Screening and brief intervention for alcohol and other drug use in primary care: associations between organizational climate and practice. *Addict Sci Clin Pract.* 2013 Feb 11;8(1):4. doi: 10.1186/1940-0640-8-4.

Drumond DC, Thom B, Brown C, Edwards G, Mullen MJ. Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers. *Lancet.* 1990;336(8720):915-8.

Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, Booker S, Miller V, Gingrich R et al. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol Clin Exp Res.* 1996;20(8):1443-50.

Mundt MP. Analyzing the costs and benefits of brief intervention. *Alcohol Res Health.* 2006;29(1):34-5.

Pavin T. Custos e efetividade de um treinamento por educação à distância de profissionais de saúde para detecção de uso abusivo de álcool e drogas e intervenção breve [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2009.



Capítulo

7

**As experiências brasileiras no uso de
Intervenções Breves para pessoas com
uso de risco, abusivo ou dependência
de álcool e outras drogas**

TÓPICOS

- ✓ As Intervenções Breves na prática
 - ✓ Aproximação da vida real
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

As Intervenções Breves na prática

Os primeiros relatos de bons resultados com intervenções breves e simples, inicialmente dirigidas apenas à pessoa com uso abusivo de álcool, surgiram na literatura especializada ao final da década de oitenta e início da década de noventa.

Um grupo de pesquisadores ingleses, liderado por Griffith Edwards, publicou um estudo mostrando que uma simples advertência sobre o fato de o uso de álcool do paciente ser excessivo e que sua manutenção naquele padrão poderia agravar ou desencadear problemas de saúde, feita por um médico generalista, durante uma consulta de rotina, podia fazer com que os pacientes reduzissem significativamente seu consumo de álcool.

O resultado dessa intervenção simples foi semelhante ao obtido em outro grupo de pacientes que haviam sido encaminhados para tratamentos especializados. **Aquele relato foi contra a ideia intuitiva de que tratamentos mais longos e intensivos teriam melhores resultados do que tratamentos curtos e pontuais.**

O fato de pessoas com dependência de álcool demorarem muito para procurar ajuda tem sido considerado o principal fator que dificulta um bom resultado do tratamento. **Por isso é importante detectar previamente os problemas de uso abusivo de álcool e outras drogas.**



No Brasil, a ideia começou a ser difundida por uma importante e pioneira pesquisadora da área - Dra Jandira Masur (1940-1990), professora universitária que criou na Escola Paulista de Medicina um dos primeiros grupos de pesquisadores brasileiros que se propunham a estudar cientificamente problemas relacionados ao uso de álcool e a efetividade de tratamentos para pessoas com esse tipo de problema. Em contato com dois



Jandira Masur, à frente da equipe que realizou o primeiro estudo brasileiro sobre a eficácia da Intervenção Breve, em 1998, cujos resultados foram publicados em forma de livro.

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

pesquisadores do Addiction Research Foundation do Canadá, Martha Sanchez-Craig e Adrian Wilcoxon, em 1988, ela liderou o primeiro estudo brasileiro para avaliar a efetividade da Intervenção Breve.

Embora, a princípio, esse tipo de Intervenção devesse ser oferecido a pessoas com uso abusivo, e não para dependentes de álcool, o fato de existirem poucas opções de tratamento gratuito e de bom nível atraiu muitas pessoas com dependência. Mesmo assim, a técnica foi testada, sendo comparada com a psicoterapia de grupo com o **ordem** em psicodinâmica

Comparação da Intervenção Breve com a Psicoterapia de Grupo métodos utilizados

Intervenção Breve (grupo experimental)

AQUISIÇÃO (3 a 5 sessões):

1ª Sessão: devolutiva da entrevista inicial, estabelecimento de um contrato, identificação das situações de risco, acompanhamento do uso, proposta de abstinência como uma meta inicial e discussão de estratégias.
intervalo de 15 dias ↓

2ª Sessão: estabelecimento da meta de longo prazo, da regra para o consumo moderado e das estratégias para solução de problemas.
intervalo de 1 mês ↓ (possibilidade de sessão extra)

3ª Sessão: busca dos progressos, busca da solução de problemas.
intervalo de 1 mês ↓ (possibilidade de sessão extra)

MANUTENÇÃO (3 sessões):

4ª Sessão: acompanhamento contínuo do consumo, das fissuras e das recusas de consumir a droga, envolvimento com atividades diferenciadas, como por exemplo um esporte, e preparação para o enfrentamento das situações de risco.
intervalo de 2 meses ↓

5ª Sessão: idem à anterior
intervalo de 3 meses ↓

6ª Sessão: fechamento dos atendimentos e, se necessário, encaminhamento para o serviço especializado (principalmente para os dependentes).

Psicoterapia de Grupo com abordagem psicodinâmica (grupo-controle)

✓ Sessões semanais de 90 minutos, durante 6 meses (32 sessões)

Inicialmente, foi estabelecido um contrato terapêutico, no qual esteleceu-se que o grupo:

- Funcionaria de 6 a 7 meses;
- Novos grupos seriam abertos a novos pacientes somente nos dois primeiros meses;
- Os participantes não poderiam estar sob o efeito de drogas durante a sessão;
- Cada grupo teria de 6 a 10 pacientes;
- As sessões ocorreriam com no mínimo 2 pacientes e os grupos seriam selecionados por idade e tipo de drogas semelhantes. Cada sessão contaria com uma terapeuta e dois a três observadores.

✓ Base teórica: psicodinâmica

As discussões eram sobre abstinência, problemas físicos decorrentes do uso da droga, controle do uso, as dificuldades para controle, os motivos do uso e outros problemas da vida.

Adesão ao Tratamento

✓ Intervenção Breve (grupo experimental):

- De 64 pacientes, 49% completaram o período de aquisição e, destes, 42% completaram o período de manutenção. A maioria compareceu entre 3 e 4 sessões do tratamento.

✓ Psicoterapia de Grupo (grupo controle):

- De 66 pacientes, 27% completaram todo o tratamento, 69% compareceram entre 1 e 5 sessões, 19% compareceram entre 6 e 10 sessões e 22%, a mais de 11 sessões;
- A maioria dos casos de abandono do tratamento ocorreu nas 4 primeiras sessões;
- Em média, os pacientes que completaram o tratamento realizaram 25 sessões.

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

ATIVIDADES QUE AUMENTARAM DE FREQUÊNCIA APÓS O TRATAMENTO (%)

	Intervenção Breve	Psicoterapia de grupo
Comer	45	46
Fumar	3	13
Prática de esportes	26	24
Cinema/teatro	26	22
Assistir à TV	26	46
Sair com amigos/namorar	39	46
Trabalho	45	41
Outros (leitura, música, jogos, dança, criação de imagens, etc.)	42	46

INDICADORES DE SUCESSO DO TRATAMENTO

Comparação da Intervenção Breve com a Psicoterapia de grupo

Critério de Sucesso	Intervenção Breve	Psicoterapia de grupo
Consumo de Álcool (abstinente ou moderado)	37%	33%
Consumo de Drogas (índice de gravidade)	0,30 ± 0,3	0,58 ± 0,4
Remissão ou Sucesso Relativo (DSMIII-R)	48%	43%
Ausência de Problemas (só álcool)	35%	32%
Ausência de Problemas (álcool e/ou outra droga)	60%	22%
Avanço de sucesso segundo critérios	39%	66%

Fonte: Formigoni, 1992

Como se pode ver, as duas formas de tratamento mostraram resultados semelhantes, considerando vários indicadores de sucesso, como a redução do consumo e de problemas relacionados a esse consumo.

Se considerarmos que a Intervenção Breve é uma forma de tratamento que requer um treinamento mais breve dos profissionais, que pode ser realizada por profissionais de diferentes formações e que requer menor número de sessões, concluímos que ela tem boa relação custo-benefício, sendo adequada para o nível de Atenção Primária à Saúde.

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

Aproximação da vida real

Embora aquela primeira experiência tenha indicado bons resultados, o estudo foi desenvolvido com uma população de pacientes diferente da que habitualmente frequenta os serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do Programa de Saúde da Família (PSF).

Além disso, o tratamento foi realizado por pesquisadores especializados na área, com grande conhecimento do assunto, o que nem sempre acontece nas UBSs e PSFs.

Por isso, a partir de 1998, a equipe da UDED (Unidade de Dependência de Drogas) do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP, coordenada pela Profa. Maria Lucia O. S. Formigoni, aceitou o desafio de participar de dois projetos, apoiados pela Organização Mundial de Saúde:

1. **Projeto ASSIST-IB:** realizado em parceria com pesquisadores das cidades de Curitiba e Diadema, além de pesquisadores de outros países (Austrália, Estados Unidos, Inglaterra, Índia, Tailândia e Zimbábue), para testar a viabilidade e do uso de um instrumento padronizado para a detecção do uso abusivo de álcool e outras drogas (leia mais sobre o instrumento de triagem ASSIST, no módulo 3) associado à Intervenção Breve.

Países e pesquisadores participantes do projeto ASSIST e IB



Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

2. Projeto AUDIT-IB: realizado juntamente com pesquisadores das cidades de Juiz de Fora e Ribeirão Preto, além de pesquisadores dos Estados Unidos e da África do Sul, com o objetivo de treinar profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, para fazer a detecção do uso abusivo de álcool usando o AUDIT (leia mais sobre o instrumento de triagem AUDIT no módulo 3) e realizar Intervenções Breves. Outro objetivo desse estudo era avaliar os conceitos que os profissionais tinham a respeito do assunto, e se as dificuldades encontradas influenciavam na implantação daquele modelo de atendimento.

As primeiras aplicações do ASSIST seguido por Intervenção Breve em São Paulo

Em 2003, pesquisadores da UNIFESP traduziram e adaptaram o instrumento de triagem ASSIST para nossa língua e cultura.

O ASSIST foi aplicado a 100 pacientes de uma UBS de São Paulo e, como podemos ver no quadro abaixo, os problemas mais frequentes naquela população eram o uso abusivo ou dependência de álcool e tabaco.

Chama a atenção o fato de que 39,5% dos pacientes estavam na faixa de uso de risco de álcool e, 15%, na faixa sugestiva de dependência, ou seja, mais da metade dos pacientes fazia uso considerado prejudicial de bebidas alcoólicas.

AVALIAÇÃO PELO TESTE ASSIST					
de 100 pacientes de uma UBS da periferia de São Paulo (2003) % de pessoas					
	Abstêmios	Baixo Risco	Uso de Risco	Sugestivo de Dependência	Pontuação no ASSIST (média ± dp)
Álcool	18	27,5	39,5	15	8,2±6,3
Maconha	61,5	12,5	23,5	3	7,4 ±5,1
Cocaína	71	9	12	8,5	9,1 ±6,9
Anfetamina	93	5,5	0,7	0,7	3,9 ±4,7
Inalantes	90,5	6	2	1,5	2,3 ±4,0
Sedativos	92	5	2	1,5	4,0 ±5,3

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

A EXPERIÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

São Paulo e Diadema

A técnica de detecção do uso de álcool e outras drogas associada à Intervenção Breve foi implantada em algumas UBSs das cidades de São Paulo e Diadema, além de dois centros especializados em doença sexualmente transmissíveis. O projeto se iniciou em maio de 2004, tendo sido realizados os treinamentos em 2004 e 2005 para capacitação de 82 profissionais em São Paulo, e 70 em Diadema.



Os diretores das UBSs, a princípio, foram muito receptivos e entusiasmados com o baixo custo e rapidez na aplicação da nova técnica, mas alguns profissionais apresentaram resistência, encarando a IB como “mais uma atividade a ser realizada em sua rotina diária”.

Vários profissionais passaram a utilizar a técnica e avaliaram mais de 1.500 pacientes, realizando mais de 100 Intervenções Breves. Como esperado, a maioria dos pacientes, que pontuaram na faixa de risco, faziam uso excessivo de álcool e, em menores proporções, de maconha ou cocaína. Nos serviços especializados em DSTs, nos quais a técnica foi aplicada por pesquisadores e alunos da UNIFESP, encontramos com maior frequência o uso de maconha e cocaína.

Curitiba

Durante o ano de 2004 sob a coordenação da Profa. Roseli Boerngen de Lacerda, da UFPR, foram realizadas reuniões com os gestores de saúde mental do município, sensibilizando-os sobre a aplicabilidade na Atenção Primária a Saúde do projeto ASSIST-IB. Após a adesão desses gestores, e com o apoio do município, 34 profissionais, entre médicos, enfermeiros e psicólogos, de 8 UBSs da cidade, foram treinados.



No curso teórico-prático de 16 horas, os profissionais tiveram contato com conteúdos como o uso de drogas e seus efeitos, detecção desse uso e a técnica de IB. Em seguida, durante um período de 6 meses, esses profissionais receberam

supervisão a cada 15 dias no seu local de trabalho. Além disso, foram realizadas reuniões de sensibilização com as equipes em cada uma das UBSs.

Antes de iniciar o treinamento e um ano após, os profissionais foram avaliados quanto às suas crenças, atitudes e habilidades em relação às drogas e aos procedimentos de detecção e IB para o uso de drogas. Após o período de implementação das técnicas, eles mostraram atitudes positivas em relação aos usuários de droga e quanto ao seu papel na detecção e intervenção. Antes do treinamento, 91% deles acreditavam ser importante distinguir entre usuários de risco e dependentes, sendo que após o treinamento 100% tinham essa crença.

O treinamento melhorou muitas crenças e atitudes reduzindo o medo de que o paciente não retornasse para as consultas, aumentando a crença na eficácia da intervenção e na possibilidade de haver tempo suficiente para conduzir a intervenção na rotina de trabalho, além de levar a mudanças na percepção de que o paciente costuma mentir sobre o seu uso de drogas. Porém, na prática diária, vários profissionais só realizavam o procedimento de detecção e IB em raros momentos, ou seja, não foi possível incorporar à rotina diária desses profissionais o uso das técnicas.

Tanto os gestores como os coordenadores das UBSs consideraram que o baixo desempenho dos profissionais foi devido à falta de tempo ou à falta de motivação, acrescida das mudanças frequentes nas equipes e do excesso de outras atividades que eram obrigatórias, ao contrário do procedimento do projeto, que era realizado como trabalho voluntário. Esses fatores podem ter influenciado na implantação do programa.

Todos os profissionais, incluindo os gestores e os coordenadores, consideraram que a implantação desse procedimento, na forma de um programa obrigatório, com a cobrança de relatórios periódicos, semelhante ao que ocorre em outros programas de saúde, poderia melhorar a adesão dos profissionais.

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

Na tabela abaixo vemos os resultados da avaliação realizada nas UBSs de Curitiba, incluindo os 1.188 pacientes:

PORCENTAGEM DE PACIENTES (classificados de acordo com o ASSIST)				
Substâncias psicoativas	Uso na vida	Baixo Risco	Risco	Sugestivo de Dependência
Derivados do tabaco	65,5	68	25,7	6
Bebidas alcoólicas	89,7	82,3	15,9	1
Maconha	19,9	95,2	4,2	0
Cocaína, crack	8,9	98,2	1,2	0
Anfetamina ou êxtase	6,2	99	1,0	0
Inalantes	10,1	99,2	0,6	0
Hipnóticos/sedativos	5,2	99,4	0,6	0
Alucinógenos	2,9	99,9	0,1	0
Opióides	0,2	100	0	0
Outra droga	0,1	100	0	0

Com base nos resultados obtidos, de 2007 até 2008, uma nova parceria foi estabelecida para a realização do projeto ASSIST, envolvendo, além do município de Curitiba, outros dois municípios menores da região metropolitana: Lapa e São José dos Pinhais, tendo o apoio da Secretaria Estadual da Saúde.

Nessa nova fase, 162 profissionais, incluindo médicos, dentistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde foram treinados. Ao final de um ano, esses profissionais aplicaram 1.156 ASSIST, contudo foram detectados percentuais menores de uso de risco ou de uso de droga, se comparados com os obtidos pelos pesquisadores no estudo anterior, realizado em condições muito semelhantes.

Uma possível explicação seria que os pacientes se sentiram constrangidos devido ao contato com os profissionais. Entretanto, os resultados encontrados foram expressivos e significantes, justificando a necessidade da incorporação dessa prática de detecção precoce do uso de droga associada à Intervenção Breve.



Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

Juiz de Fora

Na região da Zona da Mata de Minas Gerais, o Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas (CREPEIA), ligado ao Polo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS) da Universidade Federal de Juiz de Fora, desenvolve um trabalho de capacitação e acompanhamento de profissionais, conselheiros e gestores de diversas áreas (saúde, assistência social e defesa social).

Desde o ano de 2003, cerca de sete municípios e mais de mil profissionais foram acompanhados pelo grupo, coordenado pelo Prof. Telmo Mota Ronzani da UFJF. Foram encontradas dificuldades semelhantes às relatadas pelos profissionais de outras cidades. Foram treinados, também, profissionais do Corpo de Bombeiros e Polícia Militar, que aderiram muito bem à proposta e implantaram a detecção no exame de rotina anual.

O processo de implantação dessa estratégia na rotina de Atenção Primária à Saúde da cidade foi avaliado pela aplicação de entrevistas semiestruturadas a gestores e/ou profissionais da área de assistência do Sistema Municipal de Saúde e por observação participativa.

Os resultados indicaram que houve dificuldades na implantação efetiva dessas rotinas. Os profissionais se restringiram a atender somente dependentes de álcool e se mostraram pouco motivados para trabalhos preventivos.

Os gestores apresentaram dificuldades práticas no processo de organização e gerenciamento. Em contrapartida, observou-se que os agentes comunitários apresentaram desempenho importante na implementação da IB, que foi melhor nos municípios de pequeno porte.

Em Juiz de Fora foram realizadas avaliações antes e após a capacitação dos profissionais. Os resultados mostraram mudanças significativas nas crenças e atitudes sobre a IB e melhora na autoavaliação da capacidade para aplicar os instrumentos de triagem ASSIST e AUDIT, assim como para realizar Intervenções Breves.



SAIBA MAIS:
Sobre a experiência mineira, acesse: <http://www.ufjf.br/crepeia/>

O CREPEIA desenvolveu uma metodologia de implementação que procura inserir questões sobre drogas nas políticas públicas locais, o que consiste na implementação sistematizada e baseada em questões de base comunitária e no envolvimento de vários setores e atores sociais dos municípios.

RESULTADOS NAS CIDADES DE SÃO PAULO/DIADEMA E CURITIBA DOS ANOS DE 2004 E 2005

Para a implantação das técnicas de Triagem e Intervenção Breve em UBSs de São Paulo/Diadema e Curitiba, foram treinados 153 profissionais. O treinamento consistiu em 16 horas de aulas teóricas e práticas, distribuídas em 4 encontros de 4 horas, nos quais foram abordados tópicos como: epidemiologia do uso de álcool e outras drogas; noções básicas de farmacologia das substâncias psicoativas; o uso dos instrumentos de triagem (AUDIT e ASSIST) e os critérios para classificação desse uso. Esses treinamentos serviram de inspiração para a criação do curso SUPERA.

Os profissionais eram, em sua maioria, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e biólogos.

O quadro a seguir apresenta a classificação dos pacientes segundo o seu uso de álcool, maconha e cocaína nas UBSs de São Paulo (1518 pacientes) e de Curitiba (1147 pacientes), nos anos de 2004 e 2005.

Em São Paulo, o uso de risco de álcool e maconha apresentou uma pontuação no ASSIST menor, se comparado com Curitiba.

CATEGORIA DE PONTUAÇÃO NO ASSIST			
	BAIXO RISCO (0 a 10)	USO DE RISCO (11 a 26)	SUGESTIVO DE DEPENDÊNCIA (26 a 39)
ÁLCOOL			
UBS SP/Diadema	89,4	6,7	3,8
UBS Curitiba	86,5	13,3	0,2
MACONHA			
UBS SP/Diadema	97,9	1,6	0,5
UBS Curitiba	94,6	4,9	0,5
COCAÍNA			
UBS SP/Diadema	98,9	0,7	0,4
UBS Curitiba	97,8	1,5	0,7

SAIBA MAIS:
Esses dados estão descritos em detalhe na tese de mestrado: Vianna, VPT (2008) Detecção do uso de drogas e avaliação do impacto de uma Intervenção Breve em serviços de atenção primária à Saúde. Tese de Doutorado em Psicobiologia–UNIFESP.

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

Comparação dos dados coletados por pesquisadores (2004-2006) e por profissionais de saúde (2007-2008) em Curitiba (PR) quanto ao uso de álcool, tabaco e outra droga.

PADRÕES DE USO	TIPO DE SUBSTÂNCIA USADA					
	Tabaco	Álcool	Maconha	Cocaína	Anfetaminas	Outras drogas*
USO NA VIDA						
Pesquisadores	70	94	22	10	6	19
Profissionais de Saúde	57	68	14	5	4	13
USO NOS ÚLTIMOS 3 MESES						
Pesquisadores	35	64	5	1	1	1
Profissionais de Saúde	33	46	3	2	1	4
USO DE RISCO (PELO ASSIST)						
Pesquisadores	16	14	5	2	1	1
Profissionais de Saúde	16	7	2	1	1	2
USO SUGESTIVO DE DEPENDÊNCIA (PELO ASSIST)						
Pesquisadores	21	2	1	1	0	0
Profissionais de Saúde	13	2	0	1	0	1

* Sedativos, alucinógenos, opioides e inalantes.

Em Curitiba, 34 profissionais aplicaram 1.156 ASSISTS e 12 pesquisadores aplicaram 1.188 ASSISTS.

Uso do AUDIT e da Intervenção Breve em Juiz de Fora (MG)

Em Juiz de Fora, os profissionais foram treinados principalmente no uso do AUDIT (para detecção do uso excessivo de álcool) e na técnica de Intervenção Breve. Observe as porcentagens de consumidores excessivos e as dificuldades encontradas.

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

Aplicação do AUDIT por Profissionais de Saúde de Juiz de Fora - MG (dados coletados em 2004 e 2005).

ZONA DO AUDIT	HOMENS N= 478	MULHERES N= 443	TOTAL N= 921
1	330	387	717 (77,8%)
2	92	47	139 (15,1%)
3	27 (5,7%) 11,8%	3 (0,68%) 1,98%	30 (3,3%) 7,1%
4	29 (6,1%)	6 (1,3%)	35 (3,8%)
Escore médio	6,5+0,3	2,9+0,2	

Estes dados estão descritos em detalhe na tese de doutorado: Ronzani, TM (2005) Avaliação de um Processo de implementação de Estratégia de prevenção a Uso Excessivo de Álcool em serviços de Atenção Primária à Saúde: entre o ideal e o possível. Tese de Doutorado em Psicobiologia-UNIFESP.

Dificuldades individuais (JF)

- ✓ Falta de tempo ou sobrecarga de trabalho;
- ✓ Falta de motivação e “perfil” inadequado (“especialistas”);
- ✓ Resistências para o trabalho com usuários de álcool;
- ✓ Dificuldade para propor a redução ou abstinência de consumo de uma droga socialmente aceita;
- ✓ Suposição de resistência dos pacientes para receber IB.

Dificuldades das Equipes (JF)

- ✓ Falta de infraestrutura adequada (espaço físico, insumos);
- ✓ Alta rotatividade, equipes incompletas, sem sistematização ou organização do trabalho, com problemas de relacionamento e disputa entre categorias (médicos x não médicos);
- ✓ Falta de continuidade das ações;
- ✓ Burocratização e definição a priori do trabalho, sem diagnóstico prévio das necessidades específicas do serviço.

AUDIT e Intervenção Breve - Juiz de Fora

Os dados colhidos em Juiz de Fora fizeram parte de um projeto de pesquisa multicêntrico internacional, sobre a implantação de Intervenções Breves para o uso de risco de Álcool em países em desenvolvimento, denominado “*Alcohol SBI in Developing Countries*”, que foi coordenado por pesquisadores da Universidade de Connecticut (Health Center): Professores Thomas Babor e John Higgins-Biddle.

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

O projeto teve apoio financeiro da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo dos Estados Unidos (NIAAA).

No Brasil, participaram desse projeto pesquisadores da UNIFESP (MLOS Formigoni), da Universidade Federal de Juiz de Fora (TM Ronzani) e da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto (E Furtado), sendo que os dados foram coletados em Juiz de Fora e em Ribeirão Preto.

Aplicação do AUDIT e da Intervenção Breve a frequentadores de UBSs e /PSFs de Juiz de Fora em 2004 e 2007

- ✓ **Participantes:** participaram desses projetos 344 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Destes, 293 atuavam em UBSs, 36 em serviços de saúde do trabalhador, 7 em CAPS-AD, 17 em serviços de saúde da PM ou Corpo de Bombeiros, 5 no serviço de saúde dos servidores da UFJF e 8 em serviços de saúde para os servidores da prefeitura;
- ✓ **Treinamento:** 8 horas em 2 módulos (Epidemiologia, Psicofarmacologia, Diagnóstico, Intervenção Breve);
- ✓ **Acompanhamento:** os profissionais foram supervisionados na aplicação de AUDIT e na realização da Intervenção Breve, durante 2 horas por semana, nos serviços em que trabalhavam, durante 6 meses. Os resultados foram descritos em vários artigos.



CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS AVALIADOS PELO AUDIT (DADOS EXPRESSOS EM PORCENTAGEM (N=921))

Zona de risco por Uso de álcool (AUDIT)		1 (0-7 pontos)	2 (8-15 pontos)	3 (16-19 pontos)	4 (+ 20 pontos)
Gênero	Masculino	69,0	19,2	5,6	6,1
	Feminino	87,4	10,6	0,7	1,4
Serviço	Outros serviços de APS	84,7	11,1	1,4	2,8
	UBS	76,6	15,8	3,6	4,0
Faixa etária	11-17 anos	74,5	23,4	2,1	0
	18-27 anos	75,0	20,8	1,4	2,8
	28-37 anos	75,4	16,8	4,7	3,1
	38-47 anos	72,6	15,2	5,2	7,0
	48 anos ou mais	85,8	10,1	2,1	2,1
TOTAL		77,9	15,1	3,3	3,8

Fonte: Tabela publicada em Masgnabosco et al. Revista Brasileira de Epidemiologia 2007; 10(4): 637-47

Resultados obtidos nas cidades de São Paulo, Diadema e Curitiba entre 2004 e 2008

Para saber se a Intervenção Breve (IB) era de fato eficaz, ou se somente o fato de fazer o diagnóstico já poderia provocar a redução do consumo, foi realizado um estudo em São Paulo/Diadema e Curitiba, no qual metade dos pacientes avaliados com uso de risco recebeu a Intervenção Breve imediatamente após a primeira aplicação do ASSIST (grupo IB), e metade deles (grupo-controle) só recebeu a Intervenção Breve três meses depois. Essa intervenção foi feita imediatamente após uma segunda aplicação do ASSIST, para todos os pacientes, que tinha por objetivo avaliar se haviam ocorrido mudanças nos problemas associados ao consumo de substância.

Nesse estudo, observou-se que o grupo que recebeu a IB imediatamente após a aplicação do ASSIST apresentou redução significativa do consumo de álcool, passando, em média, para a faixa de uso de baixo risco, enquanto que o grupo-controle, que não havia recebido a IB, apresentou a mesma pontuação média no ASSIST que a obtida na primeira entrevista, três meses antes.

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

CLASSIFICAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL NOS DIFERENTES GRUPOS APÓS A INTERVENÇÃO BREVE OU NO GRUPO CONTROLE

Grupo	Pontuação inicial	Sucesso (taxa de redução no escore do ASSIST)	Total para cada grupo
Controle (N= 106 pacientes)	Baixo Risco (de 11 a 15 no ASSIST)	40	33,8
	Alto Risco (de 16 a 26 no ASSIST)	25,8	
Intervenção Breve (N= 102 pacientes)	Baixo Risco (de 11 a 15 no ASSIST)	83	72,6
	Alto Risco (de 16 a 26 no ASSIST)	59,5	

Os dados são expressos em porcentagens.

IMPORTANTE!

Não só em serviços de Atenção Primária à Saúde, mas em qualquer serviço de saúde pública, a intervenção breve pode ser aplicada.

LEMBRE-SE

Muitas vezes, o uso de álcool ou outras drogas pode contribuir para a redução da gravidade de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e AIDS.

EM RESUMO

É possível implantar, no Brasil, a Detecção do Uso de Álcool e Outras Drogas, em serviços de Atenção Primária à Saúde.

É fundamental treinar os profissionais e conversar abertamente com toda a equipe para que a implantação seja efetiva.

Dificuldades existem, mas podem ser superadas - lembre-se de que esse trabalho de prevenção e intervenção precoce poderá reduzir muitos problemas futuros dos pacientes, caso mantivessem ou aumentassem o padrão de uso de drogas.

Você tem agora as ferramentas e conhecimentos básicos necessários para iniciar esse processo de prevenção nos seu local de trabalho.

Mãos à obra !!

Atividades

REFLEXÃO

Neste capítulo, você teve contato com algumas experiências brasileiras quanto às técnicas de triagem e intervenção para o uso de substâncias. Com base na leitura, desenvolva um projeto de implantação destas técnicas que possa ser aplicado em seu local de atuação. Se possível, discuta com o seu grupo de colegas esta ideia.

TESTE SEU CONHECIMENTO

- 1. Assinale a alternativa INCORRETA, em relação a um treinamento realizado em Curitiba-PR, para habilitar profissionais de saúde nas técnicas de Triagem e Intervenção Breve. Quais foram as mudanças observadas nas crenças e atitudes desses profissionais?**
 - Redução do medo de que o paciente não retornasse para as consultas.
 - Aumento da crença na eficácia da intervenção e na possibilidade de ter tempo suficiente para conduzir a intervenção na sua rotina de trabalho.
 - Os profissionais mudaram sua percepção quanto à ideia de que o paciente costuma mentir sobre o seu uso de drogas.
 - Os profissionais passaram a incorporar em sua rotina diária de trabalho as técnicas de Intervenção Breve, aplicando a todos os pacientes que compareciam à Unidade Básica de Saúde.

2. Assinale a alternativa CORRETA quanto ao uso da Intervenção Breve (IB) no Brasil:

- a) A professora Jaqueline Marinho realizou estudos pioneiros no Brasil no que se refere aos problemas ligados ao uso de álcool e à efetividade de tratamentos para esses problemas.
- b) A IB foi desenvolvida no Brasil sob a supervisão de dois pesquisadores canadenses, Martha Sanchez-Craig e Adrian Wilcoxon, que vieram ao Brasil.
- c) O primeiro estudo brasileiro sobre a eficácia da Intervenção Breve foi desenvolvido com usuários dependentes de álcool, devido à grande procura de tratamento especializado e de qualidade.
- d) Todas as alternativas estão corretas.

3. Qual foi o resultado obtido após o tratamento de dependentes de álcool com duas técnicas diferentes, sendo uma rápida e objetiva, composta por seis sessões (Intervenção Breve ou IB), e a outra a psicoterapia de grupo, composta por 32 sessões?

- a) A técnica de Psicoterapia de Grupo apresentou um resultado melhor, se comparada à Intervenção Breve, pois os usuários passaram do padrão de uso pesado para o moderado.
- b) A IB obteve um resultado semelhante à Psicoterapia de Grupo, contudo é uma técnica que requer curto treinamento, pode ser realizada por profissionais de diferentes formações e tem uma boa relação custo-benefício.
- c) A Psicoterapia de Grupo apresentou resultados inferiores à técnica de Intervenção Breve, pois o índice de sucesso que avaliou a redução do consumo de álcool foi de 73% para a IB e 27% para a Psicoterapia de Grupo.
- d) As duas técnicas apresentaram baixa efetividade no tratamento de dependentes de álcool, indicando que novos métodos de intervenção precisam ser estudados.

4. Quais aspectos costumam impedir que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) utilizem em sua rotina diária de trabalho as técnicas de Triagem e Intervenção Breve? Assinale a alternativa CORRETA:

- a) Falta de tempo ou falta de motivação.
- b) Mudanças frequentes nas equipes.
- c) Excesso de outras atividades obrigatórias.
- d) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

Bibliografia

Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M et al. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002; 97:1183-94.

Boerngen-Lacerda R, Zottis CR, Zibe-Piegel VP, Barleta CMB. Early Risky Drug Use Detection in Primary Healthcare: How Does It Work in the Real World? *Substance Use & Misuse*. 2013; 48(1-2):147-56.

De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da Intervenção Breve para o uso de álcool e outra droga em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(3):305-13.

Formigoni MLOS, coordenadora. *A Intervenção Breve na dependência de drogas - a experiência brasileira*. São Paulo: Contexto; 1992.

Gonçalves PS, Ronzani TM, Bueno L, Rafael D, Lacerda RB, Lacerda LAP, et al. Primary health professionals' attitudes, abilities and beliefs regarding early screening and Brief Intervention for drug abuse. *Clin Exp Res*. 2005; 29(5):76.

Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB et al. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2):199-206.

Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R. *Estratégias de auto-ajuda para reduzir ou deixar o uso de substâncias: um guia. Versão preliminar 1.1*. Tradução: Ronzani TM; supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Lacerda R; revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS; 2004.

Humeniuk R, Poznyak V. *Assist. Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para o uso na Atenção Primária à Saúde: versão preliminar 1.1*. Tradução: Ronzani TM; supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Lacerda R; revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS; 2004.

Humeniuk R, Poznyak V. *Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para o uso na Atenção Primária à Saúde. um guia. Versão preliminar 1.1*. Tradução: Ronzani TM; supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Lacerda R; revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS; 2004.

Humeniuk R, Ali R, Babor T, Farrell M, Formigoni MLOS, Jittiwutikarn J, Boerngen-Lacerda R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhwatiwa S, Pal H, Poznyak V, Simon S. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction (Abingdon)*. 2008;103:1039-47.

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vania Patrícia Teixeira Vianna, Telmo Mota Ronzani, Ana Paula Leal Carneiro

Humeniuk R, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni MLO, De Lacerda, RB, Ling W, Mcree B, Newcombe D, Pal H, Poznyak V, Simon S, Vendetti J. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction* 2012, 107:957-66.

Ronzani TM. Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de Atenção Primária à Saúde: entre o ideal e possível [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2005.

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

Ronzani TM, Amaral MB, Formigoni MLOS, Babor TF. Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. *Nordic Stud Alcohol Drugs*. 2008; 25:529-38.

Vianna VPT. Fatores que afetam a detecção do uso abusivo e dependência de álcool e a eficácia de uma intervenção breve [tese]. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2008.

Who Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *Am J Public Health*.1996; 86:948-55.

Zibe-Piegel VP, Boerngen-Lacerda R. How to Detect Early Harmful and Hazardous Substance Use in Workplace: A Qualitative Study. *J Alcoholism Drug Depend*. 2013; 1(1):1-7.



O QUE É O VIVAVOZ?

O VIVAVOZ é uma central telefônica de orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas. O telefonema é gratuito e o atendimento é sigiloso. A pessoa não precisa se identificar.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

- ✓ O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionado por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde;
- ✓ Os profissionais indicam locais para tratamento;
- ✓ Os profissionais oferecem aconselhamento por meio de Intervenção Breve para pessoas que usam drogas e seus familiares;
- ✓ Os profissionais prestam informações científicas sobre drogas.

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e o Programa Crack, é Possível Vencer, do Governo Federal.

