

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CÁSSIA REGINA ZOTTIS

“DETECÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÃO BREVE  
PARA O USO DE RISCO E NOCIVO DE DROGAS:  
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS PARA IMPLEMENTAÇÃO  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
EM TRÊS MUNICÍPIOS DO PARANÁ”.

CURITIBA  
2009

CÁSSIA REGINA ZOTTIS

“DETECÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÃO BREVE  
PARA O USO DE RISCO E NOCIVO DE DROGAS:  
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS PARA IMPLEMENTAÇÃO  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
EM TRÊS MUNICÍPIOS DO PARANÁ”.

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roseli Boerngen de Lacerda

CURITIBA  
2009

Dedico este trabalho a Olinto A. Simões e Márcia Regina Zottis Simões que me proporcionaram suporte emocional e acolhimento. Quando as ventanias estavam fortes demais, foram vocês que me mantiveram de pé. Obrigado por todos os momentos compartilhados e por toda força que, através de vocês, descobri existir em mim.

## AGRADECIMENTOS

Ao ser divino, que me permitiu realizar este sonho e progredir principalmente como ser humano durante o curso.

À minha orientadora, Prof. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda, por confiar em minha capacidade, guiar-me no caminho da pesquisa, compartilhando seus conhecimentos, propondo desafios e possibilitando minha evolução, sem que para isso fosse necessário deixar de lado o sorriso no rosto e o coração de “mãezona”.

À pessoa com a qual eu compartilho os meus dias, Claudécir Borges, por seu amor por mim, por sonharmos juntos, pelo seu apoio constante e grande incentivo mesmo quando eu apenas sonhava em fazer um mestrado.

Aos colegas do Departamento de Farmacologia:

- Em especial à Viviane Paola Zibe e Piegel, que soube ser uma grande amiga permitindo que eu compartilhasse além dos conhecimentos técnicos, também alguns momentos importantes da minha vida.

- Ao Diego Correia, pelo apoio sempre que precisei quando surgiam dúvidas no meio do caminho.

- Ao Guilherme Hungria de Camargo, que me possibilitou infinitas reflexões sobre a vida, nas poucas, mas produtivas conversas que tivemos.

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

Aos profissionais de saúde e pacientes, participantes da pesquisa, pela importante contribuição na produção de um conhecimento.

Aos gestores de saúde locais pelo apoio e por tornar possível a execução do estudo, em especial a Cleuse Maria Brandão Barletta que além do apoio institucional também contribuiu no planejamento do estudo e na discussão dos dados.

A todas as pessoas aqui não mencionadas, mas que contribuíram de alguma forma para que este sonho se tornasse possível.

## Seguir Viagem

*(Humberto Gessinger)*

Seguir viagem, tirar os pés do chão  
Viver à margem, correr na contramão  
A tua imagem e perfeição  
Segue comigo e me dá a direção

Se dizem que é impossível  
Eu digo: é necessário !  
Se dizem que estou louco  
(fazendo tudo ao contrário)  
Eu digo que é preciso  
Eu preciso... é necessário

Seguir viagem, tirar os pés da terra firme  
E seguir... viagem

Seguir viagem, tirar os pés do chão  
Outros ares...sete mares...voar...mergulhar  
O que nos dá coragem  
Não é o mar nem o abismo  
É a margem, o limite e sua negação

Se dizem que é impossível  
Eu digo: é necessário!  
Se dizem que é loucura  
(eu provo o contrário)  
E digo que é preciso  
Eu preciso...é necessário

Seguir viagem, tirar os pés da terra firme  
E seguir..., viagem.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas ...  
Que já têm a forma do nosso corpo ...  
E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos  
mesmos lugares ...

É o tempo da travessia ...  
E se não ousarmos fazê-la ...  
Teremos ficado ... para sempre ...  
À margem de nós mesmos...

Fernando Pessoa

### **Nota Explicativa:**

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

## RESUMO

A efetividade da detecção e intervenção breve (DIB) para álcool e outras drogas no mundo real ainda não é bem conhecida, apesar da comprovação na área da pesquisa. A fase inicial da implementação é fundamental para o planejamento de estratégias que minimizem ou eliminem as barreiras existentes. Sabe-se que a transferência de conhecimentos para a prática cotidiana é um processo complexo, lento e muitas vezes imprevisível. Este estudo foi desenvolvido em locais de atenção primária à saúde (APS) e teve por objetivo avaliar o processo de implementação da DIB quando realizada por profissionais de saúde nas cidades de Curitiba, Lapa e São José dos Pinhais (SJP), todas no estado do Paraná, durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008. Foi solicitado aos gestores de saúde dos 3 municípios, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, que indicassem profissionais da APS para participar de um treinamento em DIB. A indicação dos profissionais deveria ser feita de acordo com a política local. Na Lapa, o próprio secretário da saúde indicou pelo menos um representante de cada unidade básica de saúde, totalizando 13 profissionais de 11 unidades. Em SJP, foi a coordenadora de saúde mental do município que fez indicação de todos os profissionais de todas as unidades de APS, totalizando 58 profissionais de 17 unidades. Em Curitiba, a indicação foi feita pela Coordenação de Saúde Mental, porém, apenas os profissionais motivados com o tema participaram, totalizando 32 profissionais de 10 unidades, sendo estas oriundas do Distrito do Cajuru, conhecido como uma região com muitos problemas relacionados às drogas. No total, foram 103 profissionais treinados no uso do ASSIST (*Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test*) para identificar usuários de risco de álcool e outras drogas e conduzir a intervenção breve (IB). A IB é uma estratégia de prevenção baseada na entrevista motivacional que tem por finalidade a redução do consumo de drogas evitando assim o aparecimento da dependência. Entre os profissionais treinados estavam médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Doze meses depois, 20 profissionais que aplicaram pelo menos um ASSIST (A) e 24 que não aplicaram nenhum ASSIST (N) foram entrevistados pessoalmente ou por telefone para avaliação das barreiras enfrentadas, assim como, dos pontos positivos e negativos da DIB. As respostas foram anotadas pelo entrevistador e, posteriormente, interpretadas e codificadas por dois pesquisadores independentemente. Os índices dos usuários de drogas obtidos pelos profissionais foram comparados aos obtidos por pesquisadores em estudo similar realizado previamente. Pesquisadores detectaram maior número de usuários que os profissionais. Nenhuma diferença significativa foi observada entre as barreiras relatadas pelos profissionais “A” e “N”. Profissionais “A” relataram não haver nenhum ponto negativo, mas também, não houve nenhuma mudança na unidade de saúde após o estudo, sugerindo que mesmo executando a DIB, eles estavam desmotivados e sem expectativas. De maneira geral, os profissionais têm crenças positivas, mas é necessário melhorar suas atitudes relacionadas aos problemas com drogas. Este estudo confirma a lacuna entre pesquisa e mundo real.

**Palavras-chave:** Implementação. Prevenção ao uso de drogas. Intervenção Breve. ASSIST. Detecção de drogas. Uso de risco de drogas. Atenção primária à saúde.



## ABSTRACT

The effectiveness of screening and brief intervention (SBI) for alcohol and other drugs in the real world is not yet well known, despite its efficacy in the area of research. The initial phase of implementation is crucial for planning strategies to minimize or eliminate existing barriers. It is known that the transfer of knowledge into daily practice is complex, slow, and often unpredictable. This study was conducted in local primary health care (PHC) and aimed to assess the implementation of SBI when performed by health professionals in the cities of Curitiba, Lapa, and São José dos Pinhais (SJP), all in the state of Paraná, from January 2007 to December 2008. Health managers from the 3 municipalities, with support from the State Department of Health of Paraná, were asked to name PHC professionals to attend a training course in SBI. The choice of such professionals should be made in accordance with the policy of each local municipality. In Lapa, the Secretary of Health, himself, named at least one representative from each basic health unit, totaling 13 professionals from 11 units. In SJP, the Coordinator of Mental Health of the municipality named all professionals in all units of PHC, totaling 58 professionals from 17 units. In Curitiba, a nomination was also made by the Coordination of Mental Health, but, only those professionals motivated by the issue participated, totaling 32 professionals from 10 units, all of them from the District of Cajuru, known as a region with many drug-related problems. In total, 103 people were trained in the use of the ASSIST (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test) to identify users at risk of alcohol and other drugs and to conduct a brief intervention (BI). BI is a prevention strategy based on motivational interviewing aiming to reduce consumption of drugs, thereby avoiding the onset of dependence. Among the trained professionals there were doctors, nurses, psychologists, hospital orderlies, and community health agents. Twelve months later, 20 professionals who applied at least one ASSIST (A) and 24 that had not applied any ASSIST (N) were interviewed in person or by telephone for assessment of the barriers faced, as well as the positive and negative points of SBI. The responses were recorded by the interviewer and subsequently interpreted and coded by two researchers independently. The drug-users indices obtained by the professionals were compared to those obtained by researchers in a similar study conducted previously. Researchers found higher rates than the professionals. No significant differences were observed between the barriers reported by "A" or "N". Professional "A" reported no negative points, but there was no change in the health care unit after the study, suggesting that even when executing the SBI they were discouraged and with no expectations. In general, professionals have positive beliefs, but it is necessary to improve their attitudes related to drug problems. This study confirms the gap between research and the real world.

**Keywords:** Implementation. Drug use prevention. Brief intervention. ASSIST. Drug screening. Drug risk-use. Primary health care system.

## LISTA DE SIGLAS

|        |  |
|--------|--|
| APA    | - Associação Psiquiátrica Americana                              |
| APS    | - Atenção Primária à Saúde                                       |
| ASSIST | - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test      |
| AUDIT  | - Alcohol Use Disorders Identification Test                      |
| CAGE   | - Cut down, Annoyed, Guilty and Eye opener                       |
| CAPS   | - Centro de Atenção Psicossocial                                 |
| CEBRID | - Centro Brasileiro de informações sobre Drogas                  |
| CID 10 | - Classificação Internacional de Doenças, 10 <sup>a</sup> versão |
| DAST   | - Drug Abuse Screening Test                                      |
| DIB    | - Detecção e Intervenção Breve                                   |
| DSM IV | - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders          |
| EUA    | - Estados Unidos da América                                      |
| IB     | - Intervenção Breve  |
| OMS    | - Organização Mundial da Saúde                                   |
| SJP    | - Município de São José dos Pinhais – PR                         |
| SNC    | - Sistema Nervoso Central  |
| UBS    | - Unidade básica de saúde  |
| UFPR   | - Universidade Federal do Paraná                                 |

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| FIGURA 1: COMPARAÇÃO ENTRE LEVANTAMENTOS DE 2001 E 2005..... | 17 |
|--|----|

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....                       | 1  |
| 1.1 PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS..... | 7  |
| 1.2 ETIOLOGIA DA DEPENDÊNCIA.....               | 12 |
| 1.3 NEUROBIOLOGIA.....                          | 14 |
| 1.4 DETECÇÃO PRECOCE.....                       | 16 |
| 1.5 ASSIST.....                                 | 18 |
| 1.6 INTERVENÇÃO BREVE.....                      | 19 |
| 1.7 NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....                    | 23 |
| 1.8 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....               | 24 |
| 1.9 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.....              | 25 |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....                    | 30 |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....                        | 31 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL.....                         | 31 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                  | 31 |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....                      | 32 |
| 4.1 PARTICIPANTES E DESENHO DA PESQUISA.....    | 32 |
| 4.2 QUESTÃO ÉTICA.....                          | 36 |
| 4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....                    | 36 |
| <b>5 RESULTADOS</b> .....                       | 38 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....         | 64 |
| <b>ANEXOS</b> .....                             | 73 |

## 1 INTRODUÇÃO

As substâncias psicotrópicas alteram comportamento, humor, cognição, possuindo propriedade reforçadora, portanto, passíveis de auto-administração, (WHO, 1981), conseqüentemente podem levar ao abuso e à dependência. Estudos epidemiológicos têm detectado índices de consumo de substâncias psicotrópicas cada vez maiores nos últimos anos, tanto no Brasil, (CARLINI *et al.*, 2006; GALDURÓZ *et al.*, 2003), como noutras regiões do mundo, (UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM, 1997; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

O segundo levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, realizado pelo CEBRID, (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas), em 108 cidades todas com mais de 200 mil habitantes, mostrou que a prevalência de dependentes de álcool alcançou 12,3%, aproximadamente 5.799.005 pessoas. Há percentual maior para o sexo masculino, (19,5%), e para o feminino apenas, (6,9%). A proporção de dependentes de álcool em relação ao uso na vida mostra que aproximadamente, para cada seis pessoas do sexo masculino que faça uso de álcool, uma fica dependente. Já a proporção para mulheres é de 10:1. A percentagem de uso de qualquer droga, exceto álcool e tabaco, foi de 22,8%, o que corresponde à população estimada de aproximadamente 10.746.991 pessoas, (CARLINI *et al.*, 2006). Em 2001, o primeiro levantamento detectou índices de dependência de 11,5% para álcool, 9% para tabaco e 1% para maconha, sendo que as percentagens de uso dessas substâncias foram de 68,7%, 41% e 7%, respectivamente, e 19,4%, para as demais drogas, (CARLINI *et al.*, 2001).

A partir de uma revisão histórica da civilização, dá para observar que a droga se fez presente no cotidiano do homem desde as primeiras notícias da sua existência. Tanto nas civilizações mais antigas como também nas indígenas contemporâneas, as plantas psicotrópicas como o ópio, a coca e a maconha, eram e continuam sendo bastante utilizadas para curar doenças, afastar maus espíritos, obter sucesso nas caçadas, conquistas, atenuar a fome e rigor do clima de determinadas regiões. Essas plantas estavam ligadas a rituais religiosos, culturais, sociais, estratégico militares, entre outros, (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

A epidemia do tabagismo causa a morte de 5,4 milhões de pacientes com câncer de pulmão, cardiopatias e outras enfermidades.

Se continuar dessa maneira, em 2030, o tabaco matará mais de 8 milhões de pessoas anualmente. Esses dados apresentam a realidade do consumo e uso exacerbado do cigarro. Existem muitos países, entre eles o Brasil, onde a comercialização não é proibida, (OMS, 2008). A lei brasileira 10.167/2000 restringiu a publicidade de produtos derivados do tabaco à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda, proibindo-a em revistas, jornais, televisão, internet, rádio e *outdoors*, (BRASIL, 2000). Estudos comparativos em vários países mostram que o consumo diminuiu em 16% após a proibição da publicidade do tabaco, (OMS, 2008).

As bebidas alcoólicas estiveram presentes em quase todas as civilizações como mostra a história. A Bíblia, no livro do Gênesis, relata a embriaguez de Noé após o dilúvio, assim como o uso do vinho nas festas sagradas. Ainda hoje o vinho é parte de cerimônias religiosas do catolicismo, judaísmo, outras de origem africanas como o candomblé, (BOERNGEN-LACERDA, 2008). Há relação causal entre consumo de álcool e mais de 60 tipos de doenças e injúrias. É estimado que 20-30% dos problemas do mundo sejam relacionados ao consumo de álcool. Entre eles câncer de esôfago; de fígado; cirrose hepática; homicídio, ataque epilético e acidentes com veículos motores. O álcool causa 1,8 milhões de mortes, (3,2% do total), e perda de 58,3 milhões, (4% do total), de anos de vida ajustados por incapacidade, (A-VAIs), (WHO, 2004). A maioria das evidências científicas em padrão de consumo de álcool provém de pesquisas em países desenvolvidos e pouco se conhece sobre os em desenvolvimento. No Brasil, o consumo per capita em 2004, foi de 8,32 litros de álcool puro por adulto, (SILVEIRA *et al.*, 2008). Alguns estudos corroboram essas evidências mostrando a alta prevalência de uso de álcool, regular ou não, (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008). Outro estudo encontrou maior prevalência de uso na vida e da dependência de álcool, em indivíduos do sexo masculino, (CAMPOS; LOFFREDO; ALMEIDA, 2007). Em média, o consumo do álcool no continente americano é 50% maior que o nível global. Países como Brasil, Chile e México têm proporção relativamente elevada de abstêmios, contudo, o consumo per capita dos bebedores é consideravelmente mais alto que a média da população mundial. Isso é relevante, pois quanto mais alta a média de consumo de uma população, maior será a prevalência dos danos relacionados ao álcool, (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

No mundo cerca de 200 milhões de pessoas usam drogas ilícitas anualmente, o que representa 5% da população mundial entre 15-64 anos e 25 milhões apresentam problemas devido ao uso de drogas (UNITED NATIONS, 2007).

A *Cannabis sativa*, (maconha), é sem dúvida a droga ilícita mais consumida, particularmente prevalente entre a população jovem, (MARTIN; HONS; COPELAND, 2008). É supostamente originária da Ásia central, pois cresce até hoje espontaneamente no Himalaia. As primeiras referências datam de 12.000 a. C. e o efeito euforizante já tinha sido descoberto na Índia em torno de 2.000 a 1.400 a. C.. Essa droga era usada para estimular o apetite, curar doenças venéreas e induzir o sono, (BOERNGEN-LACERDA, 2008). Nas regiões americanas, o uso da *Cannabis* provavelmente começou na América do Sul. No século XVI, as sementes das plantas chegaram ao Brasil. Os escravos a trouxeram, especialmente os de Angola. À época o uso era comum entre negros na área rural do Nordeste. Outros sinônimos para *Cannabis* no Brasil são maconha, diamba, liamba que têm origem na língua angolana. Dos estudos epidemiológicos domiciliares realizados pelo CEBRID e já citados, foi observado que, o uso de maconha em 2001 era de 6,9% aumentando para 8,8%, em 2005. Como no álcool, o maior percentual encontrado foi para o sexo masculino, (14,3%), quando comparado ao feminino, (5,1%). Nas cidades da região sudeste do Brasil, foram observadas as maiores percentagens de uso na vida, (10,3%), e a maior prevalência de dependentes de maconha com 1,4%, (CARLINI *et al.*, 2006; ZUARDI, 2006). Globalmente é estimado que existam aproximadamente 160 milhões de consumidores. É impossível estimar de forma acurada a localização e o total de hectares que produzem maconha devido ao crescimento no cultivo em pelo menos 172 países, muitas vezes, sendo plantada pelo próprio usuário. Na África, é a principal droga para a qual a população busca tratamento, (UNITED NATIONS, 2007).

Com o advento da ciência e a crescente modernidade, as drogas que a princípio se apresentavam na forma de produto advindo da natureza, quando levadas para o laboratório eram transformadas e passavam a produzir outras, artificialmente, as chamadas drogas sintéticas. As anfetaminas ao serem lançadas na forma de comprimido em 1837, ficaram conhecidas como a nova maravilha capaz de revigorar as energias e elevar o estado de humor, (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

Na segunda Grande Guerra foram largamente utilizadas pela população e pelos soldados para aplacar a fome, a fadiga e o sono, (BOERNGEN-LACERDA, 2008). Há várias formas de uso das anfetaminas: a endovenosa, pouco freqüente, os cristais de metanfetamina, (*ice* ou *crystal*), também pouco conhecidos no Brasil, que são fumados em cachimbos de vidro, podendo também ser injetados ou inalados, (RIBEIRO; MARQUES, 2002).

O uso de cocaína tem raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes que há mais de 4500 anos já conhecia e utilizava a folha extraída da planta *Erythroxylon coca*, ou coca boliviana, como testemunham as escavações arqueológicas do Peru e da Bolívia. O nome coca deriva duma palavra aimará, 'khoka', cujo significado seria 'planta ou árvore'. Para os incas a planta era sagrada, um presente do Deus Sol (Inti), (BAHLS; BAHLS, 2002; FERREIRA; MARTINI, 2001). Atualmente a maioria da cocaína mundial é cultivada na América do Sul, e o uso mais relevante é na Colômbia, Peru e Bolívia, (UNITED NATIONS, 2007).

A cocaína é uma droga relativamente recente no arsenal das substâncias de origem vegetal. Em 1855, o químico alemão Friedrich Gaedecke obteve do extrato das folhas de coca, o *erythroxylene*. Quatro anos mais tarde, o químico alemão Albert Niemann conseguiu isolar, entre os vários alcalóides do extrato, a cocaína, que é o principal deles, (80% do total do extrato). A fórmula exata da estrutura química foi descoberta em 1898, (BAHLS; BAHLS, 2002; FERREIRA; MARTINI, 2001).

A maceração das folhas, misturada a determinados produtos químicos, produz uma pasta de natureza alcalina, denominada pasta base de cocaína. O refino da pasta origina a cocaína em pó na forma de um sal, o cloridrato de cocaína. O crack e a merla são a cocaína na forma de base livre. Ambas apareceram a partir de meados dos anos 80 e devido ao baixo custo se popularizaram, permanecendo até os dias de hoje, (ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002). No Norte do Brasil, é chamada de Epadu, que é a folha torrada de coca misturada a elementos alcalinos, (BAHLS; BAHLS, 2002; FERREIRA; MARTINI, 2001).

Um abrangente estudo do CEBRID constatou um aumento de 0,6% na taxa de prevalência de uso de cocaína entre 2001 (2,3%) e 2005 (2,9%). No uso de crack a percentagem foi de 1,5% no sexo masculino, que corresponde a 371.000 pessoas, e a merla, apresentou 0,2% de uso considerando ambos os sexos. Na região Sudeste foi verificada a maior percentagem no uso de cocaína (3,7%) e a menor, na região Norte, com aproximadamente, 1%. O crack teve a maior taxa de uso no Sul, (1,1%), seguido pelo Sudeste com 0,8%. Já a merla apareceu na região Norte, (1%), (CARLINI *et al.*, 2006). O mercado consumidor global de cocaína é estimado em 14 milhões de pessoas, ou seja, cerca de 0,3% da população numa faixa etária de 15-64 anos. O declínio do uso na América do Norte tem sido compensado pelo aumento na Europa, América do Sul, África e Ásia tornando estável o mercado global, (UNITED NATIONS, 2007).



Estimulantes semelhantes à anfetamina, metanfetamina e êxtase, fazem parte de um segundo grupo de substâncias, que é mais amplamente consumido, em todos os países onde estudos foram feitos. A maioria é manufaturada de forma ilícita usando precursores químicos produzidos legalmente, dessa forma a produção global pode ser estimada apenas indiretamente. As maiores áreas produtoras de metanfetamina são o sudeste da Ásia, incluindo China e Filipinas, e América do Norte, (UNITED NATIONS, 2007). Quando a metanfetamina foi sintetizada originalmente, o propósito era o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Nos últimos 20 anos, anfetaminas modificadas têm sido sintetizadas em laboratórios clandestinos para serem utilizadas com fins não-médicos. A mais conhecida e utilizada no Brasil é a 3,4 - metilenedioximetanfetamina, (MDMA), ou êxtase. Essa droga foi sintetizada e patenteada em 1914, pelo Laboratório Merck, na Alemanha e testada inicialmente como moderador do apetite, entretanto, devido aos efeitos colaterais foi pouco utilizada e nunca comercializada oficialmente, ficando esquecida e sem uso por décadas. Em 1965, o bioquímico norte-americano Alexander Shulgin relatou tê-la produzido e consumido em laboratório, descrevendo o efeito como prazeroso. Contudo, o bioquímico só voltou a se interessar pela droga no começo dos anos 70, quando tomou conhecimento de relatos de outros pesquisadores muito entusiasmados com o uso terapêutico que foi desencadeado com essa droga. A comunidade científica só foi formalmente informada sobre tais efeitos e utilização em 1978, por meio da publicação de Shulgin e Nicholsa, sugerindo que a droga podia ser utilizada como auxiliar psicoterapêutico, (FERIGOLO; MEDEIROS; BARROS, 1998), mas posteriormente foi comprovada como nociva.

As drogas com maior potencial de abuso principalmente em países da Europa e Ásia são os opiáceos sendo que o Afeganistão produz 92% da heroína mundial. (UNITED NATIONS, 2007). É uma droga derivada da papoula e os compostos sintéticos que ativam os mesmos receptores são chamados opióides. Todas as drogas opiáceas ou opióides têm basicamente efeitos similares no SNC, (Sistema Nervoso Central), pois, diminuem a atividade. As diferenças ocorrem mais em sentido quantitativo, são mais ou menos eficientes em produzir efeitos iguais e fica então condicionada principalmente, à dose, (O'BRIEN, 2006). Assim, todas essas drogas produzem analgesia e hipnose (aumentam o sono), e receberam também o nome de narcóticos, drogas capazes de produzir os dois efeitos: sono e diminuição da dor. Recebem também, por isso, o nome de drogas hipnoanalgésicas (CEBRID, 2008).

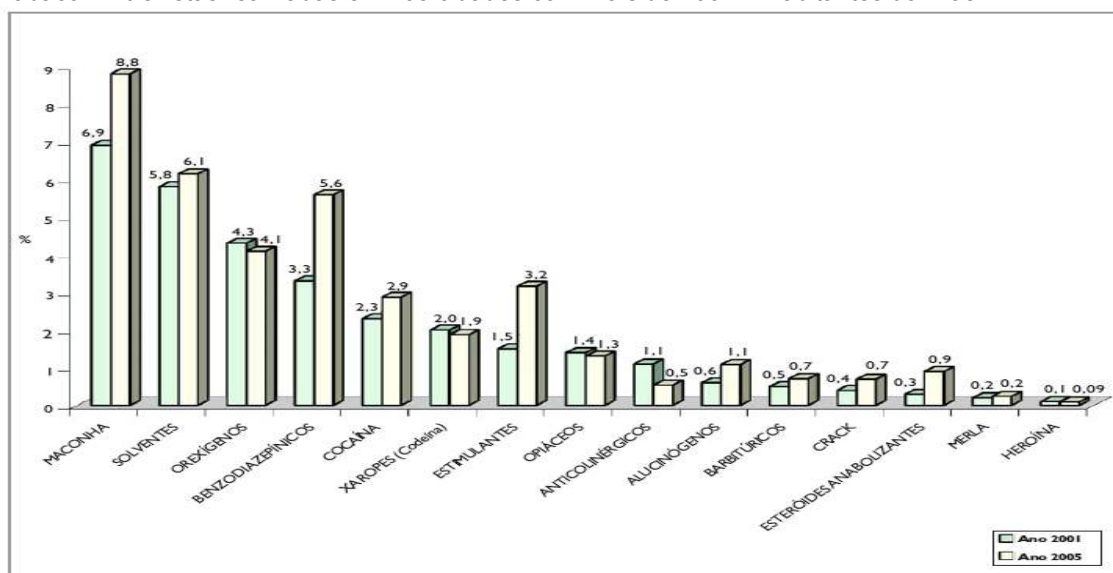
No início, a heroína estava disponível apenas para administração intravenosa (IV), hoje há preparações que podem ser fumadas ou cheiradas, tornando o início do uso mais acessível para pessoas que não introduziriam agulhas em veias, (O'BRIEN, 2006).

Nos anos 50, a utilização de drogas sintéticas com efeito tranqüilizante, como os benzodiazepínicos, acentuou-se. Situações que eram consideradas mazelas existenciais começaram progressivamente a ser tratadas com esses calmantes, que ajudam a aliviar as tensões do dia e permitem um sono mais tranqüilo. Hoje, o uso de calmante é prática costumeira em todas as classes sociais, faz parte da cultura da população, (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

No Brasil, o uso na vida de Benzodiazepínicos, (ansiolíticos), teve porcentagens de 3,3% em 2001, subindo para 5,6% em 2005, o que corresponde à população estimada de 2.841.000 pessoas, (CARLINI *et al.*, 2006). Nos EUA (Estados Unidos da América) a prevalência foi de 8,3%, percentual não tão distante do brasileiro, (SAMHSA, 2006). É relevante notar que as mulheres usam mais Benzodiazepínicos que os homens, na proporção de 2:1 e os Anfetamínicos na proporção de 4:1. (CARLINI *et al.*, 2006).

No Brasil o uso de drogas injetáveis como cocaína, heroína e opióides é mais raro se comparado ao consumo de álcool, (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008).

Figura 1: Comparação entre levantamentos de 2001 e 2005. Uso de drogas na vida, exceto Álcool e Tabaco. Entrevistas realizadas em 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.



Fonte: (CARLINI *et al.*, 2006)

## 1.1 PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DAS DROGAS

Muitas vezes o uso de substâncias psicotrópicas não desencadeia problemas, por fazer parte da cultura de um povo, mas o homem pode usar drogas como forma de alcançar o que pareça inacessível: Ultrapassar os próprios limites, busca do prazer, diminuir tensões e sofrimentos, inserir-se à sociedade e até obter sucesso. Nesses casos o uso de drogas pode evoluir para intoxicação aguda ou para uso contínuo com problemas de abuso ou dependência, (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

As pessoas que usam tais substâncias o fazem porque sentem prazer ou efeitos desejáveis, entretanto, o uso de drogas pode evoluir para quadro de intoxicação aguda, uso contínuo com problemas de abuso, uso nocivo ou dependência. Problemas relacionados com intoxicação aguda podem ocorrer como resultado de um único episódio e podem incluir ataxia, vômito, febre, confusão, superdosagem, perda da consciência, acidentes, lesões, problemas domésticos, violência generalizada, práticas sexuais inseguras e/ou não intencionadas e desempenho reduzido no trabalho. O uso regular de drogas e a dependência delas poderão levar a problemas físicos em diversos órgãos e sistemas. Distúrbios mentais e psicopatias sociais são os mais comuns e demoram algum tempo para se resolverem como doença, desenvolverem endopatias e podem incluir diminuição da imunidade às infecções, ansiedade, depressão, problemas com o sono e sintomas de abstinência quando o uso é diminuído ou interrompido, dificuldades financeiras, problemas legais, de relacionamento e também, no trabalho. Se o uso for injetável pode ainda causar danos à pele e veias, propiciar o contágio do HIV e outros vírus adquiridos por via sanguínea, pelo uso de seringas contaminadas ou comportamento sexual de risco, por parte dos usuários, (HUMENIUK; POZNYAK, 2004a; 2004b).

Tabaco, álcool e drogas ilícitas estão entre os 20 maiores fatores de risco dos problemas de saúde, identificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O tabaco é responsável por 9% das mortes, álcool, responsável por 3,2% e as drogas ilícitas por 0,4% dos óbitos, (WHO, 2002). No Brasil, 30 a 60% dos leitos de hospitais gerais são ocupados por pessoas com problemas por uso de álcool, (BRASIL, 1994; CARLINI *et al.*, 2001). O uso de álcool é importante fator de risco para todo tipo de injúrias, entre elas as derivadas de acidentes automobilísticos. Os pacientes atendidos em serviços de emergência dos mais variados tipos, são os que apresentam maiores índices de prováveis concentrações positivas de álcool no sangue. (RODRÍGUEZ-MARTOS *et al.*, 2007).

Há também, socorridos, que não apresentam traumas, mas beber e dirigir constitui o principal indicador do uso abusivo de álcool, o que se transforma, em risco, (RODRÍGUEZ-MARTOS *et al.*, 2007). O alcoolismo é a terceira causa de absenteísmo ao trabalho no Brasil e oitava causa de concessão de auxílio-doença pela previdência social, (BRASIL, 1998).

A dependência à droga prescrita é altamente prevalente em número substancial de indivíduos com estimativas entre 0,5% e 4,4% na população. O uso de benzodiazepínicos a longo-prazo, mais de 4 semanas, é associado ao prejuízo da função cognitiva, sintomas de abstinência, tolerância e sempre, criando dependência de uso prescrito e da dosagem terapêutica, (ZHRADNIK *et al.*, 2009).

Existe tendência crescente do uso múltiplo de drogas, juntas, separadas, por indivíduo, grupos, e alguns formam verdadeiras comunidades. Isso aumenta mais os riscos, (WHO, 2002). Assim, o uso de drogas é um problema de saúde pública e não apenas limitado ao serviço de saúde mental especializado.

Para realizar diagnóstico do usuário que apresenta problemas relacionados à droga são utilizados critérios propostos pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10), da OMS, (WHO, 1993), ou pelo Manual Diagnóstico Estatístico, (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994) e que são classificados como transtornos psiquiátricos relacionados a substâncias. Tais classificações consideram não somente aquelas condições nas quais os indivíduos utilizam as drogas para alterar o humor e comportamento, mas também, estende o conceito para situações que ocorrem em decorrência do uso não intencional das muitas formas químicas ou como resultado de efeitos colaterais produzidos pelas diversas posologias e intervenções. Dentro dos transtornos pelo uso das substâncias estão classificadas a intoxicação, uso nocivo/abuso, a dependência e consecutiva síndrome de abstinência quando do afastamento desse uso, (APA, 1994; WHO, 1993).

A intoxicação pelas drogas desenvolve uma síndrome reversível que ocorre após a administração recente de uma droga psicoativa, produzindo alterações de comportamento e/ou alterações psicológicas, que não estejam adaptadas ao organismo sadio, como são os resultados dos efeitos fisiológicos diretos do elemento nocivo, sobre o SNC, (APA, 1994; WHO, 1993). A característica essencial do uso nocivo/abuso das substâncias é o padrão mal adaptativo de uso que se manifesta por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas a repetição da substância, (ver diretrizes a seguir sugeridas pela OMS e pela APA).

Diretrizes diagnósticas propostas na CID-10, (WHO, 1993), para **uso nocivo**:

A - Padrão de uso que causa prejuízo à saúde. Pode ser físico ou mental. O diagnóstico requer prejuízo real causado à saúde física ou mental do indivíduo.

B - Nenhum outro diagnóstico concomitante à síndrome de dependência da mesma classe da substância.

No DSM-IV, (APA, 1994), as seguintes diretrizes diagnósticas são propostas para identificação do **Abuso**:

A - Padrão mal adaptativo de uso de substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um, ou mais, dos seguintes aspectos, que devem ocorrer dentro de um período de 12 meses:

1 - Uso recorrente da substância que resulte em fracasso ao cumprir obrigações importantes relativas ao papel no trabalho, escola ou em casa, (p. ex. repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionado ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância; negligência em relação aos filhos ou aos afazeres domésticos)

2 - Uso recorrente da substância em situações que represente perigo físico, (ex. dirigir veículo ou operar máquina quando prejudicado pelo uso da droga)

3 - Problemas legais recorrentes, relacionados à substância (p. ex., detenções, conduta desordeira relacionada à substância)

4 - Uso continuado da substância apesar de problemas sociais, interpessoais persistentes ou recorrentes, causados e exacerbados pelos efeitos da substância (p. ex. discussões com o cônjuge sobre as conseqüências da intoxicação, brigas).

B - Os sintomas jamais satisfizeram critérios para Dependência de Substância a essa classe de substância.

Para a **Dependência**, a CID-10 (WHO, 1993) propõe as seguintes diretrizes:

Diagnóstico definitivo de dependência será feito, se três ou mais dos requisitos tiverem se manifestado ou exibidos, em algum momento durante o ano anterior:

A - Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;

B - Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo;

C - Estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessar ou for reduzido como evidenciado por síndrome de abstinência que se caracterize para a substância ou uso dela ou de outra intimamente relacionada com intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

D - Evidência de tolerância de tal forma, que quando seja necessária a administração de doses crescentes da substância psicoativa, alcance efeitos que originalmente eram produzidos por doses mais baixas, exemplos claros disso são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes;

E - Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa com consecutivo aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou ainda para se recuperar de efeitos;

F - Persistência no uso da substância a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como danos ao fígado, causados por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estado de humor depressivo, conseqüente períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado ao uso da droga; devem ser feitos esforços para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão dos danos.

No DSM-IV as seguintes diretrizes diagnósticas são propostas para a **Dependência** (APA, 1994):

Um padrão mal adaptativo de uso das substâncias, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos seguintes critérios, desde que ocorram a qualquer momento dentro do período de 12 meses:

1 - Tolerância definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

A - Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou efeito desejado;

B - Acentuada redução do efeito, causada pelo uso contínuo de uma mesma quantidade de qualquer outra substância.

2 - Abstinência manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

A - Síndrome de abstinência característica para a substância;

B - A mesma substância ou outra estreitamente relacionada quando consumida para aliviar sintomas de abstinência.

3 - A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por períodos mais longos do que o pretendido.

4 - Existe desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.

5 - Muito tempo gasto em atividades necessárias para obtenção da substância ou à recuperação dos efeitos.

6 - Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

7 - O uso contínuo da substância apesar da consciência de ter problema físico ou psicológico persistente, recorrente ou que tenda a ser causado e exacerbado pela substância (ex., uso atual de álcool, embora o indivíduo reconheça que um problema hepático piorou pelo consumo de álcool).

Especificar se: Com Dependência Fisiológica há evidências de tolerância ou abstinência (presença do Item 1 ou 2); e Sem Dependência Fisiológica, não existe evidência de tolerância ou abstinência (se item 1 ou item 2, não estão presentes).

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

Os critérios que levam ao diagnóstico dos transtornos pelo uso de substâncias não diferenciam a dependência fisiológica da psicológica como no passado. A descrição da dependência fisiológica está presente quando o quadro da síndrome de abstinência, que caracteriza o diagnóstico, é relevante do ponto de vista clínico. Muitas manifestações da síndrome necessitam de intervenção médica, e não raro, até internamento do paciente, se a vida dele estiver em risco. Mas, se a dependência psicológica não recebe o *status* de diagnóstico para o tipo de transtorno, as manifestações psicológicas características da dependência, como compulsão e perda de interesse por outras atividades, estão normalmente presentes em todos os quadros. O termo *adição*, usado na língua inglesa, está relacionado aos componentes psicológicos da dependência, mas não consiste em tipo de diagnóstico diferenciado. É considerado central, para manifestação, a presença da compulsão ou fissura, (*craving*). Segundo o National Institute of Health, (NIH), dos Estados Unidos da América (EUA), a *adição* é uma doença crônica e recorrente, explicitada pelo uso compulsivo e procura abusiva da droga, apesar das várias conseqüências nocivas ao indivíduo, (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

O termo *adição*, segundo o dicionário de Inglês Oxford, localiza-o na Lei Romana, na qual *adição* era *uma dedicação da pessoa ao mestre determinada formalmente por uma sentença da justiça*. Essa noção de falta de controle pela pessoa dependente ou *adicta* é a característica central do termo, (KRANZLER; LI, 2008).

No DSM-IV e CID-10, o termo adição é evitado, preferindo ao contrário, o uso do termo diagnóstico de abuso das substâncias e de dependência, e se refere coletivamente, aos transtornos causados pelo uso das substâncias.

No DSM-IV os indivíduos são diferenciados dentro das três categorias mutuamente exclusivas:

- A - O transtorno pelo uso da substância,
- B - Somente abuso
- C - Ou a respectiva dependência.

Com essa abordagem o abuso é diagnosticado somente se o indivíduo não preencher os critérios para a dependência. Conseqüentemente se o indivíduo preencher critérios tanto para abuso quanto para a dependência, ele é diagnosticado como dependente, (KRANZLER; LI, 2008).

Existem autores com ponto de vista diferente. O'Brien e colaboradores (2006) têm argumentado contra o uso do termo "abuso de substâncias" e defendem ênfase na "adição". Firmam que a dependência é freqüentemente confundida com a dependência física, se algumas adaptações resultam em sintomas de abstinência quando o uso é descontinuado e pode ocorrer com aplicações terapêuticas ou variedade de medicações. A confusão terminológica pode tornar os médicos relutantes a prescrever medicamentos para dor, por medo de causar adição. O termo enfatiza os aspectos comportamentais do uso de substâncias e engloba o uso compulsivo, a natureza crônica e de recaídas. Com base nisso, esses autores persuadiram a APA a restaurar o uso do termo adição como diagnóstico no DSM-V, que atualmente está em desenvolvimento. A desvantagem do termo é que freqüentemente usado de forma pejorativa, pode levar médicos a evitar o uso por temer a estigmatização dos pacientes e prejudicar a relação com eles. Além disso, a palavra 'adição' tem sido usada de maneira tão ampla e variada, que à semelhança do termo 'alcoolismo', teve seu significado diluído, limitando substancialmente o valor da doença.

## 1.2 ETIOLOGIA DA DEPENDÊNCIA

Transtornos causados pelo uso do álcool e outras drogas resultam da combinação de fatores genéticos, ambientais, sociais e psicológicos. O estudo do comportamento aditivo permeia por muitas disciplinas, Neurociência do Comportamento, Epidemiologia, Genética, Biologia Molecular, Farmacologia, Psicologia, Psiquiatria e Sociologia, (KRANZLER; LI, 2008).



Segundo Clark e Lynch (2003), dependência é um padrão mal-adaptado de abuso de substâncias, caracterizado pelo uso compulsivo preocupação em obter a droga, com desejo persistente ou esforços sem sucesso para controlar tal compulsão, apesar das evidências de que o uso continuado resulta em prejuízo físico, emocional, social e econômico, levando o usuário a um verdadeiro caos existencial.

Mesmo baseando-se no DSM-IV, os aspectos biológicos e fisiológicos, que apresentam a tolerância e sintomas de abstinência, não são nem necessários e muito menos suficientes para firmar o diagnóstico da dependência de drogas. Tal proposição pressupõe a existência de 3 ou mais critérios identificados, enquanto o uso abusivo pode ser diagnosticado, quando o indivíduo tem apenas 1 ou 2 desses critérios, o que fatalmente contemplará todos os aspectos psicológicos e sociais, (BABOR; KADDEN, 2005). Essa natureza recidivante da dependência, acaba por preencher todos os critérios que o definem como uma doença crônica, mas, tendo em vistas, o componente voluntário da iniciação ao uso, o conceito de doença é controverso, (O'BRIEN, 2006).

Assim, a etiologia da dependência de drogas é multifatorial, dependendo da droga, do usuário e do ambiente. As drogas variam quanto a sua capacidade de produzir sensações agradáveis imediatas no usuário, sendo que as que sempre produzem sensações intensamente agradáveis têm maior probabilidade de serem utilizadas repetidamente. O termo reforço se refere à capacidade que as drogas têm de produzir efeitos que fazem com que seu usuário deseje utilizá-las novamente. Quanto maior a capacidade de uma droga reforçar seu próprio uso, maiores as chances de que ela seja usada de maneira abusiva. Cocaína, anfetamina, etanol, opióides, canabinóides e nicotina aumentam consistentemente os níveis de dopamina no líquido extracelular do estriado ventral, especificamente na região do *núcleo accumbens*, (MCLELLAN *et al.*, 2000; MEDINA-MORA, 2005; O'BRIEN, 2006). Também, o potencial de uso abusivo é aumentado pela rapidez de início da ação, porque os efeitos que ocorrem logo após a administração têm maior tendência a dar início à cadeia de eventos que levam à perda de controle sobre o uso, (O'BRIEN, 2006).

As propriedades reforçadoras ao uso das drogas que estão associadas à atividade neuronal em circuitos cerebrais relacionadas ao comportamento motivacional, têm sido relacionadas com a procura inicial da substância. Com o uso crônico e compulsivo, ocorrem mudanças adaptativas nestes circuitos que desencadeiam a dependência. (ver tópico Neurobiologia).

Embora as variáveis farmacológicas sejam importantes, elas não explicam totalmente o desenvolvimento do uso abusivo e da drogadição. A maioria das pessoas que experimentam drogas com alto potencial de produzir dependência não intensifica o uso da droga nem perde o controle, (MCLELLAN *et al.*, 2000; MEDINA-MORA, 2005; O'BRIEN, 2006). Em geral, os efeitos das drogas variam entre os indivíduos. Os níveis sanguíneos podem mostrar grandes variações após a administração da mesma droga a diferentes indivíduos. O polimorfismo dos genes que codificam as enzimas envolvidas na absorção, no metabolismo e na excreção e nas respostas mediadas pelos receptores pode contribuir para os diferentes graus de reforço ou euforia observados entre os indivíduos, (O'BRIEN, 2006). Os transtornos psiquiátricos constituem outro grupo de variáveis relacionadas com o usuário. As drogas podem produzir efeitos subjetivos imediatos, que aliviam sintomas preexistentes. Os indivíduos que têm ansiedade, depressão, insônia ou até mesmo sintomas sutis, como timidez, podem descobrir que certas drogas trazem alívio. Contudo, os efeitos benéficos aparentes são transitórios e o uso repetido da droga pode causar tolerância e, por fim, consumo compulsivo e descontrolado. A iniciação e a continuação do uso de drogas ilícitas são significativamente influenciadas pelas normas sociais e pela pressão dos companheiros. Em algumas comunidades, os indivíduos que consomem ou vendem drogas são considerados modelos aparentemente respeitados e bem-sucedidos; desse modo, os jovens tentam imitá-los. Também em certas comunidades, há poucas opções adicionais de prazer, diversão ou renda. Esses fatores são particularmente importantes nas comunidades em que os níveis de instrução são baixos e as oportunidades de emprego são escassas, (MCLELLAN *et al.*, 2000; MEDINA-MORA, 2005; O'BRIEN, 2006).

### 1.3 NEUROBIOLOGIA

As drogas têm ação aguda no SNC. As ações se destacam por propriedades reforçadoras e efeitos observados na intoxicação aguda. São ações passageiras. Não determinam adição nem dependência, promovem a procura inicial. Com o uso crônico da droga, ocorrem as neuroadaptações. Durante o período que varia de uma droga à outra, de indivíduo para indivíduo e de uma situação à outra, ainda são reversíveis. Constituem a chamada fase de transição à adição. Nessa fase o processo de aprendizado do uso das drogas se desenvolve e todos os estímulos relacionados a ele serão associados à presença da droga, (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

Começam a aparecer os problemas associados ao uso abusivo e que são importantes para motivar o usuário a diminuir ou parar com o uso. Nesse período as neuroadaptações ainda são relativamente fáceis de serem revertidas, desde que o usuário esteja motivado a realizar a mudança do padrão de uso. Uma das alterações que ocorre nessa fase é adaptação do sistema de recompensa. Como a liberação de dopamina está aumentada, e outros neurotransmissores também estão alterados pela presença da droga, as células cerebrais se ajustam à nova situação, e isso, é chamado de adaptação homeostática. Tais alterações fazem com que a droga seja menos prazerosa, o indivíduo se sente mal, deprimido, sem vida e fica incapaz de apreciar o que anteriormente dava prazer. Passa a necessitar de maiores doses para produzir a ativação dos sistemas de recompensa, fenômeno conhecido como tolerância. O SNC, promove o aprendizado do uso da substância e pistas associadas à capacidade de estimular o circuito de aprendizado, fazendo com que a presença de alguns desses estímulos, desencadeiem a ativação do circuito, levando o indivíduo à urgência de usar a droga, (fissura, *craving*), (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

Esses estímulos associados podem ser internos e externos ao indivíduo. Estímulos internos que podem ser associados ao aprendizado de usar a droga são, por exemplo, certas emoções que o indivíduo experimentava durante ou previamente ao uso, como alegria, raiva, tristeza, depressão, ansiedade e outras. Estímulos externos associados ao uso podem ser de várias naturezas, como a presença constante de um amigo, alguma música ou som característico, luzes e cheiro do ambiente, assim como o próprio local de uso da droga, entre outros. Tudo aquilo do que dependa a “história” do indivíduo, é importante. Esses estímulos podem ser perceptíveis ao indivíduo ou não. Por exemplo, é citado na literatura, o caso de um jovem que estava sob tratamento de dependência de cocaína aspirada, e que relatava que em certas ocasiões, sentir forte fissura pela droga, contudo não conseguia identificar o estímulo desencadeante. Após algum tempo de terapia e observação do ambiente ao qual estava sendo exposto no momento da fissura, ele percebeu que quando atravessava uma rua na faixa de segurança ocorria uma vontade incontrollável de usar a droga. A faixa de segurança é constituída de linhas brancas com fundo escuro, similarmente ao modo de uso da cocaína aspirada, no qual as “carreirinhas” são linhas brancas num fundo escuro. Para o cérebro esses estímulos eram generalizados e ativavam o circuito associado ao uso da droga, ocasionando necessidade urgente de consumi-la (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

Com o uso continuado, a perda de controle se instala e se caracteriza a fase da adição. São consolidadas mudanças adaptativas do estágio de transição e ocorre um redirecionamento de circuitos cerebrais, aumentando a expressão gênica de proteínas que conferem vulnerabilidade à recaída. O indivíduo necessita da ajuda profissional especializada para enfrentar situações do dia a dia. Normalmente teve muitas perdas, físicas, financeiras, sociais ou psicológicas. Por vezes transtornos psiquiátricos se instalam ou existiam antes do uso da droga, complicando muito o quadro e recuperação do paciente. Não há como reestruturar os circuitos cerebrais dentro dum panorama bio-psico-social para que o indivíduo dependente possa readquirir motivação à mudança de comportamento e atingir sucesso pessoal, torna-se tarefa 'inatingível'. O indivíduo então recai. Alguns medicamentos auxiliam o tratamento, mas não existe 'remédio' que sozinho conduza a resultados tão benéficos e esperados nessa fase, ainda. Anexação da medicação à psicoterapia, e o forte apoio da rede social e familiar, garante o sucesso, (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

Muito é falado da baixa efetividade do tratamento de dependência e adição. Cerca de 40 a 60% dos pacientes que procuram tratamento se recuperam no considerado primeiro ano de seguimento, mas, essa taxa cai ao ser acompanhado o paciente, por período mais longo. São índices baixos, se comparados as taxas de recaída de outras doenças orgânicas crônicas, (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

O jornal JAMA, (*Journal of the American Medical Association*), publicou no ano de 2000, comparação das taxas de recaída de alguns problemas crônicos, mais frequentes na área médica. Enquanto para drogadição as taxas de recaída estão entre 40 e 60%, para diabetes tipo 1, estão entre 30 e 50%. Para hipertensão e asma, entre 50 e 70%. Isso demonstra que o tratamento da drogadição, é um problema crônico e altamente estigmatizado, não é diferente de outras doenças que possuem baixa estigmatização, igual a vários programas implantados nos sistemas de saúde do mundo todo, (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

#### 1.4 DETECÇÃO PRECOCE

Em geral, os usuários de substâncias psicotrópicas utilizam os serviços especializados já em uma fase muito grave do transtorno, (FORMIGONI, 1992). Como apresentado, a própria neurobiologia da dependência envolve mecanismos adaptativos que agravam ao longo prazo, tornando importante a detecção precoce dos problemas relacionados ao uso da droga.

Além disso, todos os problemas decorrentes do uso das substâncias que não estejam incluídos no diagnóstico de transtornos psiquiátricos, como os problemas físicos, psicológicos e sociais resultantes da intoxicação aguda, do uso de risco e mesmo do uso crônico dentro de padrões aceitos como seguros, podem gerar problemas com grande relevância na saúde pública e que merecem a detecção precoce em vários níveis de atenção na população em geral.

Assim, a detecção precoce do uso dessas substâncias e consecutivamente a identificação das conseqüências, têm sido de grande importância para que seja feita intervenção nas fases iniciais do problema, melhorando muito o prognóstico, (RUBIN, 1996; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

Estudos anteriores realizados seqüencialmente demonstram que uma situação de beber problemático, pode ser detectada num percentual entre 8 e 20% dos pacientes atendidos em serviços de Atenção Primária a Saúde, no entanto, onde não há tal sistema, permanece o problema, fato que propicia o aumento do consumo de álcool, (RIBEIRO *et al.*, 2001).

A modificação de comportamentos alcançada com as medidas de prevenção precoce pode trazer benefícios não só para a saúde do indivíduo usuário como também para o relacionamento social saudável e produtivo, além de economizar gastos específicos do setor de saúde e de outras áreas atingidas. Nesse contexto é importante realizar algumas pesquisas em relação ao uso de substâncias psicotrópicas, principalmente em relação a desenvolver instrumentos de detecção precoce de problemas que sejam válidos, confiáveis, de baixo custo e que possam ser utilizados na APS, (BABOR *et al.*, 1989).

Alguns instrumentos como o CAGE, (acrônimo em inglês referente às quatro perguntas: Você alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? - *Cut down*; Você fica aborrecido quando as pessoas criticam seu modo de beber? - *Annoyed by criticism*; Você se sente culpado pela maneira como costuma beber? - *Guilty e*, Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou os sinais de ressaca? - *Eye-opener*), e o DAST, (*Drug Abuse Screening Test* - Teste de detecção do abuso de droga), relacionam-se à dependência, sendo menos úteis para detectar o uso de risco ou problemático em quem ainda não é dependente. Testes biológicos que detectam a presença de substâncias psicotrópicas têm emprego limitado devido ao elevado custo e por serem geralmente invasivos, (HENRIQUE *et al.*, 2004; WHO, 2002; HUMENIUK *et al.*, 2008).

Pesquisadores apoiados pela OMS desenvolveram a partir da década de 80 um instrumento de detecção, o AUDIT, (*Alcohol Use Disorders Identification Test* - Teste para identificação de transtornos pelo uso de álcool). O AUDIT é composto por 10 perguntas que objetivam a detecção precoce de pessoas com padrões de uso excessivo de álcool possibilitando as intervenções preventivas. Esse instrumento foi validado e desenhado para determinar desde níveis de baixo risco do beber, até uso nocivo e dependência de álcool. É um instrumento extremamente útil para ser usado em diferentes ambientes de saúde, necessitando de pouco treinamento e permitindo examinar diferentes fatores de risco entre indivíduos com vários graus de gravidade, além do que permite realizar intervenções nesses grupos de risco, (HEATER, 2006; SAUNDERS *et al.*, 1993; WHO, 2001).

O sucesso do AUDIT e intervenção breve (IB) para álcool conduziu a OMS a considerar o desenvolvimento dum instrumento seguro para detecção de todas as substâncias psicotrópicas, (HUMENIUK *et al.*, 2008).

### 1.5 ASSIST

O ASSIST, (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* – Teste de Detecção do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias), é um questionário de triagem simples e breve. Uma das suas características mais proficientes é que ele detecta pessoas que usam as substâncias psicotrópicas. Foi desenvolvido pela OMS. Identifica as situações do uso nocivo ou de risco através de 8 questões que investigam o uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína e crack, anfetaminas, sedativos, alucinógenos, inalantes, opiáceos e outras drogas. Cada questão aborda diferentes aspectos relacionados aos problemas físicos, psicológicos e sociais, decorrentes do uso excessivo de cada uma das drogas identificadas ou de várias em conjunto, (HENRY-EDWARDS; HUMENIUK; ALI, 2004).

As perguntas do ASSIST quantificam intensidade, uso e frequência de problemas. Postas em pontuação indica o grau de comprometimento com a substância. Quem pontua até 10 para álcool ou até 3 para as outras drogas, é considerado usuário ocasional de baixo risco. Se a pontuação está entre 11 e 26 para álcool e entre 4 e 26 para outras drogas é interpretado como uso de risco/nocivo sendo realizada a intervenção breve. Pontuação acima de 26 para qualquer droga deve ser encaminhado a serviço especializado, pois, o teste interpreta como sugestivo de dependência para a substância, (HOLMWOOD; MARRIOT; HUMENIUK, 2008).

Desde o desenvolvimento, o ASSIST passou por muitos estágios de investigação para assegurar que o instrumento fosse viável, seguro, válido e acurado. A fase I, (1997-1999), envolveu planejamento e desenvolvimento preliminar do questionário de triagem para substâncias psicotrópicas e demonstrou viabilidade e segurança, tendo sido realizado em vários países para contemplar diferenças culturais e diversos padrões de uso de substância, (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

Na fase II, conduzida entre 2000 e 2002, foi realizada a validação internacional, em vários serviços de APS e tratamento de dependência de drogas, (HOLMWOOD; MARRIOT; HUMENIUK, 2008; HUMENIUK *et al.*, 2008).

A fase III, (2002-2007), recentemente concluída em vários países incluindo Brasil, onde grandes capitais como São Paulo e Curitiba foram cidades participantes. Nesse estágio, foi comprovada a eficácia da detecção precoce acoplada a uma IB, conduzida por pesquisadores em serviços de APS, (HUMENIUK, 2008).

A fase IV iniciada em 2008 está em andamento e visa a disseminação do ASSIST. É um estudo colaborativo internacional da eficácia, detecção e intervenção breve na APS, feita pelos profissionais de saúde treinados para desenvolver o trabalho dentro da sua rotina de serviço. O ASSIST é instrumento de fácil aplicação, exige pouco tempo para ser respondido, cerca de 7 a 9 minutos, dispensa treinamento extensivo e pode ser utilizado para drogas lícitas e ilícitas. Foi direcionado principalmente para APS. O entrevistador não precisa ser médico e nem ter ensino superior, pode ser qualquer profissional da equipe, como por exemplo os agentes comunitários de saúde e/ou auxiliares de enfermagem. É útil também para outros profissionais, atendentes de pessoas que tenham problemas relacionados ao uso de drogas, (HENRY-EDWARDS; HUMENIUK; ALI, 2004), ou também pode ser usado em hospitais e prisões como tem sido feito no sul da Austrália, (HOLMWOOD; MARRIOT; HUMENIUK, 2008).

## 1.6 INTERVENÇÃO BREVE

Antes de 1970, o tratamento para dependentes de drogas era realizado em instituições semelhantes a prisões. O paciente permanecia ali meses, anos, sendo difícil documentar cientificamente o efeito do tratamento. A partir daquele ano, os primeiros passos foram dados em direção a uma estratégia mais preventiva, envolvia intervenções para álcool, dentro do sistema de saúde, particularmente APS. (ASLAND; NYGAARD; NILSEN, 2008; NILSEN; KANER; BABOR, 2008).

A IB surgiu na década de 80, para prover intervenção precoce antes ou logo depois do início dos problemas relacionados ao álcool tendo como objetivo moderar o beber, muito mais que promover a abstinência, (AASLAND; NYGAARD; NILSEN, 2008; NILSEN; KANER; BABOR, 2008).

A intervenção breve possui seis elementos essenciais que são identificados por meio do acrônimo FRAMES originado pela composição da primeira letra das palavras inglesas *Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathic* e *Self-efficacy*, (SEGATTO *et al.*, 2007; MARQUES; FURTADO, 2004).

O termo 'Feedback', (devolutiva), é empregado para a comunicação dos resultados da avaliação do indivíduo, obtidos na aplicação de um instrumento de detecção, por exemplo: Um profissional informa o resultado da pontuação no ASSIST, e esclarece o significado ao paciente.

O termo 'Responsibility', (responsabilidade), se refere à ênfase na autonomia do paciente e responsabilidade nas decisões, isso é, esse elemento enfatiza o processo de mudança. O princípio é que ninguém mudará de hábito se não quiser. O que o indivíduo vai fazer com as informações e orientações recebidas e quais estratégias de mudança serão utilizadas, depende de uma decisão pessoal.

O termo 'Advice', (aconselhamento), corresponde às orientações e recomendações que o profissional oferece ao paciente que devem ser claras, diretas e desvinculadas de juízo de valor moral ou social, e, que preservem a autonomia de decisão do paciente.

'Menu' é o fornecimento ao paciente de alternativas de ações voltadas a autoajuda para a mudança do comportamento ou as opções de tratamento disponíveis, que podem ser realizadas por ele.

'Empathic', (empatia), refere-se à postura que deve ser adotada pelo profissional diante do paciente assumindo um relacionamento solidário e compreensivo durante a entrevista e a intervenção breve.

'Self-efficacy', (auto-eficácia), é o termo empregado para promover e facilitar a confiança do paciente nele mesmo, acreditando em recursos próprios e no sucesso. Isso corresponde a reforço do otimismo e da autoconfiança do paciente, (SEGATTO *et al.*, 2007; MARQUES; FURTADO, 2004).

A IB foi proposta como abordagem terapêutica para usuários de álcool em 1972, por *Sanchez-Craig* e colaboradores no Canadá, isso depois de efetivas pesquisas e estudos sobre o assunto, (DE MICHELI; FORMIGONI, 2008).



Ela é baseada na entrevista motivacional com interação do tipo diretiva, com tempo limitado, dura no máximo 20 minutos, e é centrada no paciente, com o objetivo de provocá-lo para uma mudança de comportamento. Ela tem seu ponto de partida a partir da avaliação e da intervenção de acordo com fases de prontidão para mudança, (NILSEN; KANER; BABOR, 2008; RONZANI, 2005). Um objetivo importante da IB é ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo capacidade de assumir iniciativa e responsabilidade pelas escolhas próprias, (DE MICHELI; FORMIGONI, 2008).

A IB auxilia o paciente a explorar e resolver ambivalências sobre seu uso da substância e a se mover pelos estágios de mudança propostos nesse modelo. São eles, a pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Caracterizar o paciente de acordo com o estágio ao qual ele se enquadra, torna possível usar estratégias para a promoção da mudança, (MENDES, 2006).

Indivíduo em pré-contemplação, nem sequer pensa em mudar, pode não ver o comportamento como problema, pelo menos não o vê como tão problemático, quanto os outros acreditam, (MENDES, 2006).

Na contemplação os pacientes estão receptivos para informações, dispostos a considerar o problema e a possibilidade de mudar a conduta, (MENDES, 2006).

O estágio da ação é caracterizado pela decisão do paciente iniciar um comportamento positivo para a mudança. Muitos indivíduos nesse estágio já fizeram ou estão fazendo uma tentativa concreta de mudar o comportamento. Quando ela é bem sucedida e sustentada por longo prazo, durante muitos meses ou anos, o paciente encontra-se no último estágio denominado manutenção. Esse estágio estabelece firmeza, confiança, e a ameaça de recaída ou de retorno aos padrões antigos se torna menos freqüente, (MENDES, 2006).

Entretanto, a recaída, sempre é possível, tanto no estágio da ação, quanto da manutenção. Ela pode ocorrer por várias razões, que tenham envolvimento psicológico, emocional, afetivo e de muitas outras origens, nem sempre reconhecidas pelo paciente. O indivíduo experimenta a tentação ou desejo particularmente forte, inesperado e não é capaz de enfrentá-lo com sucesso, (MENDES, 2006).

A IB apresenta baixo custo, por isso é ideal para ser usada como método de promoção e prevenção de saúde. Existem relatos na literatura, sobre a eficácia de IBs em serviços de APS, relativo ao uso de álcool e tabaco, (BALLESTEROS *et al.*, 2004; SENFT *et al.*, 1997; WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP, 1996).

Evidências da efetividade da IB para outras drogas ainda são escassas, (DUNN; RIES, 1997; STEIN; HERMAN; ANDERSON, 2009), mas alguns resultados sugerem que ela possa ser útil para usuários de maconha, (COPELAND *et al.*, 2001; LANG; ENGELANDER; BROOK, 2000; MARTIN; HONS; COPELAND, 2008), cocaína, (BERNSTEIN, *et al.*, 2005; STOTTS *et al.*, 2001), anfetaminas, (BAKER; BOGGS; LEWIN, 2001; BAKER *et al.*, 2005), opiáceos, (BERNSTEIN, *et al.*, 2005; SAUNDERS *et al.*, 1993), benzodiazepínicos, (BASHIR; KING; ASHWORTH, 1994) e drogas prescritas, (ZHRADNIK *et al.*, 2009).

Originalmente, a IB foi desenvolvida a partir da necessidade de atuação precoce junto a pessoas com histórico de uso prejudicial de álcool e/ou drogas, incentivando-as a parar ou reduzir o consumo. No entanto, ela pode ser utilizada em outros contextos com outras populações como ambulatorios de pacientes diabéticos ou de hipertensos, (DE MICHELI; FORMIGONI, 2008). A Comissão Europeia recomenda promover IB também em locais de atendimento de emergência, (RODRÍGUEZ-MARTOS *et al.*, 2007).

Os intervencionistas poderiam desenvolver importante papel como ajudantes de médicos, em clínicas onde eles, os médicos, são pressionados pelo tempo designado a detectar, intervir e indicar para tratamento, pacientes que usam álcool e outras drogas, (BERNSTEIN *et al.*, 2005).

Um estudo desenvolvido por Bernstein *et al.*, (2005), sobre usuários de cocaína e/ou heroína, mostra que 20 pacientes deveriam receber uma intervenção para apenas um alcançar abstinência de ambas as drogas. Porém, o impacto não foi pequeno, porque o problema é grande, e a ausência do uso pode resultar em melhora geral da saúde, na redução da necessidade de cuidados em longo prazo e na diminuição de problemas frente a justiça criminal. Os efeitos adicionais da intervenção poderiam assim ser totalmente amplos se a detecção e a IB motivacional, fossem instituídas universalmente como uma rotina normal nas clínicas de saúde, devido à comprovada eficácia que apresenta.

Porém, evidências sugerem que muitas dificuldades emergem na transferência da teoria para a prática, como quando essas técnicas são implementadas em condições de rotina da maioria dos serviços de atenção à saúde, (RONZANI *et al.*, 2008). Apesar da convincente evidência para a eficácia e efetividade da IB, a difusão de tais intervenções na rotina de APS tem sido lenta, quando não inexistente, (NILSEN; KANER; BABOR, 2008).

## 1.7 NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Segundo ALMEIDA (2005) ações preventivas podem ocorrer em momentos diferentes na história da doença, o que permite a classificação em prevenção primordial, primária, secundária, terciária e quaternária.

A prevenção primordial, muito relacionada às doenças crônico-degenerativas, objetiva evitar o estabelecimento de estilos de vida que contribuem para a instalação de fatores de risco, que variam muito de acordo com a cultura de um povo ou de um grupo de indivíduos, (ALMEIDA, 2005).

Já a prevenção primária visa evitar a exposição de um indivíduo a um fator de risco, antes que se desenvolva um mecanismo patológico. No domínio das substâncias psicotrópicas o objetivo é impedir que seja produzido um consumo problemático, antes da existência do primeiro contato com a droga; impedindo ou retardando o início do consumo, (ALMEIDA, 2005; DE MICHELI; FORMIGONI, 2008). Pode ser incluída nesse nível de prevenção a educação de promoção à saúde, informação sobre drogas, conseqüências do uso, medidas sociais e legais para efetivar tais ações, (BOERNGEN-LACERDA, 2008).

A prevenção secundária objetiva detectar um problema de saúde num indivíduo e intervir de forma precoce, condicionando favoravelmente a sua evolução. Faz parte desse nível, aquisição de conhecimento mais adequado a respeito das drogas que o indivíduo usa e dos problemas decorrentes; conscientização em relação ao comportamento de risco, às reações para diversas circunstâncias e o significado que a droga ocupa na vida dela, (ALMEIDA, 2005; IMESC, 2006). Essa etapa é caracterizada por ser um prolongamento da prevenção primária, quando não atingiu objetivos propostos, no âmbito da questão do uso indevido de drogas. É realizada após o primeiro contato com a droga já ter ocorrido e visa é evitar a progressão do consumo e minimizar os prejuízos relacionados ao uso, impedindo que um quadro de dependência se estabeleça, (DE MICHELI; FORMIGONI, 2008; SENAD, 2006).

Prevenção terciária é reabilitação e tratamento das complicações no indivíduo doente, (IMESC, 2006). Consiste em atos destinados a diminuir prevalência das incapacidades crônicas na população e reduzir deficiências funcionais consecutivas à doença. Aplicada ao universo do uso indevido de drogas, o objetivo principal é evitar recaída, promover reabilitação e reinserção social do dependente. Isso é, atuar no sentido de possibilitar ao indivíduo reintegração no seio social, de família e trabalho, contemplando as etapas do tratamento, antes, durante e depois, (SENAD, 2006).

A prevenção quaternária tem por finalidade evitar o excesso de intervencionismo médico, associado a atos médicos desnecessários ou injustificados. Consiste na identificação de indivíduos em risco de 'sobretreamento' para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis, (ALMEIDA, 2005).

### 1.8 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS ocupa um lugar importante no sistema de saúde, pois os profissionais fornecem uma abordagem abrangente, com cuidados contínuos e geralmente apresentam habilidades e conhecimento para ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, (HENRY-EDWARDS; HUMENIUK; ALI, 2004).

Os profissionais de APS são vistos como pessoas que fornecem informações confiáveis e de qualidade e podem estabelecer o primeiro contato com grupos que apresentam alto risco de problemas com drogas. Existem evidências que se esses profissionais investigarem sobre fatores de risco do uso de drogas, os pacientes se sentem mais à vontade para falar sobre o problema e consideram a possibilidade de mudar o comportamento mais facilmente. As intervenções baseadas na entrevista motivacional e na abordagem cognitivo-comportamental realizadas em APS são efetivas para uma variada gama de problemas de estilo de vida, incluindo o uso de drogas, (HENRY-EDWARDS; HUMENIUK; ALI, 2004).

Diversos fatores socioeconômicos estão vinculados à situação de saúde das populações e principalmente ao estilo de vida. Por isso, ações de atenção primária passaram a ser a principal estratégia de organização dos sistemas de saúde em alguns países. Foi observado que onde ações de APS tinham importância, houve progresso em termos de qualidade de vida da população, (STARFIELD, 2002).

A APS seria caracterizada, de forma sucinta, por uma prática preventiva e de promoção da saúde física, social e psicológica de forma mais ampla possível e com baixos custos, pois nesse nível de atenção à saúde, são utilizadas tecnologias básicas, obtendo resolutividade estimada de 75% a 85%, (RUBIN, 1996).

Foi demonstrado que somente 5 a 10% das pessoas com problemas relacionados ao álcool ou outras drogas buscam tratamento especializado. E dos pacientes que procuram a APS para problemas gerais de saúde, é estimado que 20% possuam problemas relacionados às drogas que não são diagnosticados, (ANDRADE; RONZANI, 2008).

APS é o primeiro contato com o sistema de saúde de forma coordenada, abrangente, contínua para a população, sem que haja alguma discriminação de gênero ou doença, (FUNDBURK; MAISTO; SUGARMAN, 2007; WHO, 1978).

A atenção terciária, em contraste, é para pacientes com transtornos que são incomuns na população e, dessa forma, os profissionais da atenção primária raramente enfrentam esses problemas de saúde de maneira que apresentem menos competência para lidar com eles. Quando o transtorno tem um impacto substancial na saúde do paciente, o médico da atenção terciária pode assumir a responsabilidade do tratamento por um longo período, mas preservando as consultas e as ações da atenção primária para os problemas e necessidades nas quais esse nível de atenção está mais bem qualificado para atender, (STARFIELD, 1994).

Segundo Marques e Furtado (2004), a unidade básica de saúde é o ambiente onde o estigma em relação às drogas de abuso é menor, e conseqüentemente, menor a resistência do paciente à abordagem e orientação sobre o problema. Henrique *et al.* (2004), descrevem que o ASSIST é adequado para uso em serviços de assistência não especializados devido à padronização, rapidez de aplicação, abordagem simultânea de várias classes de substâncias, facilidade de interpretação e apresenta possibilidade de ser utilizado por profissionais de saúde de formações diversas, conforme comentado anteriormente. Além disso, esses profissionais estão acostumados a lidar com programas direcionados a doenças crônicas que requerem intervenção breve, suporte constante e também possuem a confiança da população.

## 1.9 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

Holmwood *et al.* (2008), desenvolveram um estudo de implementação de detecção pelo ASSIST e intervenção breve no mundo real, com a população dos presídios. Foi evidenciado que a alta rotatividade de prisioneiros impactou negativamente a detecção de indivíduos que entravam pelo sistema sugerindo que a detecção na admissão seria inapropriada. Os autores observaram que um número significativo de prisioneiros foi libertado dentro de uma semana após a admissão, (701/1634), ou transferido para outra instituição, (140/1634), onde o ASSIST ainda não tinha sido implementado. A implementação universal em todas as instituições resolveria parte deste problema. Contudo, os prisioneiros apresentaram boa receptividade e aceitaram as recomendações para parar ou diminuir o consumo da substância da qual faziam uso de risco.

Apesar da evidência da eficácia dessas intervenções já ter sido comprovada quando realizadas por pesquisadores e profissionais, a detecção seguida de intervenção breve, (DIB), para usuários de risco de álcool é pobremente implementada (AASLAND; NYGAARD; NILSEN, 2008; NILSEN; KANER; BABOR, 2008). A introdução de novas estratégias de promoção à saúde é um processo lento e gradual, (RONZANI *et al.*, 2008). Um achado consistente em pesquisas dos sistemas de saúde é que existem muitas barreiras para transferência de conhecimentos da pesquisa à prática, tornando o processo, impraticável e complexo, (NILSEN; KANER; BABOR, 2008). Infelizmente, pesquisas indicam que a difusão de intervenções efetivas tem rendimento diminuído ao longo do desenvolvimento do processo. Por várias razões a informação sobre intervenções efetivas não alcança adequadamente a comunidade. Quando isso ocorre, somente algumas pessoas mostram-se motivadas para experimentar o novo. Muitas inovações encontram problemas na implementação que diminuem o impacto do programa. Finalmente, somente algumas delas são sustentadas ao longo do tempo, apesar do sucesso alcançado durante o período de demonstração e essa afirmação não é unicamente típica para assuntos relacionados às drogas, mas acontece também em outras áreas da sociedade, (ROGERS, 2003 in DURLAK; DUPRE, 2008; SEALE; MONTEIRO, 2008).

Há um conhecimento crescente sobre efetividade de estratégias para preencher o vazio entre pesquisa e prática. Entretanto, pouco é conhecido sobre como os atributos de uma inovação e outros fatores contextuais facilitam e impedem a adoção de uma inovação, (SCOTT *et al.*, 2008).

A história da atenção à saúde mostra que décadas se passam antes que novas práticas sejam aceitas, (HULSCHER *et al.*, 2005), e também, atividades que são efetivas em algumas culturas e organizações podem não funcionar em outras. Isso significa que a implementação, precisa, ao menos nacionalmente, ser desenvolvida de acordo com a necessidade local, (HEATHER, 2006). A fase inicial da implementação é essencial para sustentabilidade de novos programas. Por esse motivo, conhecer problemas e dificuldades é fundamental para o planejamento de estratégias que minimizem ou eliminem tais barreiras, (RONZANI *et al.*, 2005).

Resultados de mais de 500 estudos que tiveram finalidade quantitativa oferecem forte suporte empírico para conclusão que o nível de implementação, afeta os resultados obtidos nos programas de prevenção e promoção de saúde, (DURLAK; DUPRE, 2008).

Cientistas sociais reconhecem que o desenvolvimento de intervenções efetivas é somente o primeiro passo para melhorar a saúde e o bem-estar da população. A transferência de programas efetivos para o mundo real e manutenção deles é um processo complicado, que leva longo-prazo, requer efetivamente procedimentos com fases sucessivas e complexas de difusão do programa. Essas fases incluem: *disseminação*, a forma como as informações sobre a existência e o valor do programa são oferecidos à comunidade; *adoção*, que se refere à decisão de organização local ou grupo em experimentar o novo programa; *implementação*, a forma como o programa é conduzido durante o período de avaliação e por fim, *sustentabilidade*, que verifica se o programa é mantido ao longo do tempo, (DURLAK; DUPRE, 2008). Em primeiro lugar é necessário mostrar que o tratamento é eficaz e então determinar como aperfeiçoar e implementar efetivamente o tratamento do mundo real, (BAKER *et al*, 2005). O monitoramento precoce da implementação pode identificar problemas na aplicação do programa que podem ser corrigidos rapidamente para garantir melhores resultados. Avaliação global da implementação é essencial para verificar validade interna e externa da intervenção. E finalmente, a interpretação acurada dos resultados da implementação deve considerar todos os aspectos da condução da nova intervenção durante todas as fases do processo, (DURLAK; DUPRE, 2008).

Torna-se de fundamental importância, para uma validação adequada e ampla do processo de implementação, propostas de estratégias em saúde em que sejam levados em consideração três aspectos principais:

- a) as atitudes e crenças dos profissionais de saúde em relação à proposta;
- b) o contexto no qual a proposta pretende ser implementada, (por exemplo, as políticas públicas de saúde vigentes);
- c) a formação do profissional de saúde que será treinado.

É importante que seja desenvolvida a avaliação contínua de todo o processo e eventual adequação à realidade observada. É também, de fundamental importância a articulação de vários fatores que possam influenciar o sucesso ou esclarecer dificuldades de estratégias das políticas públicas. A prática quando bem aplicada e baseada em evidências depende da suposição que, se um novo conhecimento de alta qualidade é gerado ele será implementado, entretanto, quando o conhecimento está disponível e não é usado, há uma enorme lacuna criada entre conhecimento e prática, fato que pode existir por muitas razões; algumas justificadas e outras não, (MACDERMID; GRAHAM, 2009).

A necessidade de determinar se existe tal lacuna, é construída dentro do processo da prática baseada em evidências. Alguém compara a própria decisão clínica com o que a melhor evidência sugere. A prática baseada em evidências envolve duas áreas básicas. Uma está relacionada à própria prática e outra à mudança de comportamento. Contudo, saber o que fazer e fazê-lo de fato são duas coisas diferentes. Implementar novas evidências significa mudar comportamento. Evidências substanciais particularmente na psicologia, adoção e pesquisa de promoção à saúde, indicam que não é fácil mudar comportamento de um indivíduo ou um grupo de pessoas, (MACDERMID; GRAHAM, 2009).

A maioria dos estudos que investigou a DIB utilizou pesquisadores ou então médicos na sua prática rotineira. Alguns autores sugerem que enfermeiros e outros profissionais de saúde poderiam realizá-la tão ou mais efetivamente do que médicos, podendo até ser uma alternativa em relação a algumas barreiras da implementação em serviços de APS encontradas, como por exemplo, a falta de tempo ou a atitude negativa de alguns médicos em relação ao tema. Embora alguns estudos que procuraram comparar crenças e atitudes à realização de DIB em diferentes grupos profissionais não tenham detectado diferenças significativas entre categorias, outras observaram que enfermeiros percebiam mais barreiras à implantação do que médicos, (RONZANI, 2005).

As atitudes seriam definidas então como organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predisponha a ação coerente com cognições e afetos relativos a esses objetos. Assim, as crenças e componentes cognitivos das atitudes influenciam a percepção e o posicionamento frente a eventos ou às situações sociais, que se apresentem colaborando ou dificultando cada uma das ações da APS, (RONZANI, 2005).

Discutida a questão das atitudes em relação ao uso de substâncias psicotrópicas, e também sobre os usuários, foi observado que as crenças dos pacientes, da sociedade ou que profissionais de saúde tinham sobre o usuário, eram carregadas de discurso moral, e algumas vezes substituído por discurso eminentemente médico, colocando a questão sobre o uso das drogas como problema de caráter ou doença incurável, sendo, pois, pouco suscetível a qualquer intervenção. Esse conceito e algumas estratégias encontram barreiras em virtude da formação e atitudes do profissional de saúde, que apresenta algumas falhas no que se refere ao enfoque de práticas preventivas, relativa ao uso de álcool e outras substâncias. (RONZANI, 2005).



Na maioria das vezes, devido ao despreparo técnico, estes profissionais compartilham, com os leigos, crenças e atitudes irrealis sobre o usuário ou sobre o uso de substâncias (RONZANI, 2005).

## 2 JUSTIFICATIVA

O ASSIST pode ser útil para profissionais que trabalham com pessoas com uso de risco<sup>a</sup> e nocivo<sup>b</sup> de drogas, citando entre esses profissionais aqueles da APS que poderiam incluir o procedimento de detecção em rotinas diárias de trabalho, pois os procedimentos que se mostram eficazes são os conduzidos por pesquisadores e tais resultados podem não ser reproduzidos quando realizados em situação real. De acordo com a OMS, os profissionais de APS são os primeiros níveis de contato que os indivíduos, família e comunidade, têm com o sistema de saúde. A APS é composta por profissionais de saúde de diversas formações acostumados a trabalhar em equipe e com outros problemas crônicos de saúde da comunidade. São na maioria das vezes, agentes de atuação preventiva. Estudos epidemiológicos sobre o padrão do uso das drogas na população brasileira, já citados, evidenciam a grande relevância do problema para a saúde pública. Além disso, o fato dos pacientes normalmente só procurarem ajuda quando o problema já é muito grave, ou seja, quando já estão dependentes, justificam a realização de um estudo que avalie como se desenrola um programa de detecção precoce na APS. Apesar da existência de algumas ações para planejamento das políticas de prevenção do abuso e dependência de drogas, ainda não existem propostas assistenciais bem definidas de como implementar esses programas em locais de APS, com dados baseados em evidências científicas, (RIBEIRO *et al.*, 2001; RONZANI *et al.*, 2005).

A avaliação de alternativas relativamente simples de prevenção secundária dos problemas relacionados ao uso de substâncias aplicadas por profissionais de APS, avaliação do processo de implementação por esses profissionais e pelos gestores de saúde, assim como as barreiras encontradas e soluções propostas por esses mesmos profissionais, justificam este trabalho. Ademais, o projeto proposto poderá servir de modelo de intervenção a ser implementado em outras regiões do país.

---

<sup>a</sup> Uso de risco: padrão de uso freqüente de uma droga que ainda não está causando problemas, mas com a continuidade do uso certamente causará;

<sup>b</sup> Uso nocivo, sinônimo de abuso: padrão de uso que já está causando problemas ao indivíduo sejam, médicos, psicológicos ou sociais.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o processo de implementação do projeto de Detecção Precoce e Intervenção Breve para usuários de risco e nocivo de drogas realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde no Estado do Paraná na lida da rotina diária.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar os principais obstáculos encontrados pelos profissionais que aplicaram e pelos que não aplicaram o projeto.
- Avaliar as alternativas desenvolvidas pelos profissionais para enfrentar os obstáculos.
- Comparar dados da aplicação do ASSIST obtidos por pesquisadores (Fase III do projeto ASSIST) com os obtidos por profissionais no atual projeto.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 PARTICIPANTES E DESENHO DA PESQUISA

Os pacientes e profissionais participantes do estudo são provenientes de Unidades de Saúde de três municípios do Paraná, a saber, Curitiba, representada pelo Distrito Regional do Cajuru, Lapa e São José dos Pinhais (SJP), que foram escolhidos por fazerem parte da região metropolitana da capital do estado e possuírem Centros de Atenção Psicossocial, (CAPS), já instalados. Outro critério de escolha dos municípios contemplava além da participação da cidade de Curitiba, a de um município da região metropolitana com população pequena, inferior a 50.000 pessoas, no caso a Lapa que possui o total de 41.679 munícipes e um município com população grande, ou seja, superior a 200.000 habitantes, no caso São José dos Pinhais, que possui população de 263.622 indivíduos, segundo o censo 2007.

A escolha dos profissionais participantes do estudo ficou a critério de cada município, visando a menor interferência no mundo real e na política de saúde local, pois esse era um dos objetivos do estudo. A única exigência por parte dos coordenadores da pesquisa era que os profissionais atendessem na APS. As escolhas dos profissionais foram diferentes em cada município. Em Curitiba, a escolha foi feita pelos coordenadores da Saúde Mental, que indicaram para participar todos aqueles motivados com o tema de drogas, de todas as UBS do Distrito do Cajuru. Em São José dos Pinhais, a escolha também foi feita pelos coordenadores da Saúde Mental que indicaram para participar todos os profissionais de todas as UBS do município. Na Lapa, até por não existir Coordenação de Saúde Mental, a escolha foi feita pelo próprio Secretário da Saúde, que indicou pelo menos um profissional de cada UBS, sem considerar o grau de motivação com o tema. Outro dado relevante foi o apoio e participação conjunta da Secretaria Estadual de Saúde, representada pela Coordenadora de Saúde Mental do Estado. Assim foram indicados para treinamento um total de 103 profissionais; 13 provenientes de 11 UBS da Lapa, 32 de 10 UBS de Curitiba e 58 de 17 UBS de São José dos Pinhais.

Os profissionais participantes foram treinados para aplicação do ASSIST e IB na rotina diária de trabalho. O treinamento consistiu de 16 h de aulas teóricas, 10 h de aulas práticas. Foi ministrado pela coordenadora do projeto Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roseli Boerengen de Lacerda e alunos do curso de mestrado em Farmacologia da UFPR (Universidade Federal do Paraná).

O conteúdo teórico abordou temas sobre todas as drogas de abuso enfatizando os mecanismos de ação, efeitos agudos e crônicos, epidemiologia das drogas no Brasil e no mundo, bases neurobiológicas da dependência, aspectos biopsicossociais do uso das drogas, instrumentos de detecção de usuários-problema, princípios gerais da entrevista motivacional e da intervenção breve. O conteúdo prático abordou o treinamento na aplicação do ASSIST e da Intervenção Breve com utilização da técnica do *role-playing* (interpretação de papel), onde os próprios profissionais desenvolveram uns o papel de entrevistador, e outros, o de entrevistado, mimetizando uma situação real. Também foram usados filmes com casos de pacientes usuários de drogas submetidos à detecção pelo ASSIST e à IB. E ainda, os profissionais foram treinados para o uso dos formulários específicos da pesquisa.

Cada profissional foi treinado a abordar qualquer indivíduo que fosse até a Unidade de Saúde procurar consulta ou não, por exemplo, um acompanhante que pertencesse à área de abrangência da Unidade, e que preenchesse os critérios de inclusão no estudo, (ANEXO 1). A abordagem deveria ser de maneira simpática e natural perguntando se a pessoa aceitaria fazer parte de uma pesquisa sobre saúde. Se o indivíduo aceitasse, era conduzido a um local com privacidade para a aplicação do questionário ASSIST. Depois de respondido o questionário, se o indivíduo obtivesse pontuação sugestiva de baixo risco, (0 a 10 para álcool ou 0 a 3 para outras drogas), ele era dispensado depois de receber informações gerais sobre os possíveis riscos do uso inadequado de álcool e de outras drogas, sendo que aqueles dados ficariam arquivados. Se a pontuação obtida estivesse acima de 27, sugestiva de dependência, o paciente seria encaminhado para o CAPS da região, mas, se a pontuação estivesse entre 11 e 26 para álcool ou 4 e 26 para as outras drogas, ele era convidado a participar de um estudo sobre avaliação da eficácia da detecção precoce e intervenção breve numa situação real da rotina dos profissionais da APS.

Caso o paciente aceitasse participar, seria alocado de acordo com uma distribuição aleatória, considerando os pacientes de acordo com tipo de droga usada, sexo e pontuação obtida no ASSIST, para um dos grupos experimentais: Grupo de Controle - CONT, (que receberia IB 3 meses após a entrevista inicial em consulta agendada), e Grupo de Intervenção Breve - IB, (que receberia a IB imediatamente após a aplicação do ASSIST na entrevista inicial).

Esse procedimento deveria ser repetido até que fosse atingido o número necessário de pacientes para cada droga.

Considerando o número de pacientes usuários de cocaína/crack e anfetaminas encontrado em serviços de APS de Curitiba durante a fase III do projeto ASSIST, seriam entrevistados cerca de 6000 pacientes.

Para que houvesse certa equiparação de dados, foram calculados que na Lapa, 1200 pessoas seriam entrevistadas, 2400 em Curitiba e 2400 em São José dos Pinhais, para atingir o número aproximado de 180 pacientes, (60 para cada tipo de droga, cocaína, anfetaminas e maconha), além de 100 usuários de álcool que deveriam pontuar no ASSIST.

Os pacientes seriam classificados pelo tipo da droga usada, sexo e pontuação obtida no ASSIST, esta, em baixa, (de 11 a 15 para álcool ou de 4 a 15 para as outras drogas), e alta, (de 16 a 26 para álcool ou de 16 a 26 para as outras drogas).

Metade dos pacientes de cada grupo seria do grupo CONT e a outra metade do grupo IB. Pelo menos um terço dos pacientes deveria ser de um mesmo sexo.

Essas distribuições dos pacientes permitiriam realizar análise mais detalhada em relação a cada droga de forma homogênea e comparar o desempenho da IB para os diferentes subgrupos.

Os pacientes do grupo IB receberiam um manual de auto-ajuda desenvolvido especificamente pelos coordenadores do projeto ASSIST da OMS, traduzidos e adaptados pelos coordenadores do projeto ASSIST no Brasil; material educativo na forma de *folders* com informações sobre as drogas e a IB propriamente dita, seguindo protocolo pré-determinado conforme ministrado no treinamento. O tempo da aplicação da IB deveria ser controlado, não ultrapassando 20 minutos. Os pacientes do CONT permaneceriam numa lista de espera e receberiam a IB quando da reaplicação do ASSIST, em consulta agendada, 3 meses depois da entrevista inicial.

Transcorridos 3 meses, todos os pacientes deveriam ser contatados por telefone e convidados a voltar à Unidade para entrevista de seguimento que consistiria numa segunda aplicação do questionário ASSIST. Dessa vez o objetivo seria avaliar possível mudança na pontuação.

Outro questionário, seria aplicado ao grupo IB, avaliaria o efeito da IB sobre o comportamento do paciente em relação ao uso de drogas, assim como o papel que o material educativo, (manual de auto-ajuda e *folders* com informações sobre as drogas), teve sobre a mudança. Os pacientes do grupo CONT, receberiam a IB nessa consulta, respeitando os princípios da ética e otimizando o bom relacionamento do profissional com o paciente.

Os formulários da pesquisa a serem preenchidos por profissionais na primeira entrevista eram os seguintes: registro de participação do paciente, (ANEXO 2), que deveria ser preenchido mesmo que o indivíduo não aceitasse participar do estudo; O instrumento ASSIST, (ANEXO 3); consentimento de participação, (ANEXO 4) e de informação ao participante com as instruções sobre a pesquisa e sobre a garantia de anonimato, (ANEXO 5); formulário de localização e registro de seguimento, (ANEXO 6) o qual seria arquivado em local sigiloso sob a responsabilidade do profissional; perfil demográfico (ANEXO 7); registro da Intervenção Breve, (ANEXO 8), que deveria ser preenchido logo após a IB ter sido aplicada ao paciente.

Na segunda entrevista, os profissionais deveriam aplicar novamente o ASSIST nos pacientes dos grupos CONT e IB e, apenas para os pacientes do grupo IB, preencher o formulário de avaliação da IB (ANEXO 9). Todos os profissionais assinaram um termo de consentimento de participação (ANEXO 10).

Os profissionais foram supervisionados quanto à coleta de dados, ao preenchimento dos formulários da pesquisa, à aplicação do ASSIST e da IB através de contato telefônico semanal, durante 2 meses. Depois disso, a cada quinze dias. Cerca de 12 meses após os treinamentos, os formulários foram recolhidos e digitados para análise. Os dados foram comparados com os obtidos por pesquisadores, num estudo similar anterior, (MENDES, 2006), e apresentados em duas reuniões agendadas pelos municípios da Lapa e Curitiba. No primeiro a reunião foi aberta à comunidade tendo sido convidados os profissionais participantes do estudo e os gestores das UBS. Em Curitiba, a reunião foi fechada. Apenas os participantes da pesquisa e os coordenadores da Saúde Mental do município participaram. O município de São José dos Pinhais não apresentou até este momento, data para tal reunião.

Feita a realização desses eventos, cerca de 12 meses findo o treinamento, foram mantidos contatos pessoais e/ou telefônicos para avaliar o processo de implementação do projeto. Foram entrevistados 44 profissionais provenientes dos 3 municípios participantes, (28 de São José dos Pinhais, 11 de Curitiba e 5 da Lapa). O contato foi tentado com todos os profissionais pelo menos 5 vezes em dias e horários diferentes, controlado por um rastreamento minucioso, e considerado como dado perdido quando o profissional não era encontrado após 10 tentativas.

Cada entrevista durou de 10 a 20 minutos, com abordagem dos temas:

- (1) quais os principais obstáculos encontrados;
- (2) o que o projeto modificou na unidade;

(3) quais os pontos positivos e negativos do projeto;

(4) qual o principal motivo da desistência do projeto.

A entrevista foi anotada em caderno por um pesquisador para posterior sistematização e análise. Posteriormente, as respostas foram interpretadas e codificadas por outros dois pesquisadores independentemente.

#### 4.2 QUESTÃO ÉTICA

O projeto depois de elaborado, exaustiva e minuciosamente revisado pelos responsáveis, foi encaminhado ao setor competente da UFPR, e, aprovado pelo comitê de ética do Setor de Ciências Biológicas da UFPR sob o número 016/06 em 21/08/2006 (ANEXO 11).

#### 4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O presente trabalho se caracterizou por utilizar dois tipos de metodologia científica (qualitativa e quantitativa) de acordo com os objetivos de investigação. Esta junção possibilitou a complementação das informações colhidas pelas duas metodologias, contribuindo para uma maior riqueza e detalhamento das análises e resultados (SERAPIONI, 2000; TURATO, 2003).

Como método qualitativo foi utilizada entrevista Semi-estruturada com posterior interpretação das respostas. A metodologia quantitativa incluiu a utilização de questionários estruturados e escalas, que foram submetidas a análises estatísticas descritivas e inferenciais.

A entrevista individual é uma das principais técnicas de coleta de dados qualitativos que tem por finalidade a obtenção de informações ou crenças sobre determinado tema (MINAYO, 2000). Após a coleta, sistematização e discussão sobre os dados, foi realizada a análise de conteúdo do tipo temática e estrutural. Esta técnica, tradicionalmente utilizada em pesquisa qualitativa, caracteriza-se por ser uma forma sistematizada e de rigor metodológico de análise de textos e entrevistas, (BARDIN, 1977; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1999).

A partir do conteúdo expresso nas respostas dos profissionais, a informação foi organizada em categorias e estão expressas em número de respostas (BARDIN, 1977; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1999). Toda a categorização foi realizada por dois pesquisadores com experiência em análise de conteúdo que compararam e discutiram as categorizações até chegar a um consenso.



O teste do qui-quadrado foi usado para comparar os índices de uso de droga obtidos pelos profissionais com os obtidos pelos pesquisadores. O mesmo teste foi empregado para comparar o número de profissionais que aplicaram pelo menos um ASSIST com aqueles que não aplicaram nenhum ASSIST para cada resposta das quatro questões da entrevista. A correção de Yates e o teste de Fisher foram usados quando necessário. O nível de significância considerado foi 0,05. O programa estatístico usado foi o STATISTICA 6.0.

## **5 RESULTADOS**

Os resultados estão apresentados na forma de artigo que será submetido para publicação na revista *American Journal of Preventive Medicine*.

**Early risky drug use detection in primary health care:  
how does it work in the real world?**

**Cássia Regina Zottis<sup>a</sup>; Viviane Paola Zibe-Piegel<sup>a</sup>; Cleuse Maria B. Barletta, MSc<sup>b</sup>;  
Roseli Boerngen-Lacerda, PhD<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> Master's Student, Department of Pharmacology, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brazil; <sup>b</sup> Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, Curitiba, Paraná, Brazil; <sup>c</sup> Department of Pharmacology, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brazil.

Corresponding author:

Roseli Boerngen-Lacerda

Caixa Postal (P.O. Box) 19031

Curitiba, PR, 81531-990 Brazil

Phone: +55 (41) 3361-1720

Fax: +55 (41) 3266-2042

E-mail: [boerngen@ufpr.br](mailto:boerngen@ufpr.br)

22 pages (excluding tables); 3996 words (text only); 6 tables

Short title: Screening and brief intervention for drug use in the real world

**ABSTRACT**

**BACKGROUND:** Despite the effectiveness of screening and brief intervention (SBI) for alcohol and other drugs (AOD) in research, the efficacy of S and BI is not well understood in real world.

**SETTING/PARTICIPANTS:** The present study enrolled 103 professionals (physicians, nurses, psychologists, orderlies, auxiliaries) from primary health care in three cities in Paraná, Brazil.

**DESIGN/INTERVENTION:** We trained and supervised participants in the use of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and to conduct BI to identify and intervene in AOD risky users, at the beginning of 2007. Twelve months after training, we conducted meetings in each city to show their results and comparing them to a similar previous study. We then interviewed, personally or by telephone, 20 professionals who had applied at least one ASSIST (A) and 24 professionals who did not apply any ASSIST (N) to determine the barriers they faced.

**MAIN OUTCOME MEASURES:** The barriers faced by professionals and the positive and negative points of SBI obtained by interview were written down and interpreted and codified by two researchers independently. All analysis was completed at the end of 2008.

**RESULTS:** No significant differences were found between the barriers reported by N and A. "A" professionals reported no negative points but no change in the unit after the project, suggesting that even when executing SBI, they were unmotivated when expectations were not met.

**CONCLUSIONS:** Professionals have generally positive beliefs, but improving attitudes toward drug problems is necessary. This study confirms the gap between research and real world.

**Keywords:** Implementation. Drug use prevention. Brief intervention. Alcohol Smoking and

Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Drug screening. Alcohol and other drug risky use. Primary health care system.

## BACKGROUND

Before 1970, special, often prison-like institutions were built for individuals whom were severely dependent on drugs. The effect of this type of treatment, often lasting for months or years, was difficult to document scientifically. During the 1970s, several steps were taken toward more preventive strategies that involved alcohol interventions in primary health care (PHC) settings<sup>1</sup>, but these steps were only for alcohol use and related-problems. To apply such interventions to other drugs, the World Health Organization developed the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)<sup>2-4</sup>, an instrument developed to help PHC workers identify people at risk for substance use. The screening of drug use by ASSIST followed by brief intervention (SBI) was tested in PHC settings for individuals with moderate- or high-risk substance use and was shown to be effective<sup>5</sup>. Brief intervention is a time-limited, patient-centered approach that focuses on changing behavior<sup>6</sup>.

Only 5 to 10% of those who have current alcohol or other drug-related problems seek treatment. Of those who seek PHC services for general health problems, approximately 20% have undiagnosed drug-related problems<sup>7</sup>. However, SBI for drug use risk is poorly implemented despite evidence demonstrating the efficacy of these interventions<sup>1,6</sup>.

The introduction of new health promotion services is a gradual and slow process<sup>8</sup>. Social scientists recognize that developing effective interventions is only the first step toward improving the health and well-being of populations. Translating effective programs into real world settings is a complicated, time-consuming process that requires dealing effectively with the successive, complex phases of program diffusion. These phases include how well information about a program's existence and value is supplied to communities (dissemination), whether a local organization or group decides to try the new program (adoption), how well the program is conducted during a trial period (implementation), and whether the program is maintained over time (sustainability)<sup>9</sup>.

Unfortunately, the diffusion of effective interventions typically yields diminishing returns as the process unfolds. Information about effective interventions does not adequately reach many communities, and if it does, then only some in the community become motivated enough to try it. Many innovations encounter implementation problems that diminish a program's impact, and few interventions are sustainable over time, regardless of their success during the demonstration period. These drawbacks are typical not only for drug-related issues but also with other fields<sup>10,11</sup>.

A consistent finding in health system research is that the transfer of research findings into practice is often unpredictable and complex<sup>12</sup>. Decades may pass before new practices are generally accepted, but some evidence suggests which types of implementation are most effective<sup>13</sup>. Some activities that are effective in some cultures or organizations also may not be effective in others, suggesting that implementation projects must be tailored, at least at a national level, to local needs<sup>14</sup>.

The initial phase of implementation is fundamental for the sustainability of new programs. Knowledge of the problems and difficulties faced by implementation is fundamental for strategic planning which can minimize or eliminate such barriers<sup>15</sup>.

The present study assessed the SBI implementation process for at-risk alcohol and other drug users in real world PHC settings by analyzing the difficulties faced by professionals who execute the proposal and those who do not.

## **METHODS**

### *Training of primary health care professionals*

Patients and professionals came from PHC units in three cities in the State of Paraná, Brazil, including the capital Curitiba, Sao Jose dos Pinhais, and Lapa. The criteria used for choosing these cities were to represent a metropolitan area including the capital (Curitiba), a

small city with a population under 50,000 (Lapa), and a large city with a population over 200,000 (Sao Jose dos Pinhais). Additionally, the cities were required to have Psycho-social Care Centers specializing in drug-related problems. In Lapa, the Health Secretary identified 13 professionals, with at least one from each of the 11 PHC units. In Sao Jose dos Pinhais and Curitiba, the Mental Health Coordinators identified the participants. In Sao Jose dos Pinhais, they invited all professionals from all PHC units (58 professionals from 17 units). In Curitiba, they invited only motivated professionals from all PHC units in the Cajuru District (32 professionals from 10 units). These choices from each city were made with no interference from researchers to maintain real world local health policy. Researchers conducted several meetings with local health managers to increase the motivation to adhere to the project.

Researchers from the Universidade Federal do Parana Brazil trained 103 professionals (physicians, nurses, psychologists, orderlies, nurse auxiliaries) about how to identify risky users of alcohol and other substances and how to intervene early to promote behavioral change. The 20 h training course included the following content: the main effects of alcohol and other drugs of abuse; the utility of ASSIST<sup>3</sup> to detect risky drug users; the principles of SBI and role-playing on the ASSIST and SBI procedures. The professionals were also trained in the use of the research study's formularies. According to the protocol, after training, PHC professionals would screen patients using ASSIST. Patients who scored in the ASSIST risk zone for alcohol or other drugs would be randomly assigned to receive a 20 min BI session immediately after screening (BI group) or immediately after reapplication of the ASSIST during the follow-up evaluation interview which would occur 3 months later (control group).

---

<sup>3</sup> ASSIST is a pencil and paper questionnaire with eight questions: Q 1: lifetime use; Q 2: last 3-month use; Q 3: urge to use drug; Q 4: intensity of drug-related problems; Q 5: negligence caused by drug use; Q 6: concern of others with one's drug use; Q 7: intensity of "loss of control" over drug use; Q 8: drug use by injection. When the value of the sum total of the indices obtained from Q2 to Q7 for each drug is between 4 and 26 for all other-drug except alcohol or between 11 and 26 for alcohol, "risky use" is concluded. When the score is above 27, "suggestive of dependent use" is concluded.

([http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf))



*Supervision of primary health care professionals, data collection*

The researchers supervised the professionals' practice of SBI and data collection, initially once per week, and then every other week. During the supervision sessions, the researchers discussed the use of all procedures and collected the completed formularies.

*Assessment of implementation process*

Twelve months after training, we conducted meetings in each city to show their results and the results obtained by researchers in a similar study<sup>16,17</sup>, with the goal of increasing the professionals' motivation to execute SBI in their practice. Personal and telephone interviews were then conducted to evaluate the SBI implementation process. At least five and at most 10 attempts on different dates and hours of the day were made to interview the professionals. Forty-four professionals from the three cities were interviewed; each interview lasted 10 to 20 min. The following four questions were asked: (1) What were the barriers faced? (2) What were the changes that resulted from SBI implementation in the unit? (3) What were the positive and negative points of SBI in your practice? (4) Why did you give up the study? Each professional answered the questions freely with no time limit for answering. The answers were written down by the interviewer and later interpreted and codified by two researchers independently.

The study was initiated at the beginning of 2007, and the analysis was completed at the end of 2008.

*Ethics approvals*

The ethics committee of Universidade Federal do Paraná approved the study (no. 016-06, Jan-15<sup>th</sup> 2007). All study participants signed consent forms that guaranteed anonymity.

### *Data analysis*

$\chi^2$  test was used to compare the drug use indices obtained by professionals with those obtained by researchers and to compare the number of professionals who applied at least one ASSIST with those who did not apply any ASSIST for each answer to the four questions of the interview. Yates correction and Fisher's test were used when appropriate. Values of  $p < 0.05$  were considered significant. STATISTICA 6.0 was used for all analyses.

A descriptive analysis of the number of responses from the professionals' interviews was performed after the interpretation of the content by two independent researchers<sup>18</sup>.

## **RESULTS**

To increase the professionals' motivation to execute SBI in their practice, a comparison was performed between the substance use indices obtained by the professionals and the indices obtained by researchers in a similar study<sup>16,17</sup>, in which 12 researchers screened 1188 patients. In the present study, 34 professionals applied 1156 ASSISTS in PHC settings. The professionals detected 80 patients (6.9%) with risky use of alcohol and other drugs, with the exception of tobacco, and the researchers detected 190 (16.6%). Twenty-eight patients (35%) agreed to participate in the professionals' study, and 144 patients (76%) in the researchers' study. In the 3 month follow-up interview, only three patients (11%) returned to the professionals' study, and 113 (78%) returned to the researchers' study.

Table 1 shows that the lifetime use indices obtained by the researchers were greater than those obtained by the professionals for all of the analyzed drugs ( $\chi^2_{\text{tobacco}} = 42.38$ ,  $\chi^2_{\text{alcohol}} = 256.09$ ,  $\chi^2_{\text{marijuana}} = 27.51$ ,  $\chi^2_{\text{cocaine}} = 17.81$ ,  $\chi^2_{\text{other}} = 16.91$ ,  $p < 0.001$ ;  $\chi^2_{\text{amphetamine}} = 4.47$ ,  $p < 0.05$ ). Regarding prior 3-month use, the researchers detected higher indices for alcohol ( $\chi^2 = 78.51$ ,  $p < 0.001$ ) and marijuana ( $\chi^2 = 4.16$ ,  $p < 0.05$ ), and professionals detected higher indices for other drugs ( $\chi^2 = 11.23$ ,  $p < 0.001$ ). For risky use, the researchers detected higher

indices for alcohol ( $\chi^2 = 33.71, p < 0.001$ ). When considering “suggestive of dependent use,” the researchers found higher tobacco indices ( $\chi^2 = 23.48, p < 0.001$ ), and the professionals detected higher other-drug indices ( $\chi^2 = 3.78, p < 0.05$ ).

Table 1. Comparison of the percentage of substance use patterns detected by professionals and researchers.

| Use patterns <sup>a</sup>          | Type of substance use |             |                |                |              |                    |
|------------------------------------|-----------------------|-------------|----------------|----------------|--------------|--------------------|
|                                    | Tobacco               | Alcohol     | Marijuana      | Cocaine        | Amphetamines | Other <sup>+</sup> |
| <b>Lifetime use</b>                |                       |             |                |                |              |                    |
| Researcher                         | <b>70**</b>           | <b>94**</b> | <b>22**</b>    | <b>10**</b>    | <b>6*</b>    | <b>19**</b>        |
| Professional                       | 57                    | 68.3        | 13.7           | 5.4            | 4.1          | 12.8               |
| <b>Last 3-month use</b>            |                       |             |                |                |              |                    |
| Researcher                         | 35                    | <b>64**</b> | <b>5*</b>      | 1              | 1            | <b>1.5**</b>       |
| Professional                       | 32.5                  | 45.8        | 3.3            | 1.7            | 1.0          | 3.7                |
| <b>Risky use</b>                   |                       |             |                |                |              |                    |
| Researcher                         | 15.9                  | <b>14**</b> | 5 <sup>#</sup> | 2 <sup>#</sup> | 1            | 1.4                |
| Professional                       | 16                    | 6.7         | 1.7            | 1.1            | 0.8          | 2.1                |
| <b>Suggestive of dependent use</b> |                       |             |                |                |              |                    |
| Researcher                         | <b>20.5**</b>         | 1.6         | 0.5            | 0.6            | 0            | <b>0.2*</b>        |
| Professional                       | 13                    | 2.3         | 0.3            | 0.9            | 0            | 0.7                |

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.001$ , <sup>#</sup> $p = 0.08$ . <sup>+</sup>Sedatives, hallucinogens, opioids, and inhalants. Each individual can be scored in more than one type of drug. <sup>a</sup>Different substance use patterns detected by ASSIST (see explanation as footnote in Methods). Thirty-four professionals applied 1156 ASSISTS, and 12 researchers applied 1188 ASSISTS.

Tables 2 to 6 show the professionals' answers given in the interview, codified and grouped according to content.

The professionals from Sao Jose dos Pinhais reported the main barriers to be “lack of professionals” (45% of those who did not apply any ASSIST and 63% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 0.17, p = 0.68$ ), “lack of time” (40% of those who did not apply any ASSIST and 63% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 0.43, p = 0.51$ ); “lack of physical space” (30% of those who did not apply any ASSIST and 12% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 0.23, p = 0.63$ ), and “reprisal by traffickers” (35% of those who did not apply any ASSIST and 12% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 0.53, p = 0.47$ ). In Curitiba, 25% of the professionals who did not apply any ASSIST and 71% of those who applied at least one ASSIST reported “excessive formularies to complete” ( $p = 0.20$ ). In

Lapa, 80% of those who applied at least one ASSIST reported “patients were out of the inclusion criteria.” Regardless of the reason why professionals did or did not apply the ASSIST, their reported barriers were similar (Table 2).

Table 2. Number of professionals’ answers related to the main barriers faced during implementation of SBI.

| <i>What were the barriers faced?</i>                                | <b>Lapa</b> |   | <b>Curitiba</b> |   | <b>Sao Jose dos Pinhais</b> |   | <b>Total</b> |    |
|---|-------------|---|-----------------|---|-----------------------------|---|--------------|----|
|   | N           | A | N               | A | N                           | A | N            | A  |
| <b>Related to the patient</b>                                       |             |   |                 |   |                             |   |              |    |
| No agreement to answer the questionnaire                            | -           | 2 | 0               | 1 | 0                           | 0 | 0            | 3  |
| No agreement to sign the consent                                    | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 1 | 1            | 1  |
| Embarrassment when talking about drugs                              | -           | 1 | 0               | 2 | 1                           | 1 | 1            | 4  |
| <b>Related to the structure</b>                                     |             |   |                 |   |                             |   |              |    |
| Lack of professionals   | -           | 2 | 1               | 2 | 9                           | 5 | 10           | 9  |
| The coordination did not allow time for doctors to apply the ASSIST | -           | 0 | 0               | 0 | 0                           | 1 | 0            | 1  |
| No collaboration of the team  | -           | 0 | 1               | 1 | 1                           | 0 | 2            | 1  |
| Lack of physical space  | -           | 1 | 2               | 3 | 6                           | 1 | 8            | 5  |
| Few professionals trained in the unit                               | -           | 0 | 1               | 0 | 0                           | 0 | 1            | 0  |
| <b>Related to the study</b>   |             |   |                 |   |                             |   |              |    |
| Patients out of the inclusion criteria                              | -           | 4 | 0               | 0 | 0                           | 1 | 0            | 5  |
| Excessive formularies to complete                                   | -           | 1 | 1               | 5 | 2                           | 3 | 3            | 9  |
| Reprisal by traffickers   | -           | 0 | 0               | 0 | 7                           | 1 | 7            | 1  |
| <b>Related to the professional</b>                                  |             |   |                 |   |                             |   |              |    |
| Lack of time  | -           | 2 | 2               | 3 | 8                           | 5 | 10           | 10 |
| Difficult to approach   | -           | 0 | 1               | 0 | 0                           | 0 | 1            | 0  |
| Fear of harming their relationship                                  | -           | 0 | 1               | 0 | 0                           | 0 | 1            | 0  |
| Lack of self-efficacy   | -           | 0 | 1               | 0 | 0                           | 0 | 1            | 0  |
| Abandonment of the unit   | -           | 0 | 0               | 0 | 2                           | 0 | 2            | 0  |

N, Professionals who did not apply any ASSIST (0 from Lapa; 4 from Curitiba; 20 from Sao Jose dos Pinhais).

A, Professionals who applied at least one ASSIST (5 from Lapa; 7 from Curitiba; 8 from Sao Jose dos Pinhais).

The majority of professionals, regardless of why they did or did not apply any ASSIST, reported “no changes” promoted in the unit after the implementation of SBI (Sao Jose dos Pinhais:  $\chi^2 = 1.05$ ,  $p = 0.31$ ; total:  $\chi^2 = 0.40$ ,  $p = 0.48$ ), with the exception of Curitiba, where 100% of the professionals who applied at least one ASSIST reported “no changes,” while 25% of those who did not apply any ASSIST reported the same (Fisher’s test,  $p = 0.02$ ; Table 3).

Table 3. Number of answers related to changes in the unit due to the implementation of SBI.

| <i>What were the changes resulting from SBI implementation in the unit?</i> | <b>Lapa</b> |   | <b>Curitiba</b> |    | <b>Sao Jose dos Pinhais</b> |   | <b>Total</b> |    |
|---|-------------|---|-----------------|----|-----------------------------|---|--------------|----|
|   | N           | A | N               | A  | N                           | A | N            | A  |
| Some colleagues are interested in training                                  | -           | 2 | 0               | 1  | 0                           | 1 | 0            | 4  |
| Improvement of professionals' skills  | -           | 1 | 0               | 0  | 1                           | 2 | 1            | 3  |
| Some colleagues were jealous  | -           | 0 | 1               | 0  | 0                           | 0 | 1            | 0  |
| Surprisingly, many patients were at risk                                    | -           | 0 | 1               | 0  | 0                           | 0 | 1            | 0  |
| Improvement of patient-professional relationship                            | -           | 1 | 0               | 0  | 0                           | 0 | 0            | 1  |
| Do not know   | -           | 0 | 1               | 0  | 0                           | 0 | 1            | 0  |
| No change   | -           | 1 | 1               | 7* | 18                          | 6 | 19           | 14 |

N, Professionals who did not apply any ASSIST (0 from Lapa; 4 from Curitiba; 20 from Sao Jose dos Pinhais).

A, Professionals who applied at least one ASSIST (5 from Lapa; 7 from Curitiba; 8 from Sao Jose dos Pinhais).

\* $p = 0.02$  (Fisher's test).

Table 4. Number of answers related to the positive points of the implementation of SBI.

| <i>What were the positive points of SBI in your practice?</i>              | <b>Lapa</b> |   | <b>Curitiba</b> |   | <b>Sao Jose dos Pinhais</b> |                | <b>Total</b> |   |
|--|-------------|---|-----------------|---|-----------------------------|----------------|--------------|---|
|  | N           | A | N               | A | N                           | A              | N            | A |
| <b>For the patient</b>   |             |   |                 |   |                             |                |              |   |
| Good for patients who were detected early                                  | -           | 0 | 0               | 2 | 6                           | 5              | 6            | 7 |
| Improvement of patient-professional relationship                           | -           | 0 | 0               | 0 | 2                           | 0              | 2            | 0 |
| Improvement of the patient's health  | -           | 0 | 1               | 0 | 0                           | 0              | 1            | 0 |
| Patient awareness that he/she has a problem                                | -           | 1 | 0               | 1 | 4                           | 2              | 4            | 4 |
| Good to speak about and think through the issue                            | -           | 0 | 0               | 1 | 2                           | 1              | 2            | 2 |
| Knowledge that something is being done about drug use                      | -           | 1 | 0               | 1 | 1                           | 0              | 1            | 2 |
| <b>For the professional</b>  |             |   |                 |   |                             |                |              |   |
| Give options to the patient without the need to seek specialized treatment | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 0              | 1            | 0 |
| Training was good  | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 0              | 1            | 0 |
| Awareness and trustfulness   | -           | 3 | 0               | 2 | 7                           | 0 <sup>#</sup> | 7            | 5 |
| <b>For the health system</b>   |             |   |                 |   |                             |                |              |   |
| Early detection of problems  | -           | 0 | 0               | 1 | 4                           | 1              | 4            | 2 |
| The study is not utopian; the material is good                             | -           | 1 | 0               | 0 | 2                           | 1              | 2            | 2 |
| Promotion of conversation about the issue                                  | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 0              | 1            | 0 |

N, Professionals who did not apply any ASSIST (0 from Lapa; 4 from Curitiba; 20 from Sao Jose dos Pinhais).

A, Professionals who applied at least one ASSIST (5 from Lapa; 7 from Curitiba; 8 from Sao Jose dos Pinhais).

<sup>#</sup> $p = 0.066$  (Fisher's test).

Regarding the positive points of implementing SBI, the professionals from Sao Jose dos Pinhais reported "they were aware and trustful to talk about the issue" with the patients (0% of those who did not apply any ASSIST and 35% of those who applied at least one AS-

SIST; Fisher's test,  $p = 0.066$ ). The same professionals reported that the study was “good for patients who were detected early” (30% of those who did not apply any ASSIST and 63% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 1.35$ ,  $p = 0.25$ ) and that the patients became “aware of their problem” (20% of those who did not apply any ASSIST and 25% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 0.05$ ,  $p = 0.83$ ). Professionals from Sao Jose dos Pinhais said that “early detection of problems” was a great positive point for the health system (20% of who did not apply any ASSIST and 12% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 0.01$ ,  $p = 0.94$ ). In Lapa, 60% of those who applied at least one ASSIST reported that they were “aware and trustful to talk about the issue” with the patients (Table 4).

Table 5. Number of answers related to the negative points of the implementation of SBI.

| <i>What were the negative points of SBI in your practice?</i> | <b>Lapa</b> |   | <b>Curitiba</b> |   | <b>Sao Jose dos Pinhais</b> |    | <b>Total</b> |     |
|---|-------------|---|-----------------|---|-----------------------------|----|--------------|-----|
|   | N           | A | N               | A | N                           | A  | N            | A   |
| None  | -           | 2 | 0               | 2 | 1                           | 4* | 1            | 8** |
| Excessive formularies to complete                             | -           | 0 | 2               | 1 | 6                           | 1  | 8            | 2   |
| Lack of attention to the patient's family                     | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 0  | 1            | 0   |
| It should be applied by somebody outside of the unit          | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 0  | 1            | 0   |
| Very extensive questionnaire                                  | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 0  | 1            | 0   |
| Non-conclusion of the study                                   | -           | 0 | 0               | 1 | 0                           | 0  | 0            | 1   |
| <b>For the patient</b>  |             |   |                 |   |                             |    |              |     |
| Intimidation and embarrassment                                | -           | 1 | 1               | 2 | 3                           | 2  | 4            | 5   |
| Patients lie  | -           | 1 | 0               | 2 | 1                           | 0  | 1            | 3   |
| No acceptance of the result of ASSIST                         | -           | 0 | 1               | 0 | 0                           | 0  | 1            | 0   |
| <b>For the professional</b>                                   |             |   |                 |   |                             |    |              |     |
| This evaluation is a doctor's and nurse's role                | -           | 0 | 0               | 1 | 4                           | 0  | 4            | 1   |
| Lack of a specific person to do the task                      | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 1  | 1            | 1   |
| It might be dangerous for the professional                    | -           | 0 | 0               | 0 | 0                           | 1  | 0            | 1   |
| Lack of support of their colleagues                           | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 0  | 1            | 0   |
| Questions were not direct                                     | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 0  | 1            | 0   |
| Difficulty in the completion of forms                         | -           | 0 | 1               | 1 | 0                           | 0  | 1            | 1   |
| Lack of sensitivity of the team                               | -           | 0 | 0               | 1 | 0                           | 0  | 0            | 1   |
| Reprisal by traffickers                                       | -           | 0 | 0               | 0 | 2                           | 0  | 2            | 0   |

N, Professionals who did not apply any ASSIST (0 from Lapa; 4 from Curitiba; 20 from Sao Jose dos Pinhais).

A, Professionals who applied at least one ASSIST (5 from Lapa; 7 from Curitiba; 8 from Sao Jose dos Pinhais).

\* $p = 0.02$ , \*\* $p = 0.01$  ( $\chi^2$  test).

Considering all of the professionals who applied at least one ASSIST, 40% considered no negative points of SBI implementation, while only 4% of those who did not apply any ASSIST reported the same ( $\chi^2 = 6.55, p = 0.01$ ). Similarly, the professionals from Sao Jose dos Pinhais who applied at least one ASSIST (50%) reported no negative points of SBI implementation, while only 5% of those who did not apply any ASSIST reported the same ( $\chi^2 = 5.12, p = 0.02$ ). However, all professionals from Sao Jose dos Pinhais reported that the study involved “excessive formularies to complete” (30% of those who did not apply any ASSIST and 12% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 0.23, p = 0.63$ ) and that “this evaluation is a doctor’s and nurse’s role” was reported by 20% of those who did not apply any ASSIST and 0% of those who applied at least one ASSIST ( $\chi^2 = 0.59, p = 0.44$ ; Table 5).

The reasons mentioned for giving up the study are shown in Table 6. The majority (63%) of the professionals from Sao Jose dos Pinhais who applied at least one ASSIST reported “lack of time” as the main reason, although only 25% of those who did not apply any ASSIST reported the same ( $\chi^2 = 3.50, p = 0.06$ ). The other reasons reported by the professionals from Sao Jose dos Pinhais were “lack of physical space” (20% of those who did not apply any ASSIST and 0% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 0.59, p = 0.44$ ), “lack of professionals” (40% of those who did not apply any ASSIST and 12% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 0.92, p = 0.34$ ), and “reprisal by traffickers” (25% of those who did not apply any ASSIST and 12% of those who applied at least one ASSIST;  $\chi^2 = 0.05, p = 0.83$ ). In Lapa and Curitiba, the reasons were distributed similarly throughout all professionals with no predominance.

Table 6. Number of answers related to the reasons mentioned for the cessation of the study.

| <i>Why did you give up the study?</i>                         | <b>Lapa</b> |   | <b>Curitiba</b> |   | <b>Sao Jose dos Pinhais</b> |                | <b>Total</b> |   |
|---|-------------|---|-----------------|---|-----------------------------|----------------|--------------|---|
|   | N           | A | N               | A | N                           | A              | N            | A |
| Abandonment of the unit                                       | -           | 1 | 0               | 2 | 2                           | 1              | 2            | 4 |
| Lack of physical space  | -           | 0 | 0               | 1 | 4                           | 0              | 4            | 1 |
| Position change   | -           | 0 | 0               | 0 | 0                           | 1              | 0            | 1 |
| Lack of time  | -           | 2 | 1               | 2 | 5                           | 5 <sup>#</sup> | 6            | 9 |
| Lack of collaboration of the team                             | -           | 0 | 2               | 1 | 0                           | 0              | 2            | 1 |
| Lack of time and difficulty completing the forms              | -           | 1 | 1               | 0 | 2                           | 1              | 3            | 2 |
| Bond break with the patient                                   | -           | 0 | 0               | 2 | 0                           | 0              | 0            | 2 |
| Coordinator change  | -           | 0 | 0               | 0 | 1                           | 0              | 1            | 0 |
| Lack of will and motivation                                   | -           | 0 | 1               | 2 | 1                           | 0              | 2            | 2 |
| Lack of professionals   | -           | 1 | 1               | 1 | 8                           | 1              | 9            | 3 |
| Population out of the inclusion criteria                      | -           | 2 | 0               | 0 | 1                           | 0              | 1            | 2 |
| Patient's resistance  | -           | 1 | 0               | 1 | 0                           | 0              | 0            | 2 |
| Reprisal by traffickers                                       | -           | 0 | 0               | 0 | 5                           | 1              | 5            | 1 |
| "I didn't give up; I just could not apply the questionnaires" | -           | 0 | 2               | 0 | 3                           | 0              | 5            | 0 |

N, Professionals who did not apply any ASSIST (0 from Lapa; 4 from Curitiba; 20 from Sao Jose dos Pinhais).

A, Professionals who applied at least one ASSIST (5 from Lapa; 7 from Curitiba; 8 from Sao Jose dos Pinhais).

#p = 0.06 ( $\chi^2$  test).

## DISCUSSION

The present study demonstrated the possibility of detecting risky drug users in real world situations. However, we found that researchers detected a larger number of risky users than PHC professionals. This observed difference may be explained by the possibility that the patients might have been untruthful because of patient-professional proximity and fearful of disclosures of their drug use. Ronzani et al.<sup>19</sup> suggested that the close proximity between patient and professional is not necessarily favorable for good patient-professional bonds when drugs are involved. Another explanation might be that the professionals were not able to fully apply the ASSIST and to approach the patient. We must consider that the professionals might not conduct the study as seriously as expected<sup>19</sup>.

We also found that the professionals detected a larger number of other-drug use in the last 3 months and "suggestive of dependent use." When inspecting the questionnaires, benzo-



diazepines were found to be the most mentioned of this type of substance use. Therefore, professionals may not have understood the instructions received during training regarding prescribed drugs such as amphetamines, sedatives, and pain medications such that they improperly detected individuals who were not abusing these types of substances. The instructions the professionals received were to “not record medications that are used as prescribed by their doctor” and to record only if “the patient has taken such medications for reasons other than prescription, or taken them more frequently or at higher doses than prescribed.” Future training should emphasize the use of such medications and their levels of use.

Additionally, the indices of “suggestive of dependence” obtained in both the researchers’ and professionals’ studies were smaller than those observed in epidemiological studies<sup>20</sup>. Our study did not diagnose dependence, and both researchers and professionals were guided not to screen patients who were actually dependent. Another consideration is that, at least for alcohol, heavy users did not go to PHC<sup>19</sup>.

The number of patients who did not agree to participate after the positive screening and the number of patients who gave up in the follow-up interview in the professionals’ study were greater than those observed in the researchers’ study. The patients might have become embarrassed to talk about these substances with a known professional. During the interviews, the professionals states that this is a barrier. Other researchers found that professionals sometimes fear provoking negative reactions when talking about drugs and impairing the patient-professional relationship or losing the patient’s trust<sup>21-23</sup>.

These low follow-up and acceptance indices observed in the professionals’ study highlight the importance of understanding the main barriers faced in the real world. To verify these barriers, we interviewed the professionals who did not apply any ASSIST and those who applied at least one ASSIST.

The main barriers faced by the professionals were the lack of time and lack of profes-

sionals to implement SBI. These barriers are consistent with previous studies of drug-related problems. Lack of time and overburdened professionals were important barriers to implementation cited by many authors<sup>6,8,24-26</sup>. In fact, PHC settings have other programs being developed simultaneously. Many of these programs are well consolidated, and the professionals give these high priority in their daily practice (e.g., diabetes and hypertension). To consider SBI as important as the other programs, involving the health organization system is essential<sup>19,27,28</sup>.

A discrepancy was found with a previous study in which the researchers observed that physicians with the most patient consultations were the most active in addressing alcohol issues with their patients<sup>21</sup>. This implies that time limitation may not necessarily be a barrier to alcohol and drug use prevention in PHC settings. Some professionals may prioritize other health problems to the detriment of alcohol- and drug-related problems. This observation may suggest that the main barrier is not lack of time but poor attitude of the professional concerning drug-related problems. However, “lack of time” was a barrier cited by all of the professionals, those who applied the ASSIST and those who did not apply any ASSIST, suggesting that this might be a barrier in the real world in Brazil.

The lack of physical space to ensure sufficient privacy to conduct SBI is also consistent with other authors<sup>8,19,22,25,27,28</sup>. However, “reprisal by traffickers” was specifically a Brazilian characteristic and a barrier not cited in other countries. “Reprisal by traffickers” was reported in Sao Jose dos Pinhais, which is a municipal district with a high rate of violence<sup>29,30</sup>. According to local Police, the increase in violence is directly linked to the spread of drug trafficking in the city<sup>31</sup>. However, one might suppose that the professionals used this as an excuse to not adhere to the study because this barrier was reported only by those who did not apply any ASSIST.

The other barrier cited was “the patients were out of the inclusion criteria,” which was

reported by trained professionals who were redistributed to other units where the patients did not meet the inclusion criteria. This occurrence was also observed in a similar study performed in the city of Juiz de Fora, Brazil<sup>15</sup>. The professionals' high rotation through health units is a usual occurrence in Brazil and highlights the importance of training and qualification<sup>26,27</sup>.

The barrier "excessive formularies to complete" cited by many professionals was related to the research protocol. Notably, Brazil has not yet developed structured research. This type of complaint has been reported in other studies carried out in Brazil<sup>8,19,27,28</sup>.

Another cited barrier to implementing SBI was the belief that the patient lies or does not cooperate, although this was less cited by the professionals. Other studies have demonstrated this belief by PHC professionals<sup>19,23,32-34</sup>. Although many studies have shown the reliability and validity of self-reports, at least for alcohol<sup>32</sup>, some health professionals do not believe patients tell the truth. Whether patients are truthful or not, during training the professionals are directed to provide advice about drug-related problems without concern about drug consumption level. A suggestion to overcome this barrier is to offer effective training, constant supervision, and SBI outcome feedback<sup>35</sup>.

Professionals mentioned that SBI is "good for patients who were detected early" and promotes "patient awareness that he/she has a problem," suggesting that the professionals have positive beliefs related to drug problems. Nevertheless, some professionals reported poor attitudes related to drug problems. For example, they said "the application of the questionnaires is a doctor's or nurse's role." This suggests an attempt to transfer the responsibility to another professional. Even those previously mentioned barriers may be interpreted as excuses for their unyielding attitudes. Indeed, some professionals who did not apply any ASSIST declared that they improved their "awareness and trustfulness to talk about the issue" which may demonstrate that they were trying to be nice for the coordinators of the study.

To change the professionals' attitudes and improve efficacy, some SBI strategies may be implemented: (1) the need for more intensive practical training<sup>15,19,21,27,28</sup>, (2) constant attendance to increase health care professionals' involvement<sup>36</sup>, (3) introducing methods of detection and intervention into the curricula and continuing education programs in health-related schools<sup>21</sup>, and (4) improving motivation for preventive strategies<sup>8</sup>.

Babor and Higgins-Biddle suggested that for a successful SBI implementation program, the following levels of society should be involved in dissemination strategies: (1) individual practitioners and their patients, (2) health care settings health systems, and (3) communities and the general population<sup>37</sup>. The dissemination strategies involved in the health systems include PHC managers and the official government. Some authors have reported the failure of these levels to appropriately offer support for such actions, still having their focus on acute care rather than preventive care<sup>8,15,24</sup>. A good strategy for promoting changes in health systems is to construct a solid bridge between research findings and practice. Surveying the main barriers faced during implementation and providing feedback for managers and professionals are necessary. The next step is for researchers and health professionals to build together a solid evidence-based public health policy<sup>38</sup>. The implementation of assistance proposals that do not take into account the professionals' actual situations is a common occurrence in health care. The proposals usually do not consider the professional's level of education, the difficulty in completing the program, or the professionals' suggestions for improving implementation and execution of certain programs. PHC professionals, therefore, become passive consumers of some techniques, with no criticism or adaptation to their work context<sup>26</sup>. Thus, the implementation of research findings into health care practice is generally a complex undertaking that often falls short of expectations<sup>1</sup>.

The importance of feedback regarding the study results for all involved professionals could be seen when many professionals said that "nothing changed in the unit due to the de-

velopment of the study.” This declaration was given by professionals who were executing the study such that they may be unmotivated when their expectations were unfulfilled.

Altering the organization of the health system and making managers understand the importance of prioritizing such strategies are important. Differences in the structure and organization of health services and practices are associated with different degrees of compromise among professionals and managers in relation to prevention practices and health promotion<sup>15</sup>.

The process of change is slow and at times painstaking, but this is not unique to the drug field. According to the U.S. Centers for Disease Control and Prevention, the effectiveness of handwashing, now considered to be medical science’s most important infection control technique, was scientifically demonstrated by Semmelweis in 1847. Another 50 years elapsed before handwashing became widely accepted by the medical profession, and the battle to perform this simple measure continues in hospitals and clinics around the world<sup>11</sup>. Considering that drug-related problems are stigmatizing, considerably more time may be necessary before SBI for drug problems in the real world is widely implemented.

## **CONCLUSIONS**

The present results confirm the gap between research and the real world and between alcohol and other substances. Thus, the implementation of new routines to screen for risky use of substances followed by SBI in PHC services should consider the professionals’ beliefs, and attitudes in relation to psychoactive substance consumption-related practices.

The need to constantly evaluate the impact of interventions that identify and correct drug use problems and to improve effectiveness is clear. The present study may contribute to formulating new prevention strategies related to drug use in the health services.

## ACKNOWLEDGMENTS

We thank the Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) and the Conselho de Auxilio do Pessoal de Ensino Superior (CAPES) for fellowships awarded to CRZ and VPZP, respectively. We also thank the professionals and patients involved in the study and the support of the Health Secretaries of the three cities and the state of Parana. The authors also would like to thank Dr Mike Arends for his valuable assistance with manuscript revision.

This article was written as part of an international collaborative project (Evaluating Alcohol Brief Intervention Implementation) supported by the Brazilian agency CNPq (408753/2006-4), the World Health Organization (WHO) and NIH/NIAAA-R21 AA014635. The collaborative study of implementation of screening and brief intervention in Parana was supported by Fundação Araucaria (8940/2005-06 convenio 373/2006). The authors would like to acknowledge the contributions of the WHO-ASSIST Study Group for Phase III: R. Ali (Australia), T. Babor (USA), M. Farrell (UK), M. Formigoni (Brazil), R. Humeniuk (Australia), J. Jittiwutikarn (Thailand), R.Boerngen-Lacerda (Brazil), W. Ling (USA), J. Marsden (UK), B. McRee (USA), M. Monteiro (WHO Geneva), D. Newcombe (Australia), H. Pal (India), V. Poznyak (WHO Geneva), S. Simon (USA), J. Vendetti (USA).

## REFERENCES

1. Aasland OG, Nygaard P, Nilsen P. The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2008;25:469-76.
2. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras* 2004;50:199-206.
3. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni MLOS, Jittiwutikarn J, Boerngen

- de 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* 2008;103:1039-47.
4. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002;97:1183-94.
  5. Humeniuk R. The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary health care settings: a technical report of phase III findings of the WHO ASSIST randomized controlled trial. Prepared by Humeniuk R, Dennington V, Ali R on behalf of the WHO ASSIST Phase III Study Group: Ali R, Babor T, Souza-Formigoni MLO, Humeniuk R, Boerngen de Lacerda R, Ling W, McRee B, Newcombe D, Pal H, Poznyak V, Simon S, Vendetti J. Geneva: World Health Organization, 2008.
  6. Nilsen P, Kaner E, Babor TF. Brief intervention, three decades on: an overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2008;25:453-67.
  7. Andrade TM, Ronzani TM. SUPERA: Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 1. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.
  8. Ronzani TM, Bitarello do Amaral M, Souza-Formigoni MLO, 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 Studies on Alcohol and Drugs* 2008;25:529-38.

9. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol* 2008;41:327-50.
10. Rogers EM. *Diffusion of innovations*, 5th edition. New York: Free Press, 2003.
11. Seale JP, Monteiro M. The dissemination of screening and brief intervention for alcohol problems in developing countries: lessons from Brazil and South Africa. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2008;25:565-77.
12. Graham ID, Tetroe J, KT Theories Research Group. Some theoretical underpinnings of knowledge transition. *Acad Emerg Med* 2007;14:936-41.
13. Hulscher MEJL, Wensing M, Van Der Weijden T, Grol R. WITHDRAWN: Interventions to implement prevention in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD000362.
14. Heather N, ed. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: report on phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. Geneva: World Health Organization, 2006.
15. 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 Saude Publica* 2005;21:852-61.
16. Mendes ACJ, Oliveira RT, Vianna VPT, Souza-Formigoni MLO, Boerngen-Lacerda R. Impact of early drug use detection and brief intervention in primary health care. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32(Suppl 1):188A.
17. Oliveira RT, Mendes ACJ, Vianna VPT, Souza-Formigoni MLO, Boerngen-Lacerda R. Reduction of alcohol and other drugs use after early detection and brief intervention in primary health care. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32(Suppl 1):188A.



18. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa. Colaboradores: L. Belanger, H. Nguyen; revisão: M. Girese. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1999.
19. Ronzani TM, Castro PM, Formigoni MLOS. Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agentes comunitários de saúde. *HU Rev* 2008;34:9-18.
20. Carlini EA (supervisão), et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país (2005). São Paulo: Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, 2006.
21. Holmqvist M, Hermansson U, Bendtsen P, Spak F, Nilsen P. Alcohol prevention activity in Swedish primary health care and occupational health services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2008;25:489-504.
22. Johansson K, Akerlind I, Bendtsen P. Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden. *Addict Behav* 2005;30:1049-53.
23. Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002;39:333-42.
24. Richmond R, Mendelsohn C, Kehoe L. Family physicians' utilization of a brief smoking cessation program following reinforcement contact after training: a randomized trial. *Prev Med* 1998;27:77-83.
25. Rodriguez-Martos A, Castellano Y, Salmerón JM, Domingo G. Simple advice for injured hazardous drinkers: an implementation study. *Alcohol Alcohol* 2007;42:430-5.
26. 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. 159 f. Tese (Doutorado em Psicobiologia). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 2005.
27. Gonçalves PS. Avaliação das barreiras para implementação do projeto detecção precoce e intervenção breve para o uso de risco de drogas na atenção primária a saúde em Curitiba-PR. 74f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia). Curitiba: Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, 2005.
  28. Souza-Formigoni MLO, Boerngen-Lacerda R, Vianna VPT. Implementation of alcohol screening and brief intervention in primary health care units in two Brazilian states: a case study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2008;25:553-64.
  29. Madrugada de tiroteios em Campo Largo e São José dos Pinhais. *Jornal Bem-Paraná*, Curitiba, Mai 2009.  
<http://www.bemparana.com.br/index.php?n=107878&t=madrugada-de-tiroteios-em-campo-largo-e-sao-jose-dos-pinhais>.
  30. Vellinho M. Violência persiste em São José dos Pinhais. *Jornal Paraná-online*, Curitiba, out 2008. <http://www.parana-online.com.br/editoria/policia/news/326006/>.
  31. Simon C. Índice de assassinatos explode em São José dos Pinhais. *Jornal Paraná-online*, Curitiba, mai 2003. <http://www.parana-online.com.br/editoria/policia/news/48969/>.
  32. Del Boca FK, Darkes J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction* 2003;98(Suppl 2):1-12.
  33. Organización Mundial de la Salud. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria. Valencia: Conselleria de Benestar Social, Generalitat Valenciana, 2001.
  34. Thom B, Tellez C. A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice. *Br J Addict* 1986;81:405-18.

35. Glanville J, Haines M, Auston I. Finding information on clinical effectiveness. *BMJ* 1998;317:200-3.
36. Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Wensing M, Grol R, Heather N, Saunders J, World Health Organization Brief Intervention Study Group. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey. *Alcohol Alcohol* 2003;38:597-601.
37. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 2000;95:677-86.
38. Wandersman A, Duffy J, Flaspohler P, Noonan R, Lubell K, Stillman L, Blachman M, Dunville R, Saul J. Bridging the gap between prevention research and practice: the iterative systems framework for dissemination and implementation. *Am J Community Psychol* 2008;41:171-81.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AASLAND, O. G.; NYGAARD, P.; NILSEN, P. The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol problems. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 25, n. 6, p. 469-476, 2008.
- ALMEIDA, L. M. de. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 91-96, 2005.
- ANDERSON, P.; KANER, E.; WUTZKE, S.; WENSING, M.; GROL, R.; HEATHER N. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization International collaborative survey. **Alcohol & Alcoholism**, v. 38, n. 6, p. 597-601, 2003.
- ANDRADE, T. M.; RONZANI, T. M. **SUPERA**: Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 1- O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.
- APA- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatry Association. 1994.
- BABOR, T. F.; DE LA FUENTE, J. R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. **AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care**. WHO/MNH/DAT/89.4, World Health Organization. Geneva, 1989.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. **Addiction**, v. 95, p. 677-686, 2000.
- BABOR, T. F.; KADDEN, R. M. Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? **The Journal of Trauma – Injury Infection and Critical Care**, v. 59, n. 3, p. S80-S87, 2005.
- BAHLS, F. C; BAHLS, S. C. Cocaína: origens, passado e presente. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 177-181, 2002.
- BAKER, A.; BOGGS, T. G.; LEWIN, T. J. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. **Addiction**, 96, p. 1279-1287, 2001.
- BAKER, A.; LEE, N. K.; CLAIRE, M.; LEWIN, T. J.; GRANT, T.; POHLMAN, S.; SAUNDERS, J. B.; KAY-LAMBKIN, F.; CONSTABLE, P.; JENNER, L.; CARR, V.J. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. **Addiction**, v. 100, p. 267-278, 2005.
- BALLESTEROS, J.; DUFFY, J. C.; QUEREJETA, I.; ARINO, J.; GONZÁLEZ-PINTO, A. Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic

Review and Meta-Analyses. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, v. 28, p. 608-618, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Coimbra, Lisboa, 1977.

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

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 109-117, 2008.

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

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

BRASIL. **Lei 10.167 de 27 de dezembro de 2000**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasília, 1994.

BRASIL. **Serviço social da indústria**. Projeto prevenção do uso abusivo de drogas nas empresas. Brasília, 1998.

BÜCHELE, F., COELHO, E. B. S., LINDNER, S. R. Health promotion as a strategy for the prevention of drug use. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

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

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

CARLINI, E. A.; GALDUROZ, J. C.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil**. CEBRID, São Paulo. 2001.

CEBRID- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *Ópio e morfina*. Disponível em <http://www.cebrid.epm.br>. Acesso em 05 ago 2008.

CLARCK, A. J.; LYNCH, M. E. Opioid therapy and chronic non-cancer pain. **Canadian Journal Anesthesiology** v. 50, n.1, p. 1-4, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. ; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**. Colaboradores: L. Belanger, H. Nguyen; revisão: M. Girese. 3. ed (versão em português). São Paulo: Hucitec Abrasco, 1999.

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

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. **SUPERA**: Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 4 – Intervenção breve para casos de uso de risco de substâncias. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

DEL BOCA, F. K.; DARKES, J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. **Addiction**, v. 98, p. 1-12, 2003.

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

DUNN, C. W.; RIES, R. Linking substance abuse services with general medical care: integrated, brief interventions with hospitalized patients. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 23, n. 1, p. 1-13, 1997.

DURLAK, J. A., DUPRE, E. P. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. **American Journal of Community Psychology**, v. 41, p. 327-350, 2008.

FERIGOLO, M; MEDEIROS, FB; BARROS, HM. “Éxtase”: Revisão farmacológica. **Revista de Saúde Pública** , v .32, n. 5, p. 487-495, 1998.

FERREIRA, PEM; MARTINI, RK. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 96-99, 2001.

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

FUNDERBURK, JS; MAISTO SA; SUGARMAN DE. Brief Alcohol Interventions and Multiple Risk Factors in Primary Care. **Substance Abuse**, v. 28, n. 4, p. 93-105, 2007.

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

GLANVILLE, J.; HAINES, M.; AUSTON, I. Finding information on clinical effectiveness. **British Medical Journal**, v. 317, p. 200-203, 1998.

GONÇALVES, P. S. **Avaliação das barreiras para implementação do projeto detecção precoce e intervenção breve para o uso de risco de drogas na atenção**

**primária a saúde em Curitiba-PR.** 74 f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) - Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

HEATHER, N. (Ed). WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: report on phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. **World Health Organization**, Geneva, 2006.

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

HENRY-EDWARDS, S.; HUMENIUK, RACHEL.; ALI, R. **ASSIST-Teste De Triagem Para Álcool, Tabaco E Substâncias:Guia Para Uso Na Atenção Primária À Saúde.** Souza, M. L. O.; Lacerda, R. B. de; Ronzani, T. M.; Guirro, U. B. do P. Trad e Adaptação ASSIST. Teste de Triagem para Álcool, Tabaco e Substâncias: Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde. Versão Preliminar 1.1. UNIFESP. São Paulo, 2004.

HOLMQVIST, M.; HERMANSSON, U.; BENDTSEN, P.; SPAK, F.; NILSEN, P. Alcohol prevention activity in Swedish primary health care and occupational health services. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 25, n. 6, p. 489-504, 2008.

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

HULSCHER, M. E. J. L.; WENSING, M.; VAN DER WEJDEN, T.; GROL, R. Interventions to implement prevention in primary care (Review). **The Cochrane Collaboration**, John Wiley & Sons, 2005.

HUMENIUK, R. **The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary health care settings: a technical report of phase III findings of the WHO ASSIST randomized controlled trial.** Prepared by Rachel Humeniuk, Victoria Dennington & Robert Ali on behalf of the WHO ASSIST Phase III Study Group World Health Organization 2008.

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

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

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde**. Genebra: OMS. 2004b.

IMESC. **Info Drogas**. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/tipoprev.htm>. Acesso em 11/05/2008.

JOHANSSON, K.; AKERLIND, I.; BENDTSEN, P. Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden. **Addictive Behaviors**, v. 30, p. 1049-1053, 2005.

KRANZLER, H. R.; LI, T. K. What is addiction? **Alcohol and other drugs**, v. 31, n. 1, 2008.

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

LOCK C.A.; KANER E.; LAMONT S.; BOND S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 39, n. 4, p. 333-342, 2002.

MACDERMID, J. C.; GRAHAM, I. D. Knowledge Translation: Putting the "Practice" in Evidence-Based Practice. **Hand Clinics**, v. 25, p. 125-143, 2009.

Madrugada de tiroteios em Campo Largo e São José dos Pinhais. **Jornal Bem-Paraná**, Curitiba, 16 maio 2009. Disponível em <http://www.bemparana.com.br/index.php?n=107878&t=madrugada-de-tiroteios-em-campo-largo-e-sao-jose-dos-pinhais>. Acesso em: 19/05/2009.

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

MARTIN, G.; HONS, M. A.; COPELAND, J. The adolescent cannabis check-up: Randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 34, p. 407-414, 2008.

MCLELLAN, A. T; LEWIS, D. C; O'BRIEN, C. P; KLEBER, H. D. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. **Journal of American Medical Association**, v. 284, n. 13, 2000.

MEDINA-MORA, ME. Forum: Prevention of Substance Abuse Worldwide. Prevention of substance abuse: a brief overview. **World Psychiatry**, v. 4, n. 1, 2005.

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

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. HUCITEC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2000.



NILSEN, P.; KANER, E.; BABOR, T. F. Brief intervention, three decades on. An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 25, n. 6, p. 453-467, 2008.

O'BRIEN, C. P. Drogagem e uso abusivo de drogas. In: GOODMAN & GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 543-561, 2006.

OMS. **10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco**, 07 fev 2008. Disponível em: [http://www.who.int/features/factfiles/tobacco\\_epidemic/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html). Acesso em 25/06/2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol**: un manual para la utilización en atención primaria. Valencia: Conselleria de Benestar Social, Generalitat Valenciana; 2001.

RIBEIRO, M. S.; ALVES, M. J. M.; FREITAS, P. S. C.; MARRA, A. C.; MENDONÇA, E. B.; LINHARES, F. F.; CRESPO, F. L. **Validação de instrumentos de rastreamento e estudo da prevalência do alcoolismo no hospital geral**. Relatório final do programa de bolsas de iniciação científica PIBIC/CNPq, 2001.

RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Abuso e dependência de Anfetamina, 2002. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/novas\\_diretrizes.php](http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php). Acesso em: 27/01/2008.

RICHMOND, R.; MENDELSON, C.; KEHOE, L. Family physicians' utilization of a brief smoking cessation program following reinforcement contact after training: a randomized trial. **Preventive Medicine**, v. 27, p.77-83, 1998.

RODRIGUEZ-MARTOS, A.; CASTELLANO, Y.; SALMERÓN, J. M.; DOMINGO, G. Simple advice for injured hazardous drinkers: an implementation study. **Alcohol & Alcoholism**, v. 42, n. 5, p. 430-435, 2007.

ROMANO, M; RIBEIRO, M; MARQUES, A. C. P. R. PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Abuso e dependência de Cocaína**. 2002. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/novas\\_diretrizes.php](http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php) Acesso em: 27/01/08.

RONZANI, T. M. **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**. 159 f. Tese (Doutorado em Psicobiologia) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2005.

RONZANI, T. M.; BITARELLO do AMARAL, M.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O.; BABOR, T. F. Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 25, n. 6, p. 529-538, 2008.

- RONZANI, T. M.; CASTRO, P. M.; FORMIGONI, M. L. O. S. Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agentes comunitários de saúde. **HU Revista**, v. 34, n.1, 2008.
- RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S.; AMARAL, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.
- RUBIN, R. H. **Medicine in Primary Care Approach**. 1996. Philadelphia, Saunders.
- SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). Office of Applied Studies: 1999-2000 National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services. Disponível em: <<http://www.samhsa.gov>> Acesso em: 14 jul 2008.
- SAUNDERS, J. B.; AASLAND, O. G.; BABOR, T. F.; DE, L. F.; JR., GRANT, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption, **Addiction**, v. 88, n. 6, p. 791-804, 1993.
- SCOTT, S. D.; PLOTNIKOFF, R. C.; KARUNAMUNI, N.; BIZE, R.; RODGERS, W. Factors influencing the adoption of an innovation: An examination of the uptake of the Canadian Heart Health Kit (HHK). **Implementation Science**, v. 3, n. 41, 2008.
- SEALE, J. P.; MONTEIRO, M. The dissemination of screening and brief intervention for alcohol problems in developing countries: lessons from Brazil and South Africa. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 25, n. 6, p. 565-577, 2008.
- SEGATTO, ML; PINSKY, I; LARANJEIRA, R; REZENDE, FF; VILELA, TR. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1753-1762, 2007.
- SENAD. **Prevenção - Prioridades na área de prevenção**. Disponível em [www.senad.gov.br/paginas/prevencao.htm](http://www.senad.gov.br/paginas/prevencao.htm). Acesso em 11 dez 2006.
- SENF, R. A.; POLEN, M. R.; FREEBORN, D. K.; HOLLIS, J. F. Brief Intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 13, n. 6, p. 464-470, 1997.
- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.
- SILVEIRA, C. M.; SILVEIRA, C. C.; SILVA, J. G. da.; SILVEIRA, L. M.; ANDRADE, A. G. de; ANDRADE, L. H. S. G. de. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, p. 31-38, 2008.

- SIMON, C. Índice de assassinatos explode em São José dos Pinhais. **Jornal Paraná-online**, Curitiba, 20 maio 2003. Disponível em <<http://www.paranaonline.com.br/editoria/policia/news/48969/>>. Acesso em: 19 mai 2009.
- SOUZA-FORMIGONI, M. L. O.; BOERNGEN-LACERDA, R.; VIANNA, V. P. T. Implementation of alcohol screening and brief intervention in primary health care units in two Brazilian states: a case study. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 25, n. 6, p. 553-564, 2008.
- STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO. 2002.
- STEIN, M. D.; HERMAN, D. S.; ANDERSON, B. J. A motivational intervention trial to reduce cocaine use. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 36, p. 118-125, 2009.
- STOTTS, A. L.; SCHMITZ, J. M.; RHOADES, H. M.; GRABOWSKI, J. Motivational Interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 69, n. 5, p. 858-862, 2001.
- THOM, B.; TELLEZ, C. A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice. **British Journal of Addiction**, v. 81, p. 405-418, 1986.
- TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação prática nas áreas da saúde e humanas. Vozes, Petrópolis, 2003.
- UNITED NATIONS – Office on drugs and crime. **World Drug Report**, 2007. Disponível em: <[http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR\\_2007.pdf](http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf)> Acesso em: 23/06/09.
- UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM – 1997. **World Drug Report**. New York: Oxford University Press, 1997.
- VELLINHO, M. Violência persiste em São José dos Pinhais. **Jornal Paraná-online**, Curitiba, 07 outubro 2008. Disponível em <<http://www.parana-online.com.br/editoria/policia/news/326006/>>. Acesso em :19/05/2009.
- WANDERSMAN, A.; DUFFY, J.; FLASPOHLER, P.; NOONAN, R.; LUBELL, K.; STILLMAN, L.; BLACHMAN, M.; DUNVILLE, R. SAUL, J. Bridging the gap between prevention research and practice: the Interative Systems Framework for dissemination and implementation. **American Journal Community of Psychology**, v. 41, p. 171-181, 2008.
- WHO ASSIST WORKING GROUP- Ali, R.; Awwad, E.; Babor, T.; Bradley, F.; Butau, T.; Farrell, M.; Formigoni, M.L.S.O.; Isralowitz R.; Boerngen-Lacerda, R.; Marsden, B.M.; McRee, B.; Monteiro, M.; Pal, H.; Rubio-Stipec M. & Vendetti, J. The Alcohol,

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

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

WHO Global Status Report on Alcohol. Geneva, 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf)> Acesso em: 27/01/08.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care. WHO, 1978. Disponível em: <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)> Acesso em: 27/01/08.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva, 2001.

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

ZHRADNIK, A.; OTTO, C.; CRACKAU, B.; LÖHRMANN, I.; BISCHOF, G.; JOHN, U.; RUMPF, H. J. Randomized controlled trial of a brief intervention for problematic prescription drug use in non-treatment-seeking patients. **Addiction**, v. 104, p. 109-117, 2009.

ZUARDI, A. W. History of *cannabis* as a medicine: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p.153-157, 2006.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS PACIENTES

- Dados Pessoais:

- Idade entre 18 e 50 anos;
- Endereço fixo - (fornecer endereço residencial);

- Impedimentos: (Não deveria):

- estar envolvido com questões judiciais que pudessem levá-lo a encarceramento durante os 3 meses após a entrevista inicial;
- ter comprometimento cognitivo ou disfunção intelectual;
- ter transtorno de comportamento grave ou sintomas psicóticos;
- ter tendência à violência ou comportamento agressivo;
- estar intoxicado ou em síndrome de abstinência de álcool ou outras drogas no momento da entrevista;

- estar em tratamento para o uso de álcool ou outras dependências;
- ter sido preso ou impedido de se locomover nos últimos três meses.

- Condição sine-qua-non:

- Concordar em participar do seguimento depois de 3 meses, quando retornará ao serviço de saúde para a entrevista;
- ter possibilidade de ser contatado após três meses para realização do seguimento de avaliação, fornecendo indicação de pelo menos 1 pessoa para contato;
- estar fisicamente bem para poder participar de uma sessão de 30 minutos, englobando a entrevista e a sessão de intervenção;
- Estar apto a se comunicar;

## ANEXO 2

## REGISTRO DE PARTICIPAÇÃO

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

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

AS INSTRUÇÕES ESTÃO ESCRITAS DENTRO DE RETÂNGULOS SOMBREADOS

|                   |          |                      |                      |                      |                      |         |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1.1 ENTREVISTADOR | a. n° ID | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | b. Data | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

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

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

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

|   |     |                          |                                   |
|---|-----|--------------------------|-----------------------------------|
| → | Não | <input type="checkbox"/> | <i>Pare por aqui a entrevista</i> |
| → | Sim | <input type="checkbox"/> | <i>Siga para o próximo passo</i>  |

APLIQUE O ASSIST

1.5 OS ESCORES DO ASSIST OBTIDOS PARA O PACIENTE PERMITEM INCLUI-LO NO ESTUDO ? (MARQUE COM X NO LOCAL ADEQUADO)

|   |     |                          |  |
|---|-----|--------------------------|--|
| → | Não | <input type="checkbox"/> | <i>Anexe o ASSIST preenchido e pare por aqui</i> |
| → | Sim | <input type="checkbox"/> | <i>Siga para o próximo passo</i>                 |

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

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

|   |     |                          |  |
|---|-----|--------------------------|--|
| → | Não | <input type="checkbox"/> | <i>Anexe o ASSIST preenchido e pare por aqui</i> |
| → | Sim | <input type="checkbox"/> | <i>Siga para o próximo passo</i>                 |

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

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

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

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

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

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

1.9 QUAL É O NÚMERO ID DO PACIENTE?

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Código do país       |                      | Código da droga      |                      | Número paciente      |                      |

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

|                          |                          |                       |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Controle lista de espera | <input type="checkbox"/> | → Aplique o ASSIST    |
| Grupo experimental IB    | <input type="checkbox"/> | → Aplique ASSIST & IB |

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

1.11 Hora?

1.12 Data?

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

1.13 Local?

## ANEXO 3

**ASSIST (OMS v3.0)**

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

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

## INTRODUÇÃO A SER LIDA PARA O PARTICIPANTE

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

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

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

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



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

- Se “nunca” em todos os itens da Questão 2, pule para a questão 6.
- Se “sim” para algum destes itens prossiga com as questões 3, 4 e 5 para CADA droga mencionada.

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

| 4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro? | Nunca | 1 ou 2 vezes | mensalmente | semanalmente | Diariamente/ quase todo dia |
|---|-------|--------------|-------------|--------------|-----------------------------|
|---|-------|--------------|-------------|--------------|-----------------------------|

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

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

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

| 6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <b>(PRIMEIRA DROGA, DEPOIS A SEGUNDA DROGA, ETC...)</b> ? | NÃO, nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|---|------------|--------------------------|----------------------------------|
| <b>a. produtos do tabaco</b> (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)  | 0          | 6                        | 3                                |
| <b>b. bebidas alcóolicas</b> (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)                       | 0          | 6                        | 3                                |
| <b>c. maconha</b> (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)              | 0          | 6                        | 3                                |
| <b>d. cocaína, crack</b> (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)  | 0          | 6                        | 3                                |
| <b>e. estimulantes como anfetaminas</b> (bolinhas, rebites, anfetamina, moderine, MDMA)   | 0          | 6                        | 3                                |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>f. inalantes</b> (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló) | 0 | 6 | 3 |
| <b>g. hipnóticos, sedativos</b> (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)                               | 0 | 6 | 3 |
| <b>h. alucinógenos</b> (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)   | 0 | 6 | 3 |
| <b>i. opiáceos</b> (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)   | 0 | 6 | 3 |
| <b>j. Outras</b> – especificar:   | 0 | 6 | 3 |

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

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

**ATENÇÃO: PACIENTES QUE INJETARAM DROGAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES DEVEM SER AVALIADOS A RESPEITO DO PADRÃO DE USO INJETÁVEL DURANTE AQUELE PERÍODO, PARA DETERMINAR SEUS NÍVEIS DE RISCO E O MELHOR TIPO DE INTERVENÇÃO.**

#### PADRÃO DE USO INJETÁVEL

Até uma vez por semana  
ou  
Menos de 3 dias consecutivos

#### INTERVENÇÃO SUGERIDA

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

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

Encaminhar para Avaliação complementar e tratamento mais intensivo\*

#### COMO CALCULAR O ESCORE DE ENVOLVIMENTO ESPECÍFICO PARA CADA SUBSTÂNCIA

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

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

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

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

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



## ANEXO 5

## FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

ESTUDO OMS ASSIST

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Prof<sup>a</sup>. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda (Curitiba)

**INTRODUÇÃO**

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

**RESUMO DA PESQUISA.**

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

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

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

Com o objetivo de fazer essa segunda entrevista daqui a três meses, precisamos de algumas informações detalhadas sobre como encontrá-lo(a) assim como que você indique pessoas (familiares ou amigos) que podem ser procuradas por nós, daqui a três meses, que possam nos ajudar a encontrá-lo, caso não consigamos entrar em

contato direto com você. As informações que você nos der não serão dadas a estas pessoas que você indicar.

### **CONFIDENCIALIDADE**

O seu nome não será registrado em nenhum lugar do questionário sobre drogas. Para preservar a sua identidade, você receberá um número codificado que constará do questionário com as suas respostas. Seu nome não será divulgado em qualquer publicação ou para qualquer pessoa. O seu formulário de consentimento de participação e as informações para sua localização serão mantidos em local trancado separado do questionário aplicado na entrevista.

### **RISCOS**

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

### **BENEFÍCIOS**

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

### **OBRIGAÇÕES**

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

### **OUTRAS INFORMAÇÕES**

A sua participação no estudo é totalmente voluntária. Caso escolha não participar, a qualquer momento, isto não afetará o seu atendimento neste, no momento ou no futuro. Você pode pedir esclarecimentos sobre o projeto quando quiser.

**Você pode contatar a Dra Roseli B. de Lacerda, a responsável pela pesquisa em Curitiba, caso você queira algum esclarecimento ou tenha alguma reclamação no telefone 3361-1720, da Universidade Federal do Paraná.**

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

## ANEXO 6

## FORMULÁRIO DE LOCALIZAÇÃO E REGISTRO DE SEGUIMENTO

## FORMULÁRIO DE LOCALIZAÇÃO

|                        |           |  |  |  |  |         |        |  |  |  |  |  |
|------------------------|-----------|--|--|--|--|---------|--------|--|--|--|--|--|
| 4.1 ENTREVISTADOR      | a. ID     |  |  |  |  | b. Data |        |  |  |  |  |  |
| 4.2 DETALHES DO CENTRO | a. Código |  |  |  |  |         | b. UBS |  |  |  |  |  |
| 4.3 PACIENTE           | a. ID     |  |  |  |  |         |        |  |  |  |  |  |

**POR FAVOR, LEIA O SEGUINTE PARA O PARTICIPANTE**

Como parte dessa pesquisa e programa de tratamento, é muito importante que eu possa entrar em contato com você. Daqui a três meses, precisarei contatá-lo(a) para agendar nova entrevista.

Caso aconteça de perder o contato com você por mudança de endereço ou de telefone, gostaria de poder localizá-lo(a). Se não conseguir falar com você para agendar nova entrevista gostaria de ter alguma outra pessoa que nos ajude a encontrá-lo(a). Pode ser esposo(a), amigo(a), pai ou mãe, irmão(ã) ou outro parente.

Como você vai fornecer detalhes sobre a pessoa que vai servir de contato, acho que seria importante que você a avisasse que deu seu nome. No entanto, você não precisa contar a essa pessoa detalhes do estudo, apenas diga que você está participando de uma pesquisa conosco e que um de nós poderá telefonar para saber onde encontrá-lo(a).

A informação que você vai nos dar será mantida em lugar seguro e separado das respostas do seu questionário. Será apenas usada para localizá-lo(a) para agendar nova entrevista e não será fornecida a mais ninguém. Será tudo mantido em sigilo. Além disso, não vamos contar nada sobre a pesquisa para essa pessoa que você está dando como referência, exceto que você está participando de um estudo sobre saúde.

**PESQUISADORES**

**Por favor, peça informações sobre três pessoas de contato e registre na tabela abaixo. Mais informações deverão ser coletadas caso você perceba que o paciente não tenha endereço fixo. Por favor, assegure-se que pelo menos um dos contatos não resida com o participante.**

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

**4.4 COMENTÁRIOS / OUTRAS INFORMAÇÕES**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



## FORMULÁRIO DE LOCALIZAÇÃO

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>INFORMAÇÕES NE-<br/>CESSÁRIAS</b> | <b>POR FAVOR, PREENCHA TODOS OS QUADROS – NÃO DEIXE<br/>NADA EM BRANCO (COLOQUE 'NA' SE NÃO SE APLICAR)</b> |
|--------------------------------------|---|

## 4.5 DETALHES DO PARTICIPANTE

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

## FORMULÁRIO PARA PESSOAS DE CONTATO

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>INFORMAÇÃO NECESSÁRIA</b> | <b>POR FAVOR, PREENCHA TODOS OS QUADROS – NÃO DEIXE NADA EM BRANCO (COLOQUE 'NA' SE NÃO SE APLICAR)</b> |
|------------------------------|---|

**4.6 DETALHES DO INFORMANTE 1**

|  |  |
|--|--|
| <b>a. Nome completo &amp; Relacionamento</b> |  |
| <b>b. Endereço</b>                           |  |
| <b>c. Números de telefones</b>               |  |

**4.7 DETALHES DO INFORMANTE 2**

|  |  |
|--|--|
| <b>a. Nome completo &amp; Relacionamento</b> |  |
| <b>b. Endereço</b>                           |  |
| <b>c. Números de telefones</b>               |  |

**4.8 DETALHES DO INFORMANTE 3**

|  |  |
|--|--|
| <b>a. Nome completo &amp; Relacionamento</b> |  |
| <b>b. Endereço</b>                           |  |
| <b>c. Números de telefones</b>               |  |

**INSTRUÇÕES PARA O SEGUIMENTO, CASO PRECISE DEIXAR UMA MENSAGEM.**

Que tipo de mensagem? / com quem?

|  |
|--|
|  |
|--|

## ANEXO 7

## PERFIL DEMOGRÁFICO

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

## PESQUISADORES:

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

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

**5.2 REGISTRE O SEXO COMO OBSERVADO**

1 – Masculino

2 – Feminino

**5.3 QUAL A SUA IDADE? (em anos)**

Idade em anos

**5.4 QUAL O SEU ESTADO CIVIL ATUAL?**

1 – Casado atualmente

4 – viúvo (não casado no momento)

2 – Casado informalmente (“mora junto”)

5 – Divorciado (não casado no momento)

3 – Separado (mas ainda casado)

6 – Nunca se casou

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

1 – Casa própria ou da família

4 – Abrigo

7 – Outro (especifique)

2 – Apartamento ou casa alugada

5 – Casa de recuperação

3 – Quarto

6 – Sem endereço fixo

**5.6 HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ MORA NESSE ENDEREÇO?**

Anos

Meses

**5.7 QUAL A SUA RELIGIÃO ATUAL?**

1 - Protestante

4 – Muçulmano / Islâmico

7 - Hindu

2 - Católico

5 – Ortodoxo (Cristão)

8 – Outro (especifique).....

3 - Judeu

6 - Budista

9 - Nenhuma

**5.8 A QUAL RAÇA VOCÊ JULGA PERTENCER?**

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

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

- 1 - Não      2 – Sim (especifique) .....

**5.10 QUANTOS DIAS VOCÊ ESTEVE LÁ? (não se aplica = 99)****5.11a VOCÊ JÁ FOI TRATADO PARA PROBLEMAS DE DROGAS OU ÁLCOOL? (Excluindo tabaco)**

- 1 - Não      2 – Sim

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

Anos  Meses

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

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

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

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

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



## Parte 1 – Informações Gerais sobre a Intervenção Breve

7.1 PARA QUAL GRUPO O PACIENTE FOI SORTEADO? (POR FAVOR, PREENCHA APENAS UMA DAS COLUNAS)

| COLUNA A (GRUPO IB NA 1ª ENTREVISTA)   | COLUNA B (GRUPO CONTROLE - IB NO SEGUIMENTO)   |
|--|--|
| a. Grupo de Intervenção Breve<br>(assinale ao lado) <input type="checkbox"/>   | b. Grupo Controle lista de espera<br>(assinale ao lado) <input type="checkbox"/>   |
| 7.2a DATA DA ENTREVISTA BASAL  | 7.2b DATA DA ENTREVISTA DE SEGUIMENTO  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| 7.3a REGISTRE OS ESCORES BASAIS DO ASSIST  | 7.3b REGISTRE OS ESCORES DO ASSIST NO SEGUIMENTO   |
| (i) Maconha <input type="text"/><br>(ii) Cocaína <input type="text"/><br>(iii) Estimulantes tipo Anfetamina <input type="text"/><br>(iv) Opióides <input type="text"/> | (i) Maconha <input type="text"/><br>(ii) Cocaína <input type="text"/><br>(iii) Estimulantes tipo Anfetamina <input type="text"/><br>(iv) Opióides <input type="text"/> |
| 7.4a Para qual droga a IB foi focalizada?.....   | 7.4b Para qual droga a IB foi focalizada?.....   |
| 7.5a HORA DE INÍCIO DA IB NO BASAL?  | 7.5b HORA DE INÍCIO DA IB NO SEGUIMENTO?   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (horário de 24 horas)  | <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (horário de 24 horas)  |
| 7.6a HORA DE TÉRMINO DA IB NO BASAL?   | 7.6b HORA DE TÉRMINO DA IB NO SEGUIMENTO?  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (horário de 24 horas)  | <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> (horário de 24 horas)  |
| 7.7a DURAÇÃO DA IB (MINUTOS) <input type="text"/>  | 7.7b DURAÇÃO DA IB (MINUTOS) <input type="text"/>  |

**PARTE 2. INFORMAÇÃO DETALHADA SOBRE A INTERVENÇÃO BREVE**  
**(PARA SER COMPLETADA IMEDIATAMENTE APÓS A REALIZAÇÃO DA IB)**

**7.8a** QUAIS MATERIAIS FORAM DADOS AO PACIENTE PARA ACOMPANHAR A IB? (MARQUE TODOS QUE SE APLICAM)

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

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

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

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

7.9g. Escore Total



## ANEXO 9

### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO BREVE – SEGUIMENTO

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

- Parte 1 Informações Gerais sobre a devolutiva (feedback) e orientações fornecidas
- Parte 2 Perguntas específicas sobre as orientações e a devolutiva recebidas durante a sessão com o entrevistador
- Parte 3 Perguntas específicas sobre as informações por escrito (Manual do usuário de substância)

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

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

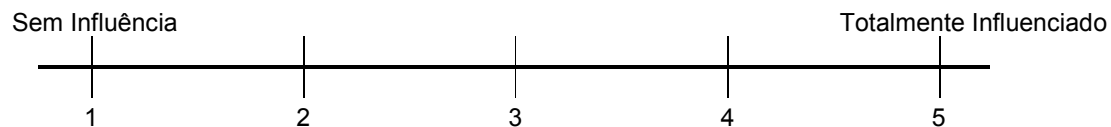
#### POR FAVOR, LEIA AO PARTICIPANTE

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

#### **Parte 1. Geral**

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

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



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

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



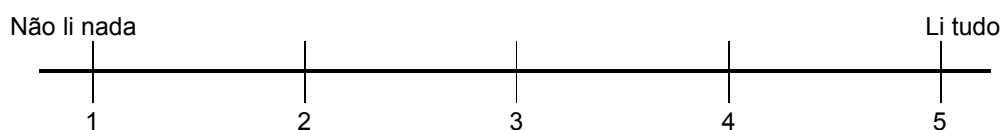
**Parte 3. Informações escritas (Veja 7.8a para este participante)**

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

→ Não  Vá para Q9.7

→ Sim  Vá para Q9.5b.

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



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

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

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

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

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

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

## ANEXO 10

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO PROJETO

*DETECÇÃO DO USO DE DROGAS E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO BREVE EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE . OMS - UFPR – SESA-PR*

Principais investigadores: Dra Roseli Boerngen de Lacerda (Investigadora responsável do Projeto ASSIST-OMS no Paraná, Departamento de Farmacologia da UFPR)

Introdução

Este é um estudo de interesse da OMS (Organização Mundial de Saúde) que será feito em vários países para aprender mais sobre as experiências das pessoas com álcool e outras drogas. Sua participação nesse estudo é inteiramente voluntária. Você pode desistir em qualquer momento. Antes de concordar em fazer parte do estudo, leia as seguintes informações cuidadosamente e sinta-se livre para fazer qualquer pergunta ao entrevistador.

Sua assinatura nesta folha de consentimento atesta que você a leu e que os seguintes pontos foram explicados até que você os entendesse. Assinando esta folha, você não está desistindo de nenhum direito legal. Sua assinatura significa que você entendeu a natureza do projeto e seu papel nele. Todas as informações que você fornecer serão confidenciais e seu nome não será divulgado a outras pessoas.

Declaração de consentimento informado

Em relação a sua participação nesta etapa do projeto, você participará de uma entrevista contendo 4 questões que será anotada e depois analisada. O conteúdo da sua entrevista poderá ser lido por você ao final da entrevista para que você autorize a sua análise. As suas informações serão úteis para o desenvolvimento do projeto geral.

Confidencialidade. Seu nome será registrado no questionário, mas as suas informações serão mantidas em sigilo por nossa equipe. Seu nome não aparecerá em nenhuma publicação nem será fornecido para ninguém. .

Obrigações do profissional. Sua obrigação neste estudo é responder o questionário contendo 4 questões.

Outras informações. Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Ao escolher não participar deste projeto, seu trabalho não será prejudicado. Se você tiver alguma dúvida sobre este estudo ou sua participação nele, você pode entrar em contato com a Dra. Roseli Boerngen de Lacerda, pelo telefone 3361-1720 (horário comercial).

Por favor, sinta-se livre para perguntar sobre detalhes a respeito dos quais você tenha dúvidas. Analise bem esta folha de consentimento antes de concordar em participar. Fique à vontade para refletir sobre sua participação.

Autorização. Eu, abaixo assinado, entendi as explicações acima e aceito participar voluntariamente deste projeto de pesquisa.

---

 Nome do profissional




---

 Assinatura do profissional

Data:

## ANEXO 11

## APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

|  |  |   |
|--|--|---|
|   | Ministério da Educação<br>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ<br>Setor de Ciências Biológicas<br>Comitê Setorial de Ética em Pesquisa |  |
| <p>Projeto: <b>“Detecção do uso de drogas e avaliação do impacto de uma intervenção breve em serviços de atenção primária à saúde”</b></p>   |  |   |
| <p>Pesquisador: <b>Profa. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda</b></p>  |  |   |
| <p>Departamento: <b>Departamento de Farmacologia</b></p>   |  |   |
| <p>Data de entrada no CEP-Biológicas: <b>21/08/2006</b></p>  |  |   |
| <p>Registro CEP-Biológicas: <b>016-06</b></p>  |  |   |
| <p>Curitiba, 15 de janeiro de 2007</p>   |  |   |
| <p>Prezada Profa. Dra. Roseli Boerngen de Lacerda</p>  |  |   |
| <p>Em relação ao projeto acima, venho informá-la de que este foi avaliado pelo CEP-Biológicas, estando de acordo com a Declaração de Helsinque (e suas atualizações) e com a resolução 196/96 do CNS (e resoluções complementares), tendo sido aprovado pelo comitê.</p>   |  |   |
| <p>Ressalto que, de acordo com a resolução 196/96 que: (a) o pesquisador deve comunicar a este comitê qualquer alteração no protocolo experimental ou no termo de consentimento (nestas circunstâncias a inclusão deve ser temporariamente suspensa até análise do CEP das modificações propostas); (b) comunicar imediatamente ao CEP qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; (c) os dados individuais de todos os indivíduos devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria; (d) apresentar relatório parcial em julho de 2007.</p> |  |   |
| <p>Contando com sua compreensão e apoio, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos, atentamente</p>  |  |   |
| <p>Grato pela atenção dispensada, cordialmente,</p>  |  |   |
| <p><br/>         Roberto Andreatini<br/>         Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa<br/>         Setor de Ciências Biológicas da UFPR<br/>         randreatini@ufpr.br<br/>         Fone: 3361 1716</p>   |  |   |