

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00059984D19



Secretaria Nacional
de Políticas sobre Drogas

Gabinete de Segurança
Institucional



616.7822
S63P
V.4
DEP. LEGAL

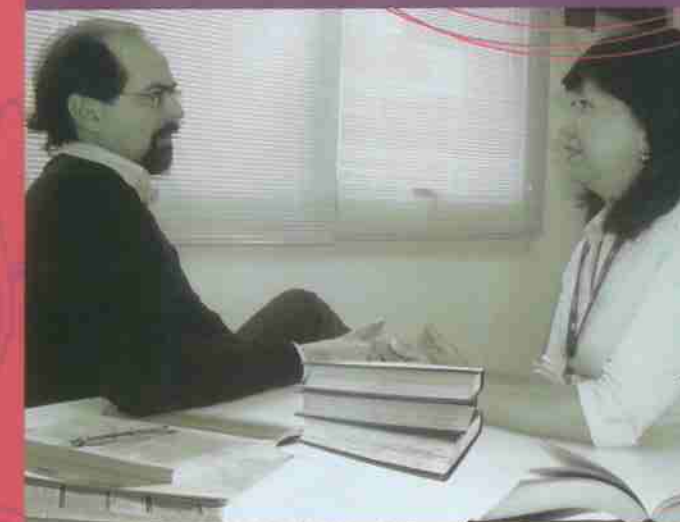
EAD

Supera

Intervenção Breve
para casos de uso de
risco de substâncias
psicoativas

4

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 psicoativas

01. Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo
02. Como motivar usuários de risco
03. Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos
04. Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações
05. A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?
06. Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves
07. As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Gabinete de Segurança Institucional
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas: módulo 4

Coordenação do módulo Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Brasília
2008

1154302
615.7822
5630
V.4
Dep legal.

MJ - BIBLIOTECA

Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas: módulo 4

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Vice-Presidente da República
José Alencar Gomes da Silva

Ministro Chefe do Gabinete de Segurança Institucional
Jorge Armando Felix

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas
Paulo Roberto Yog de Miranda Uchôa



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Gabinete de Segurança Institucional
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

**Intervenção Breve para casos de uso de risco de
substâncias psicoativas: módulo 4**

Coordenação do módulo Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Brasília
2008

1154302

615.7822

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

© 2008 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, Departamento de Psicobiologia, Departamento de Informática em Saúde - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.
Disponível em: CD-ROM
Disponível também em: <<http://www.supera.org.br/senad>>
Tiragem desta edição: 5.500 exemplares
Impresso no Brasil/ Printed in Brazil
Edição: 2008

Planejamento visual e gráfico: Laboratório de Educação a Distância do Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD
Esplanada dos Ministérios - Bloco "A" - 5º andar - sala 523 - CEP 70050-903
Brasília - DF www.senad.gov.br
Unidade de Dependência de Drogas (UDED) - Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Rua Napoleão de Barros, 1038 - Vila Clementino - 04024-003 - São Paulo . SP
Linha direta SUPERA - Fone/Fax: 0800 770 1757
Homepage: www.supera.org.br/senad e-mail: faleconosco@supera.org.br

Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas:
161 módulo 4 / coordenação do módulo Denise De Micheli, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni . - Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

78 p. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação geral Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

ISBN 978-85-60662-11-1

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias/prevenção e controle I. De Micheli, Denise II. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira III. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza IV. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. V. Série.

CDD - 615.7883

SUMÁRIO

Objetivos de ensino	1
CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo	2
Um pouco de história	2
Triagem do uso de drogas	4
Princípios da Intervenção Breve	4
Bibliografia consultada	9
Atividades	10
CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco	12
Introdução	12
Estágio 1: Pré-Contemplação	13
Estágio 2: Contemplação	13
Estágio 3: Preparação	14
Estágio 4: Ação	15
Estágio 5: Manutenção	15
O que é preciso para o paciente mudar seu comportamento?	16
Bibliografia Consultada	19
Atividades	20
CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos	21
Introdução	21
Escolhendo a substância de maior preocupação	22
Depois de avaliar o paciente (detecção pelos instrumentos de triagem) como dar o RETORNO (Feedback) dos resultados?	22
Retorno e informação para usuários de baixo risco	24
Intervenção Breve para usuários na faixa de uso de risco	25
Bibliografia Consultada	31
Atividades	32
CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações	33
Intervenção Breve para adolescentes usuários de substâncias	33
Por que considerar a Intervenção Breve	34
Intervenção Breve para usuários de drogas injetáveis (UDIs)	37
Intervenção Breve para POPULAÇÃO DE RUA	44
Bibliografia Consultada	46
Atividades	47
CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?	49
Introdução	49
O que a Intervenção Breve tem a ver comigo profissional de UBS?	51
A Intervenção Breve pode ser um instrumento para a Educação em Saúde?	51
Como Implantar a Intervenção Breve na minha UBS?	54
O que você ganha em aplicar a Intervenção Breve?	55
Bibliografia consultada	56
Atividades	57

CAPÍTULO 6: Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves	58
Introdução	58
Estudos realizados em outros países	59
Estudo da relação custo-benefício	59
Custos e benefícios do Projeto TrEAT	60
Bibliografia consultada	62
Atividades	63
CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas	64
Um Pouco de História	64
Aproximação da "vida real"...	68
Resultados parciais do projeto ASSIST	71
Bibliografia Consultada	77
Atividades	78

Objetivos de ensino

Ao final do módulo, os participantes do curso deverão estar aptos a:

- Reconhecer os aspectos históricos e teóricos da Intervenção Breve;
- Enumerar os princípios básicos da Intervenção Breve;
- Caracterizar motivação e descrever o processo de implementação de mudanças;
- Identificar estratégias adequadas de Intervenção Breve para usuários de diferentes drogas específicas;
- Identificar estratégias adequadas de Intervenção Breve para diferentes populações de usuários;
- Descrever as condições de aplicação da Intervenção Breve na UBS;
- Identificar a efetividade e caracterizar a relação custo-benefício na Intervenção Breve;
- Enumerar experiências de Intervenção Breve realizadas no Brasil.



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

CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

A **Intervenção Breve (IB)** para abordagem do uso de álcool e outras drogas tem conquistado espaço entre os profissionais de saúde de diferentes formações. Ainda não é tão utilizada quanto necessário, devido à falta de capacitação desses profissionais, embora como você verá adiante, o treinamento nesta técnica seja muito simples. Na verdade, você chegará à conclusão de que muitas vezes já realizou “intervenções breves”, de uma forma intuitiva, usando sua experiência profissional e sua experiência de vida.

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

Tópicos

1. Um pouco de história
2. Triagem do uso de drogas
3. Princípios da Intervenção Breve

Um pouco de história

A técnica de **Intervenção Breve (IB)** foi proposta como uma abordagem terapêutica para usuários de álcool, em 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores, no Canadá. Refere-se a uma estratégia de intervenção bem estruturada, focal e objetiva, que utiliza procedimentos técnicos, permitindo estudos sobre sua efetividade. Um objetivo importante da IB é ajudar no desenvolvimento da **autonomia** das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas. Originalmente, a IB foi desenvolvida a partir da necessidade de uma atuação precoce junto a pessoas com histórico de uso prejudicial de álcool e/ou drogas, incentivando-as a parar ou reduzir o consumo das drogas (Neumann, 1992). No entanto, ela pode ser utilizada em outros contextos e com outras populações, como em ambulatórios de diabéticos ou hipertensos.



Nota

Autonomia: é a capacidade que o indivíduo tem de cuidar de si mesmo de forma independente.

Um fator capaz de explicar o crescente interesse por esta forma de intervenção é o resultado, na medida em que os obtidos com tratamentos intensivos não são superiores aos de abordagens mais breves. Como você verá adiante, os custos de um tratamento devem ser justificados pelo benefício que ele traz, ou seja, a relação custo/benefício dos tratamentos mais intensivos justifica a procura por novas formas de tratamento, menos custosas e mais efetivas, como as intervenções breves (Neumann, 1992).

SAIBA QUE:

A IB pode ser realizada por profissionais com diferentes tipos de formação, como: médicos, psicólogos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, agentes comunitários e outros profissionais da saúde.

CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni



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

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

- prevenir ou reduzir o consumo de álcool e/ou outras drogas, bem como os problemas associados;
- orientar, de modo focal e objetivo, sobre os efeitos e consequências relacionados ao consumo abusivo.



Nota

Prevenção primária: no caso de uso abusivo de substâncias, refere-se à intervenção junto à população antes da existência do primeiro contato com a droga; seu objetivo é impedir ou retardar o início do consumo de drogas.

Prevenção secundária: intervenção realizada após o primeiro contato com a droga já ter ocorrido; seu objetivo é evitar a progressão do consumo e minimizar os prejuízos relacionados ao uso.

A IB pode durar desde 5 minutos, na forma de orientação breve, até 15 a 30 minutos. Por essa razão, ela deve ser **FOCAL** (focando na problemática principal) e **OBJETIVA**.

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

Casos graves (dependentes) devem ser encaminhados para serviço especializado porque, em geral, esses indivíduos apresentam uma gama enorme de problemas relacionados ao uso de drogas e uma intervenção breve não seria capaz de contemplar muitos aspectos, que poderiam ser importantes (Babor & Higgins-Biddle, 2000; WHO, 1996).

CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo
Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Triagem do uso de drogas

O 1º PASSO no processo de Intervenção Breve

Como você já sabe, a triagem inicial do uso de álcool e/ou outras drogas é uma forma simples de identificar pessoas que fazem uso dessas substâncias. Além disso, fornece ao profissional de saúde informações para planejar a intervenção de modo direcionado às necessidades do paciente, considerando os riscos e problemas relacionados ao uso da substância. Vários estudos indicam que o feedback (isto é, o retorno das informações ou devolutiva) ao paciente, a partir da triagem inicial, pode estimulá-lo e motivá-lo a considerar a mudança de seu comportamento de uso da droga (Miller & Rollnick, 1991).

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



Para recordar, volte ao Módulo 3: Capítulos 2 e 3

Princípios da Intervenção Breve

Miller e Sanchez (1993) propuseram alguns elementos essenciais ao processo de Intervenção Breve. Esses elementos têm sido reunidos usando a abreviação **FRAMES** (que em inglês significa “moldura”, enquadramento, ou seja, você irá “enquadrar” os seus procedimentos neste esquema).

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

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

1. F (feedback): Triagem ou Avaliação do uso de substância e devolutiva ao paciente - nesta primeira etapa, avalia-se o consumo de álcool e/ou drogas e problemas relacionados a esse consumo, por meio de instrumentos padronizados. Após esta avaliação, o paciente recebe um retorno ou “feedback” sobre os riscos presentes em seu padrão de consumo. Isso poderá servir também de ponto de partida para convidar o paciente a receber sua intervenção.

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

CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo
Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni



Feita esta introdução o segundo passo é

2º PASSO

2. R (responsibility): Responsabilidade e Metas

Nessa etapa, será realizada uma “negociação” entre o profissional e o paciente, a respeito das metas a serem atingidas no tratamento, nos casos de consumo moderado (para usuários de drogas lícitas, sem diagnóstico de dependência e que desejarem tentar esta meta) ou abstinência da substância (para usuários de drogas ilícitas ou com dependência já estabelecida).



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

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

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

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

SAIBA QUE:

Vários autores relatam que esta percepção de “responsabilidade” e “controle da situação”, por parte do paciente, pode ser um elemento motivador para a mudança de comportamento e quebra de resistência (Ockene et al., 1988; Miller, 1985, 1991).

CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

3º PASSO

3. A (advice): Aconselhamento

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

Ofereça ao paciente material informativo sobre o uso de substâncias.

É muito importante relacionar os problemas atuais, relatados pelo paciente, com seu uso de substâncias. Algumas vezes o paciente não percebe que é o uso de álcool ou drogas que está afetando seriamente sua saúde, como no caso de úlceras gástricas e uso de álcool, enfisema e uso de tabaco, maconha e problemas de memória, etc. Por isso, é importante que você saiba relacionar os principais problemas causados e os tipos de droga.



Se necessário, consulte o Módulo 2

4º PASSO

4. M (menu of options): Menu de opções de estratégias para modificação do comportamento (reduzir ou parar o consumo)

Nesta etapa, o profissional busca identificar, junto com o paciente, as situações de risco que favorecem seu consumo de substâncias, tais como: **onde ocorre** o uso, em **companhia** de quem ou em que **situações** (sociais ou de sentimentos pessoais). Por meio desta identificação, o profissional orienta o paciente no desenvolvimento de habilidades e estratégias para evitar ou lidar de outra forma com essas situações de risco.

LEMBRE-SE

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

CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

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

- Sugira que o paciente faça um diário sobre o seu uso de substância, registrando, por exemplo: onde ele costuma usar, em que quantidade, em companhia de quem, por qual razão, etc. Isto ajudará a identificar as possíveis situações de risco;
- Identifique, junto com o paciente, outras atividades que possam substituir o uso de drogas. É importante que sejam atividades que possam lhe trazer prazer, como: praticar atividade física, tocar um instrumento, ler um livro, passear com pessoas não usuárias etc.;
- Disponibilize informações sobre ajuda especializada, se for este o caso. Ou ajude-o a refletir sobre as coisas de que gosta, além do uso da substância. Se ele não souber, ou demonstrar dificuldade, use essa situação como argumento para estimulá-lo a se conhecer melhor, a descobrir coisas novas, novos interesses. Procure ter sempre à mão opções gratuitas de lazer, dos mais diferentes tipos, como: atividades esportivas, apresentações de música, oficinas de artesanato, etc. Converse com a assistente social ou pessoas da comunidade sobre essas ofertas;
- Descubra algo que o paciente gostaria de ter e sugira que ele economize o dinheiro que gastaria com drogas para adquirir aquele bem. Faça as contas com ele de quanto ele gasta. Por exemplo: um fumante que gaste R\$ 2,50 por dia com cigarros, em um mês economizaria R\$ 75,00 e, em 6 meses, R\$ 450,00, o suficiente para comprar uma TV nova. Cálculos simples como este podem ajudá-lo a perceber o prejuízo financeiro ao qual se sujeita, além dos problemas de saúde.

5º PASSO

5. E (empathy): empatia

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

6º PASSO

6. S (Self-efficacy): auto-eficácia

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

LEMBRE-SE

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

CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo
Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Dicas para a realização de uma boa Intervenção:

1. Evite usar rótulos, jargões, como: alcoólatra, maconheiro, drogado etc. Isto só intimida e envergonha o paciente, dificultando o estabelecimento do vínculo necessário para uma boa intervenção,
2. Procure fazer perguntas abertas, como: "me fale mais sobre seu consumo de maconha...",
3. Procure fazer a chamada Escuta Reflexiva, que é um modo de demonstrar o entendimento do que o paciente lhe diz. Por exemplo: "você está querendo me dizer que o seu consumo está causando problemas em seu trabalho?" ou "Se eu entendi bem, você disse que costuma beber grandes quantidades quando está com seus amigos de trabalho...". Isto evita que o paciente negue alguma afirmação já feita, mencionando que não foi isto que ele quis dizer, ou que você entendeu errado,
4. Procure demonstrar sensibilidade e empatia, sendo sempre receptivo às questões abordadas pelo paciente,
5. Procure aumentar a consciência do paciente sobre os benefícios relacionados a sua mudança de comportamento. Mostre a ele que as coisas podem melhorar, mas que isso depende principalmente de um posicionamento dele (responsabilidade). Reforce sua liberdade de escolha,
6. Sempre encoraje o paciente e reforce sua auto-eficácia (self-efficacy), em relação aos comportamentos que ele gostaria de mudar. Diga que você confia nele, que acredita em sua capacidade de mudar,
7. Preste atenção à comunicação não-verbal do paciente, ou seja, se ele parece agitado, inquieto, nervoso etc.

LEMBRE-SE:

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

- percebem que o uso de substância é responsável por seus problemas,
- acreditam que as coisas podem melhorar,
- acreditam que podem ou conseguem mudar,
- relacionam seus problemas ao uso de substâncias.

CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo
Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Bibliografia consultada

1. BABOR, T.F. & HIGGINS BIDDLE, J.C. (2000) Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95: 677-686.
2. DeMICHELI, D. & FORMIGONI, M.L.O.S. (2000). Screening of drug use in a teenage brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). *Addictive Behaviors*, 25(5): 683-691.
3. FLEMING, M. & MANWELL, L.B. (1999). Brief Intervention in Primary Care Settings: A primary treatment method for at-risk, problem and dependent drinkers. *Alcohol Research & Health*, 23 (2): 128-137.
4. KAHAN, M., WILSON, L., BECKER, L. (1995). Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(6): 851-859.
5. MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
6. MILLER, W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98 (1): 84-107.
7. MILLER, W.R.; SANCHES, V.C. (1993) Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G.; ed. *Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
8. MOYER, A., FINNEY, J., SWEARINGEN, C., VERGUB, P. (2002). Brief Interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction*, 97:279-292.
9. NEUMANN, G.B.R. (1992) Intervenção Breve. In: *A Intervenção Breve na Dependência de Drogas- A Experiência Brasileira*. Ed. Contexto.
10. OCKENE, J.K.; QUIRK, M.E.; GOLDBERG, R.J.; KRISTELLER, J.L.; DONNELLY, G.; KALAN, K.L.; GOULD, B.; GREENE, H.L.; HARRISON-ATLAS, R.; PEASE, J. (1988). A residents' training program for the development of smoking intervention skills. *Archives of Internal Medicine* 148 (5): 1039 -1045.
11. WILK A., JENSEN, N., HAVIGHURST, T. (1997) Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12:274-283.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996). Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health* 86: 948-955.

CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo
Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni**Atividades****Reflexão**

Reflita sobre o que é preciso para que a Intervenção Breve seja praticada em seu serviço. Estruture/planeje a utilização da IB em seu local de trabalho. Reflita sobre eventuais dificuldades ou obstáculos, considerando:

1. O que você pensa a respeito da técnica de Intervenção Breve?
2. Quais são os elementos-chave para fazer a Intervenção Breve?
3. Por que a Intervenção Breve não é indicada para casos de dependência grave de substâncias?
4. Como deve ser a postura do profissional ao abordar o paciente usuário de substâncias psicoativas?
5. O que é necessário para que o profissional faça uma boa intervenção breve?
6. Qual o primeiro passo antes de iniciar as etapas da Intervenção Breve?
7. Do seu ponto de vista, é viável a implantação desta técnica em seu serviço de saúde? Tanto em caso positivo, quanto em caso negativo, justifique.

**Teste seu conhecimento**

1 -) Como deve ser a postura do profissional, ao abordar o paciente usuário de substâncias psicoativas?

- a) O profissional deve mostrar toda a sua experiência e conhecimento no assunto, a fim de conquistar a confiança do paciente
- b) O profissional deve mostrar toda a sua experiência e conhecimento no assunto, demonstrando autoridade sobre o paciente
- c) O profissional deve demonstrar sensibilidade e empatia, a fim de motivar o paciente à mudança de comportamento
- d) Nenhuma das anteriores

2 -) Qual o primeiro passo, antes de iniciar as etapas da Intervenção Breve?

- a) Fazer um contrato com paciente é o primeiro passo, antes de iniciar a intervenção breve
- b) Fazer uma triagem é o primeiro passo, antes de iniciar a intervenção breve
- c) Conversar com a família e estabelecer limites para o paciente é o primeiro passo, antes de iniciar a intervenção breve
- d) Nenhuma das anteriores

3 -) A Intervenção Breve é:

- a) Uma estratégia de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente
- b) Uma estratégia de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento da família do paciente
- c) Uma estratégia de atendimento sem limites de tempo, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente
- d) Nenhuma das anteriores

CAPÍTULO 1: Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo
Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

4 -) Uma das razões que explica o crescente interesse de diversos profissionais de saúde em relação à utilização da intervenção breve é:

- a) O fato de os resultados obtidos com tratamentos intensivos não terem demonstrado superioridade, quando comparados com abordagens breves
- b) O fato de os resultados obtidos com tratamentos intensivos terem demonstrado superioridade, quando comparados com abordagens breves
- c) O fato de os resultados obtidos com as abordagens breves não terem demonstrado superioridade, quando comparados com tratamentos intensivos
- d) Nenhuma das anteriores

CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

"Se você tratar um indivíduo como ele é, ele permanecerá assim. Mas se você tratá-lo como se ele fosse o que deveria e poderia ser, ele se tornará o que deveria e poderia ser."

Johann Wolfgang von Goethe

Tópicos

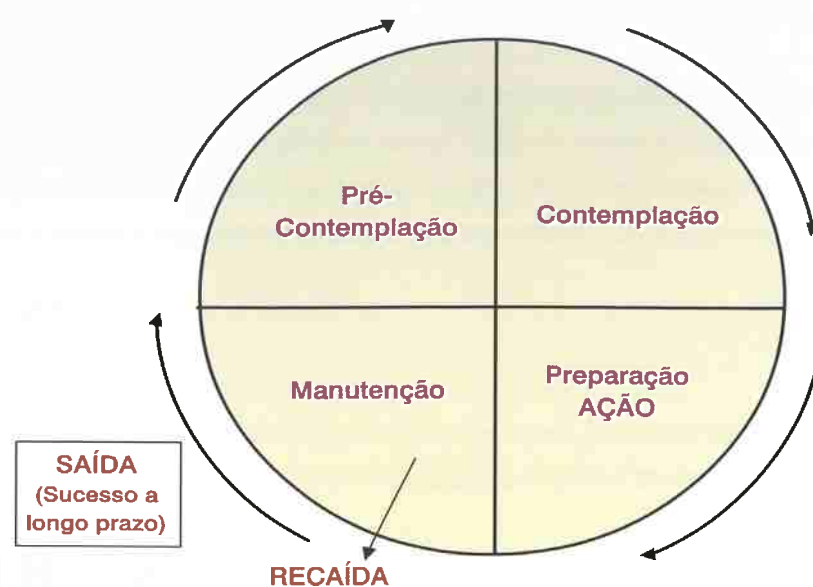
1. Introdução
2. Estágios: 1, 2, 3, 4 e 5
3. O que é preciso para o paciente mudar seu comportamento?

Introdução

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

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

Modelo de mudança



CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Estágio 1: Pré-Contemplação

Não pensando na possibilidade de mudança

Neste estágio se encontram-se os pacientes que não consideram que o uso que fazem de álcool e/ou outras drogas lhes traga algum problema. Muitas pessoas atendidas na atenção primária se encontram neste estágio.

Poderíamos dizer, em geral, que indivíduos neste estágio:

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

O que fazer:

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

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

Estágio 2: Contemplação

Pensando na possibilidade de diminuir ou parar o uso

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

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

O que fazer:

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

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

Lista de prós e contras do uso de drogas

PRÓS (Vantagens)	CONTRAS (Desvantagens)



CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

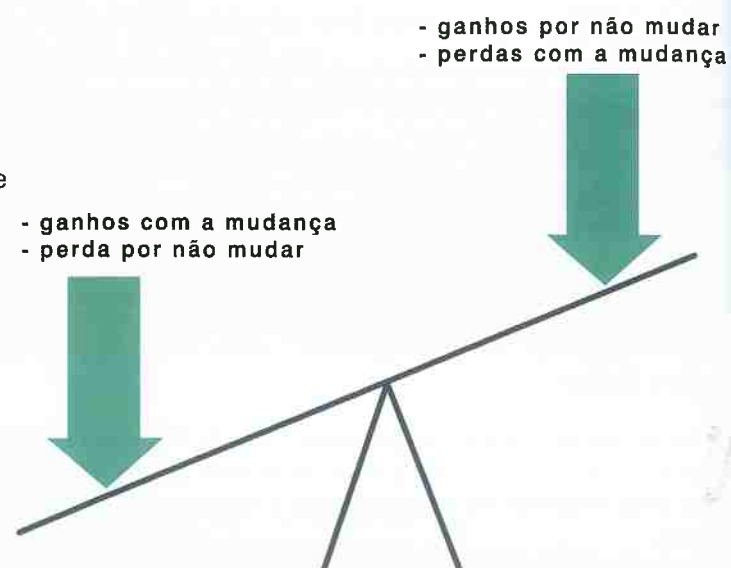
Balança de Decisão

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

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

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

As mudanças serão mais prováveis desde que as razões para a mudança pesem mais do que as razões para continuar na mesma situação (**Veja na figura ao lado**)



Estágio 3: Preparação

Desenvolvendo um plano ou estratégias para a mudança de comportamento

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

O que fazer:

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

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

CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Estágio 4: Ação

Colocando em prática a mudança de comportamento

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



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

Estágio 5: Manutenção

Mantendo o novo comportamento

Realizar uma mudança não garante que ela será mantida.

Durante este estágio, o desafio é manter a mudança obtida e evitar a recaída. Neste estágio, o paciente estará tentando manter o comportamento mudado e para isto necessita ser continuamente reforçado e encorajado.

O QUE FAZER: fortaleça e encoraje o paciente, elogiando o sucesso da mudança de comportamento e reforçando as estratégias para evitar as situações de risco de recaída ou, até mesmo, ajudando-o a se recuperar de uma pequena recaída.

RECAÍDA: deslizes e recaídas são normais e até esperados, quando o paciente busca mudar seu padrão de comportamento. Em geral, quando os pacientes recaem, eles voltam ao estágio anterior: pré-contemplação, contemplação ou ação.



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

LEMBRE-SE

A sua atuação dependerá do estágio em que se encontra o paciente.

CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Relembrando os ESTÁGIOS DE MUDANÇA...

Estágios	O que você DEVE FAZER
Pré-contemplação	- Forneça ao paciente informações claras sobre os riscos que envolvem o uso de drogas - Incentive-o a pensar nos riscos relacionados ao seu uso de substâncias - Encoraje-o a pensar na possibilidade de diminuição ou interrupção do uso
Contemplação	- Forneça ao paciente informações claras sobre os riscos que envolvem o uso de drogas - Orienta-o sobre possíveis estratégias para diminuir ou parar o consumo - Incentive-o a falar sobre as vantagens e desvantagens de seu uso
Preparação	- Ajude o paciente a desenvolver um plano para a mudança de comportamento - Identifique, junto com o paciente, as dificuldades que podem surgir durante o processo de mudança de comportamento e estabeleça estratégias para que ele possa enfrentá-las (estratégias de enfrentamento)
Ação	Encoraje o paciente a colocar em prática os planos para a mudança de comportamento
Manutenção	- Elogie o paciente pelo sucesso da mudança de comportamento - Reforce as estratégias de enfrentamento para prevenir a recaída
Recaída	- Identifique, junto com o paciente, as situações de risco relacionadas à recaída (ex: onde ele usou, com quem, o que o motivou a usar) - Estabeleça estratégias de enfrentamento para as novas situações de risco identificadas nesta etapa - Reforce e fortaleça as estratégias de enfrentamento anteriormente estabelecidas - Encoraje o paciente a recomeçar

O que é preciso para o paciente mudar seu comportamento?

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

O modelo de estágios de mudança discutido anteriormente é uma forma de entendimento de como um paciente se torna pronto e disposto para realizar a mudança de seu comportamento de uso da substância. Estar pronto e disposto a reduzir ou parar o uso está relacionado à importância dada pelo paciente para a sua mudança. **Porém, pensar em mudar é importante, mas nem sempre é suficiente** para que uma pessoa passe para a fase de ação.

SAIBA QUE:

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

CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Abordagens Motivacionais: como motivar o paciente a mudar seu comportamento

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

Na entrevista motivacional, o profissional não assume um papel autoritário e sim busca criar um clima positivo e encorajador. **A responsabilidade pela mudança é deixada para o paciente.**

LEMBRE-SE

Os pacientes são livres para aceitar ou não nossas sugestões!

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

1. Expressar empatia:

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

2. Desenvolver discrepância:

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

3. Evitar a confrontação:

A todo o momento você deve evitar confrontar diretamente o paciente. Abordagens deste tipo nada mais fazem do que tornar o paciente resistente à intervenção. Coloque seus argumentos de modo claro, mas sempre convidando o paciente a pensar sobre o assunto.

4. Lidar com a resistência do paciente:

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

CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

5. Fortalecer a auto-eficácia do paciente:

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

LEMBRE-SE

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

CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Bibliografia Consultada

1. Miller RW & Rollnick S. (2001) Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamentos. Ed. Artmed, Porto Alegre.
2. Prochaska, J.A., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviour. American Psychiatry. 47:1102-1114.
3. Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde. Versão brasileira. Organização Mundial de Saúde, 2004.



CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco

Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Atividades

Reflexão

Refleta sobre sua atuação junto ao paciente e como ela poderia ser melhorada, a partir das técnicas que vimos até agora. Experimente colocá-la em prática em sua rotina e escreva como foi essa experiência para você.

Teste seu conhecimento

1 -) Qual o procedimento mais adequado ao profissional ao atender um paciente em estágio de contemplação?

- a) O profissional deve fortalecer a auto-estima do paciente e estimulá-lo a pensar sobre os benefícios da mudança de comportamento
- b) O profissional deve usar sua autoridade e sua experiência para mostrar ao paciente os benefícios da mudança de comportamento
- c) O profissional deve orientar o paciente a respeito de seu consumo e encaminhá-lo para um tratamento especializado
- d) Nenhuma das anteriores

2 -) "Um jovem de 17 anos procura sua Unidade de Saúde devido a alguns problemas respiratórios. Durante a consulta você descobre que ele faz uso de crack e, eventualmente, de maconha. Ao tentar orientá-lo, ele se irrita com você e nega que o consumo possa lhe trazer algum problema".

Em que estágio de mudança esse jovem está?

- a) Contemplação
- b) Recaída
- c) Pré-contemplação
- d) Manutenção

3 -) O que significa auto-eficácia?

- a) Auto-eficácia é a crença do paciente em sua capacidade de realizar e de ter sucesso em uma tarefa específica
- b) Auto-eficácia é a capacidade do paciente para mudar de comportamento
- c) Auto-eficácia é a crença do paciente de que seu uso de drogas pode lhe trazer problemas
- d) Nenhuma das anteriores

CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Tópicos

1. Introdução
2. Escolhendo a substância de maior preocupação
3. Depois de avaliar o paciente como dar o RETORNO dos resultados?
4. Retorno e informação para usuários de baixo risco
5. Intervenção Breve para usuários na faixa de uso de risco

Introdução

Como já vimos nos módulos anteriores do curso, geralmente, as intervenções breves não são direcionadas para pessoas com problemas de dependência de substâncias, mas elas são uma ferramenta muito útil para lidar com o uso prejudicial ou de risco de substâncias e também para encorajar aquelas pessoas com dependência a aceitar o encaminhamento para os serviços especializados no tratamento da dependência de álcool e outras drogas.

As intervenções breves, principalmente para uso abusivo de álcool e tabaco, mas também para outras drogas, funcionam muito bem em serviços de atenção primária. Além disso, apresentam um baixo custo. Assim, o profissional da APS, está em posição estratégica para identificar pacientes cujo uso de substância é prejudicial ou de risco para a sua saúde e bem-estar e intervir enquanto o problema ainda não é tão grave, cumprindo sua missão de promoção e prevenção de saúde.



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

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

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

CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Escolhendo a substância de maior preocupação

Alguns pacientes têm seus escores indicando uso nocivo ou abusivo de mais de uma substância. Neste caso, é aconselhável escolher a principal substância a ser enfocada na intervenção.



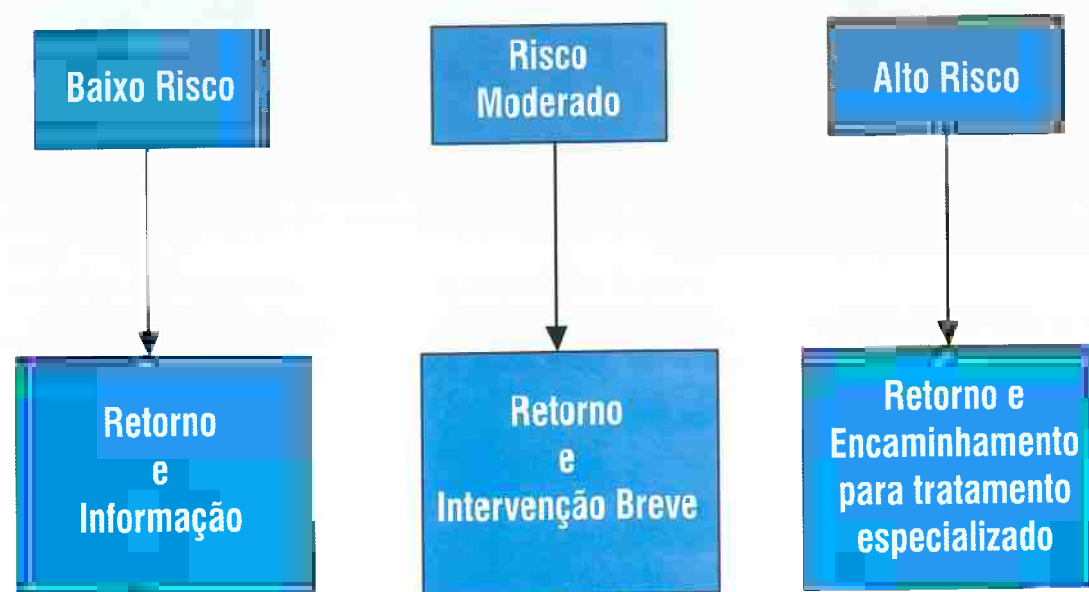
Tentar realizar várias mudanças ao mesmo tempo é difícil e pode levar o paciente a sentir-se pressionado e desmotivado. Sendo assim, é melhor focar uma substância por vez.

Os pacientes responderão melhor à intervenção se estiverem envolvidos na escolha da droga que é mais preocupante para ele. É muito provável que a sua maior preocupação seja em relação à droga para a qual ele apresenta maior pontuação no questionário de rastreamento. Porém, alguns pacientes podem estar preocupados com o uso de drogas que tiveram menor pontuação. A intervenção então pode ser enfocada na substância com maior pontuação ou na substância que desperta maior preocupação do paciente.

Depois de avaliar o paciente (detecção pelos instrumentos de triagem) como dar o RETORNO (Feedback) dos resultados?

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

Associando os níveis de risco com a Intervenção Apropriada



CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

É neste momento que você deve fornecer informações e orientações sobre o uso da substância.

Este é o nível mínimo de intervenção para todos os pacientes. As orientações vão variar de acordo com o nível de risco (**ver quadro acima**) e especialmente com o tipo de droga utilizada.

Use o conhecimento que você tem sobre as drogas (discutidos no módulo 2) para informá-lo sobre os riscos específicos para cada droga que ele usa, sempre mostrando que sua intenção é esclarecer, para que ele decida como usará a informação. Nunca **"confronte"** o usuário nesta situação.

LEMBRE-SE

Este primeiro contato é um momento delicado. Você está tocando em um assunto com o qual é difícil lidar.

A forma como o retorno é dado pode influenciar muito a "escuta" do paciente e como ele entenderá a informação. Use um estilo **empático**.

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



Uma forma simples e efetiva, que desperte o interesse e o conhecimento do paciente, e que respeite seu direito de escolha do que ele fará com a informação, envolve três passos:

- 1. Provocar motivação/interesse pela informação:** investigar o que o paciente já sabe e o que lhe interessa saber. Isto também pode ser útil para relembrar ao paciente que o que ele fará com a informação é sua responsabilidade.
 - "Você gostaria de ver os resultados do questionário que você respondeu? O que você vai fazer com esta informação é uma escolha sua".
 - "O que você sabe sobre os efeitos da anfetamina no seu humor?"
- 2. Fornecer retorno de uma forma neutra e sem julgamentos.**
 - "No ASSIST, sua pontuação para maconha foi 16, que significa que você está em risco de ter problemas de saúde ou outros problemas relacionados ao seu nível de uso atual de maconha. Vamos conversar sobre isto?"
 - "A anfetamina altera o funcionamento do seu cérebro, muda o seu humor. O uso contínuo pode fazer com que você se sinta deprimido, ansioso e, em algumas pessoas, o uso provoca um comportamento violento e nervoso. Isto já aconteceu com você? Você gostaria de falar um pouco sobre isto?"
- 3. Provocar auto-reflexão:** solicite ao paciente que pense sobre as informações e o que ele gostaria de fazer. Você pode fazer isto seguindo as questões chaves a seguir:
 - "Como você se sente sobre isto?"
 - "Para onde nós vamos a partir daqui?"
 - "O que você gostaria de fazer sobre isto?"
 - "O quanto você está preocupado com isto?"
 - "Quais são suas preocupações principais?"

CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Retorno e informação para usuários de baixo risco

A maioria dos pacientes avaliados irá apresentar pontuação na faixa de baixo risco para todas as substâncias. Essas pessoas não precisam de nenhuma intervenção para mudar seu uso de substância, mas você deve fornecer rapidamente informações gerais sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas por diversas razões:

- Aumenta o nível de conhecimento da comunidade sobre os riscos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas;
- É uma ação preventiva: encoraja os usuários de substâncias de baixo risco a manter seu comportamento atual;
- Relembra os pacientes com história anterior de uso de risco de substância sobre os riscos do retorno a um padrão de uso nocivo ou abusivo.



O que fazer com pacientes com resultados que indicam que eles estão sob baixo risco

Fornecer retorno sobre seu resultado e nível de risco

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

Aqui está o resultado do questionário que você acabou de responder.

Você pode ver que a sua pontuação está no nível de baixo risco para todas as substâncias. (Discuta com o paciente a lista de problemas relacionados ao uso de substâncias.)

Parabéns! Isto significa que se você continuar assim, provavelmente não irá desenvolver problemas causados pelo uso de álcool ou outras drogas. Mas você não deve esquecer que o álcool causa muitos problemas de saúde, além de colocá-lo em risco de acidentes.

Lembre-se de nunca beber antes de dirigir ou operar alguma máquina.

Em seguida, dependendo do que existe disponível no seu serviço, você pode fornecer folhetos informativos para que ele leve para casa, ou indicar uma página da Internet, ou, ainda, colocar-se à disposição dele para conversar e sanar dúvidas sobre os efeitos do álcool e de outras drogas.

Use para isto as informações do módulo 2.

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

CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Intervenção Breve para usuários na faixa de uso de risco



Intervenção Breve para usuários na faixa de uso de risco

Para as pessoas que pontuarem na faixa de **uso de risco de substâncias** deverá ser oferecida uma **intervenção breve**. Se não houver tempo para fazer a intervenção naquele momento, dê ao menos um retorno e peça ao paciente para voltar em outra consulta, para discutir seu uso de substância com maior detalhe, com você ou com outro profissional da sua equipe. **(É importante que a equipe tenha discutido este assunto e definido quem e quando fará a Intervenção Breve.)**

Mas não se esqueça de falar da sua preocupação com a saúde dele, e com os problemas que ele possa estar apresentando.

Como no caso anterior, entregue folhetos e forneça as informações mínimas. Procure agendar, naquela mesma hora, a consulta na qual será feita a Intervenção Breve e demonstre que você considera **muito importante** que ele compareça.

Veja a seguir:

Exemplo de uma intervenção breve para uso de risco de benzodiazepínicos

Exemplo de uma intervenção breve para uso de risco de benzodiazepínicos

(Esta intervenção pode ser realizada em cerca de 3 a 4 minutos. Para que você identifique mais facilmente, as técnicas e estratégias utilizadas pelo terapeuta e as reações/attitudes do paciente, as entonações usadas estão em vermelho, entre parênteses ao final das sentenças)



Depois de responder às questões do ASSIST, aplicado pelo enfermeiro Marcos, Ana, uma mulher de 33 anos de idade, que vive com seu parceiro, um filho pequeno e um irmão mais novo de quem também cuida, teve um resultado de baixo risco para todas as substâncias, mas pontuou 9 (uso de risco) para benzodiazepínicos.

CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Veja como Marcos fez a Intervenção Breve:

Marcos: Obrigado por responder ao questionário. Você gostaria de ver os resultados do questionário que você respondeu? (*Provocar*)

Ana: Sim, é claro.

Marcos: Você se lembra que as questões eram sobre o uso de álcool e drogas e se teve problemas relacionados ao seu uso? (mostre ao paciente a primeira página do Cartão de Resposta). Nas suas respostas, sua pontuação para a maioria das substâncias que nós investigamos está no nível de baixo risco, então, não é provável que você venha a ter problemas relacionados a essas drogas, se continuar no padrão atual de uso. (Mostre ao paciente as páginas 2-4 do Cartão de Resposta). Mas, sua pontuação para benzodiazepínicos, ou calmantes como você os chama, foi 9, o que significa que você está na faixa de uso de risco. Poderíamos dizer que você tem feito uso de benzodiazepínicos acima do que foi recomendado pelo seu médico? (*afirmação*)

Ana: Sim, eu acho que é mais ou menos isso.

Marcos: Qual a quantidade que você está tomando em média em um dia? (*fazendo breve histórico*)

Ana: Hum, geralmente cerca de 2 ou 3 comprimidos antes de dormir, e talvez uns quatro quando estou mais irritada ou com problemas em casa.

Marcos: Veja, continuar com este tipo de uso aumenta muito o seu risco de ter problemas de saúde ou outros problemas provocados pelo uso desses calmantes (*fornecer retorno*). É claro que cabe a você decidir o que gostaria de fazer com esta informação (*responsabilidade*), mas eu preciso lembrá-la de que, embora os benzodiazepínicos possam ter sido indicados pelo seu médico para diminuir a ansiedade, ajudar você a dormir ou para tratamento de algum tipo de convulsão, se o seu médico indicou o uso por um curto período de tempo é porque ele sabe que estes medicamentos podem ser úteis em uma crise aguda, para ajudar a resolver uma situação de emergência, mas ele também sabe que o uso prolongado destes medicamentos pode causar muitos problemas. Não sei se você sabe, mas alguns destes problemas são: arritmia (seu coração pode bater descompassado), você pode ter dificuldade para respirar, problemas de memória, redução da sua capacidade de julgamento e raciocínio ou ficar mais agressiva e até mesmo deprimida. Além disso, com o passar do tempo o efeito diminui e você precisa ir aumentando a dose para ter o mesmo efeito. Um dos problemas mais sérios é que o uso, ao longo do tempo, pode gerar dependência, ou seja, na falta da droga você começa a se sentir mal, agitada, ansiosa - você sente que não consegue viver bem se não tomar o remédio. (*fornecimento de orientação*) Você acha que já tem algum destes problemas ou está preocupada com a possibilidade de vir a tê-los? (*provocação de discurso de auto-motivação*)

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

Marcos: Quais destes problemas, dos que eu mencionei, você acha que pode estar começando a ter?

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

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

Ana: não sei...

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

Ana: Ah... Sim... Obrigado... Eu vou pensar sobre isso.

CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni



Para saber mais sobre os efeitos dos Benzodiazepínicos e de outras drogas consulte o

Módulo 2 - capítulo 3

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

- Retorno - relacione o uso da substância com os problemas de saúde atuais do paciente e os que possa vir a ter;
- Leve-o a refletir sobre a possibilidade de mudança;
- Discuta o grau de confiança do paciente para mudar o seu uso de substância, caso ele queira fazê-lo. Se a confiança for baixa, encoraje-o, perguntando-lhe que outras mudanças já fez e destaque as qualidades pessoais que o ajudariam a mudar seu uso da substância;
- Discuta formas específicas para ajudar na mudança (menu de opções)

Exemplos:

1. Manter um diário do uso da substância incluindo:

- Horário e local do uso
- Outras pessoas presentes quando usou
- Quais substâncias foram usadas e em que quantidade
- Quanto dinheiro foi gasto

2. Identificar situações de alto risco e estratégias para evitá-las ou diminuir o uso em tais situações

3. Fazer outras atividades ao invés de usar drogas

- Ajude o paciente a decidir suas próprias metas;
- Encoraje o paciente a identificar pessoas que poderiam ajudá-lo a fazer as mudanças que ele quer fazer;
- Forneça material de auto-ajuda para reforçar o que foi discutido na consulta;
- Convide o paciente a retornar para discutir sobre seu uso de substância, caso ele precise de mais informações ou de ajuda;
- Reveja como ele está encaminhando a mudança de comportamento sempre que ele retornar à consulta por outros problemas de saúde.



Intervenção breve para o uso de maconha

(Esta intervenção pode ser realizada em cerca de 5 minutos. Para que você identifique mais facilmente, as técnicas e estratégias utilizadas pelo terapeuta e as reações/atitudes do paciente, as entonações usadas estão em vermelho, entre parênteses ao final das sentenças. Neste caso será dado o retorno do resultado e feita uma discussão dos "prós e contras" do uso.)

CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Dr. Júlio, um médico, aplicou o ASSIST a Rafael, um homem de 30 anos de idade que vive com a namorada e pontuou na faixa de baixo risco para todas as drogas, exceto para maconha, cuja pontuação (13 pontos no ASSIST) mostrou que ele estava na faixa de uso de risco.

Dr. Júlio: Obrigado por responder ao questionário. Pelo que vejo, a maconha é a droga que você tem usado mais, estou certo? **(afirmação)**.

Rafael: Sim, mais ou menos isso.

Dr. Júlio: O que te agrada no uso da maconha? Quais são as coisas boas? **(explorando os "prós")**

Rafael: Bem, me faz relaxar, especialmente depois que eu volto do trabalho. Realmente me ajuda a tirar o estresse e esquecer o dia. É bom também quando você está com os amigos ou em uma festa ou para fazer alguma coisa nos fins de semana porque você se diverte mais.

Dr. Júlio: Que quantidade você fuma, em média, depois do trabalho? **(fazendo um breve histórico)**

Rafael: Hum, geralmente 3 ou 4 baseados ao longo da noite.

Dr. Júlio: Essa também é a quantidade que fuma nos finais de semana? **(fazendo um breve histórico)**

Rafael: Bem, na verdade às vezes é um pouco mais ... talvez 5 ou 6, eu não sei, de vez em quando eu perco a conta (risos).

Dr. Júlio: Quais são as coisas não tão boas, ou mesmo ruins, de fumar maconha? **(investigando os contras)**

Rafael: Pergunte para minha namorada - ela sempre me perturba por causa disso (risos). Eu acho que a pior coisa é que está afetando a minha memória e a concentração no trabalho. Algumas vezes, depois de usar muito em uma festa na noite anterior, no outro dia, no trabalho, eu fico meio esquisito, esquecido, "avoadado" e me sinto muito cansado. Quando me sinto muito mal eu não vou trabalhar naquele dia.

Dr. Júlio: Então fumar maconha o ajuda a relaxar depois do trabalho, mas também faz você ficar esquecido e cansado e, às vezes, você falta ao trabalho por causa disto. Você também disse que sua namorada não gosta que você fume. Por que você pensa que ela reage assim? **(escuta reflexiva, reestruturando a fala do paciente)**

Rafael: Ela não gosta quando eu estou "chapado" e diz que eu não faço nada e só vejo TV e esqueço de fazer as coisas que ela me pede. Ela diz que eu não faço nada em casa e que ela faz tudo. Mas, eu acho que trabalho e levo o salário para a casa toda semana...

Dr. Júlio: Então podemos dizer que a situação está difícil para você, porque fumar maconha ajuda a relaxar, mas ao mesmo tempo atrapalha seu relacionamento com a sua namorada e o seu desempenho no trabalho, principalmente porque está prejudicando sua memória, não é? **(resumo, empatia)**

Rafael: É, acho que é isso...

Dr. Júlio: Você quer ver o resultado do questionário que você respondeu? **(Provocar)**

Rafael: Quero sim...

Dr. Júlio: Se você se lembra, as questões eram sobre seu uso de álcool e drogas e se teve problema relacionado a esse uso (mostre ao paciente a primeira página do Cartão de Resposta). Cabe a você decidir o que gostaria de fazer com esta informação **(responsabilidade)**. Nas suas respostas, seu resultado para a maioria das substâncias que nós investigamos está no nível de baixo risco, então não é muito provável que você tenha problemas relacionados a essas drogas, se você continuar usando como tem feito. Mas, sua pontuação para maconha foi 9, o que mostra que você já tem alguns problemas e está sob risco de ter outros, como problemas de saúde ou problemas no trabalho, nos relacionamentos, ou com a justiça, por causa do seu uso de maconha, se continuar usando deste jeito. **(fornecer retorno)**. Você acabou de me contar alguns destes problemas, não é? Mas eu acho importante também que você saiba um pouco mais sobre os vários problemas que podem ser causados pelo uso da maconha. Você sabia que além de prejudicar a atenção e a memória, a maconha causa um estado chamado de "síndrome amotivacional"? Isto é, a pessoa fica sem vontade de fazer nada, sem motivação, nada a anima... Além disso, quando fica algum tempo sem a droga pode ficar ansiosa, com alteração do estado de humor - um dia está bem, mas no dia seguinte, sem nenhuma razão que ela perceba, está meio deprimida e às vezes pode até ficar em pânico, paranóica - acha que os outros a estão perseguindo... A maconha também diminui a habilidade para resolver problemas, pode aumentar a pressão arterial, causar asma, bronquite e outras doenças que afetam os pulmões e o coração. **(fornecimento de informação)**. Você já pensou que aqueles problemas com memória, concentração e falta de motivação, que você me

CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

contou, podem ser devidos ao seu uso de maconha?

Rafael: (interrupção, fica calado por alguns segundos) Sim, mas pode ser porque eu sempre estou cansado, pois nem sempre durmo bem à noite. **(resistência)**

Dr. Júlio: Então, para você, parece que a única razão de você esquecer as coisas e ter dificuldade para se concentrar e ajudar sua namorada é porque você não dorme bem? **(lidando com a resistência - reflexão ampliada)**

Rafael: Bem, parte do problema é esse sim. Mas eu acho que o uso de maconha também pode atrapalhar. **(ambivalência)**

Dr. Júlio: O quanto você está preocupado com a forma que o uso maconha o afeta? **(provocação de auto-motivação, de preocupação)**

Rafael: Bem, ... eu não sei... eu acho... eu acho que estou fazendo mal para o meu cérebro... mas, eu não sei... (dissonância)

Dr. Júlio: Veja, Rafael, você tem algumas opções e cabe a você decidir o que é melhor para você. Eu posso conversar com você, quando você quiser, e posso também dar alguns folhetos com mais informação sobre o uso de maconha. Você quer levá-los para ler em casa? Além de explicar um pouco mais os efeitos que a maconha pode causar, você encontrará algumas "dicas" de como pode diminuir o uso, se você quiser. Estas dicas são resultado da experiência de outras pessoas que passaram pelo mesmo caso que você (entregou o material a Rafael). Leve com você e pense no assunto **(fornecimento de informação)**. Uma coisa importante: se você decidir reduzir o seu consumo de maconha, ou parar, será preciso encontrar alguma atividade que também dê prazer, para substituir a função que a maconha tem na sua vida. Por exemplo, no seu caso, você me contou que usa a maconha para relaxar. Que outra coisa você gosta de fazer que também te relaxa? **(menu de opções)**

Rafael: Ah, não sei. Acho que ouvir música e beber uma cerveja com os amigos..

Dr. Júlio: Ouvir música pode ser uma boa opção, mas evite usar álcool ou qualquer outra droga para relaxar. Você não tem nenhum outro passatempo, ou um assunto que lhe interesse? Antes de usar maconha, como você se divertia? O que gostava de fazer nas horas vagas?

Rafael: Ah, quando era adolescente eu queria ser artista, pintor, sabe? Queria ser desenhista, mas sabe como é, precisava trabalhar e acabei indo trabalhar em escritório.

Dr. Júlio: O que você acha de procurar um curso de desenho ou de pintura e, ao menos, fazer isto como um passatempo, para se divertir? **(menu de opções)**

Rafael: Eu não tenho dinheiro para pagar um curso.

Dr. Júlio: Mas, você poderia procurar um curso gratuito, ou então usar o dinheiro que gasta com maconha, juntar para pagar um curso ou para comprar algum material e desenhar ou pintar do jeito que você souber, mesmo, só para se divertir. Você não quer pensar um pouco sobre isto? Se quiser, nós podemos falar mais sobre suas escolhas em outro momento. Está bem assim? **(empatia, orientações escritas, opções, ênfase na escolha)**

Rafael: Ah, sim... Obrigado... Eu vou pensar sobre isso. (Uma versão mais longa pode enfocar a relação de Rafael com sua namorada e suas dificuldades no trabalho)

Encaminhamento de usuários que pontuarem na faixa de alto risco (sugestivo de dependência) ou que fizerem uso de drogas por via injetável.



CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

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

- Pacientes com alto risco em relação ao uso de tabaco podem ser tratados nos serviços de atenção primária à saúde ou em programas comunitários.
- Pacientes com alto risco para álcool ou outras substâncias e aqueles que fizeram uso de drogas por via injetável, nos últimos três meses, devem ser encaminhados para um profissional ou serviço especializado no tratamento de uso abusivo de álcool e outras drogas.

Alguns pacientes em alto risco podem não estar preocupados com o seu uso de substância ou não querer o encaminhamento. Os elementos da intervenção breve podem ser usados para motivar tais pacientes para aceitar o encaminhamento:

- Forneça o retorno dos resultados do questionário e dos níveis de risco.
- Discuta o significado dos resultados e relacione-os aos problemas específicos que cada droga pode trazer, com ênfase nos problemas já existentes para o paciente.
- Oriente claramente que a melhor forma de reduzir o risco, ou os problemas já existentes, relacionados ao uso da substância, é diminuir ou parar com o uso.
- Se o paciente já tentou, sem sucesso, diminuir ou parar no passado discuta o que aconteceu. Isto pode ajudá-lo a entender que talvez ele precise de tratamento para mudar o seu uso da substância.
- Faça um breve histórico do uso da substância na última semana.
- Encoraje o paciente a pesar os aspectos positivos e negativos. Você pode usar a figura de uma "balança de decisão" pesando as vantagens e desvantagens do uso para ajudar o paciente a pensar sobre isto. Faça um desenho simples, no papel, anotando os "prós" de um lado e os "contras" de outro, como você viu anteriormente.
- Fazer questões abertas também pode funcionar bem. Por exemplo: "Fale-me sobre as coisas boas de usar (nome da substância)" ou "Você poderia me dizer as coisas não tão boas por usar (nome da substância)?"
- Encoraje o paciente a considerar tanto as consequências imediatas quanto as de longo prazo.
- Discuta os níveis de preocupação do paciente com o seu uso de substâncias. Discuta a importância que a droga tem na vida do paciente e mostre o quanto é importante ele acreditar na mudança de seu comportamento de uso da substância.
- Forneça informação sobre a droga que ele está utilizando.
- Forneça informação sobre como procurar o tratamento e sobre as opções disponíveis.
- Encoraje-o e reforce a importância e a efetividade (resultado) do tratamento.
- Forneça materiais escritos sobre problemas do uso de substâncias e estratégias para reduzir o risco.
- Convide o paciente a marcar outra consulta para voltar a falar sobre o seu uso de substância em outro momento



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

Saiba mais sobre o trabalho dos agentes comunitários e a equipe de Saúde da família em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#acs>

CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Bibliografia Consultada

1. BABOR T, CAETANO R, CASSWELL S, EDWARDS G, GIESBRECHT N, GRAHAM K ET AL. Alcohol: No ordinary, no commodity. Research and Public Policy. 2003. New York, WHO.
2. BABOR T, HIGGINS-BIDDLE JC, SAUNDERS JB, MONTEIRO MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care 2001. Geneva, WHO. Original em inglês e versão em espanhol disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html
3. BABOR TF, HIGGINS-BIDDLE JC. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. 2001. Geneva, WHO. Original em inglês e versão em espanhol disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html
4. BABOR FT, HIGGINS-BIDDLE JC, SAUNDERS JB, MONTEIRO M.G. Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool - Roteiro para uso em Atenção Primária à Saúde. Versão Brasileira - Ribeirão Preto: FMRPUSP; 2001.
5. FORMIGONI M.L.O. S (Coord.) (1992). A intervenção Breve na Dependência de Drogas. Contexto, São Paulo. Disponível pelo site <http://www.unifesp.br/dpsicobio/uded/>
6. HENRY-EDWARDS, S., HUMENIUK, R.; ALI, R., POZNYAK, V. WHO - Assist - The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization, 2003.
7. Versão em português traduzida FORMIGONI, MLOS, BOERNGEN-LACERDA e RONZANI, TM "Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: Guia para o uso na atenção primária à saúde, 2004. Original em inglês disponível em http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html
8. HENRY-EDWARDS, S. HUMENIUK, R.; ALI, R. MONTEIRO, MG Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization, 2003. Versão em português traduzida por FORMIGONI, MLOS, BOERNGEN-LACERDA e RONZANI, TM (tradutores) WHO - Intervenção breve para o abuso de substâncias: Guia para uso na atenção primária à saúde, 2004. original em inglês disponível em http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html
9. HUMENIUK, R.; HENRY-EDWARDS, S., ALI, R., Self-Help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide. (Draft Version 1.1. for Field Testing). Geneva, World Health Organization, 2003 - Versão em português traduzida FORMIGONI, MLOS, BOERNGEN-LACERDA e RONZANI, TM (Organizadores e tradutores) WHO - Estratégias de auto-ajuda para reduzir ou deixar o uso de substâncias: Um guia. , 2004. Original em inglês disponível em http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html

CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos

Michaela Bitarello do Amaral e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Atividades



1. Assista ao CD-vídeo que você recebeu e veja como profissionais de saúde podem fazer Intervenções Breves com pessoas que usam diferentes drogas.

ATENÇÃO!!

Veja se consegue perceber qual foi o erro de um dos profissionais ao preencher o instrumento de triagem.

2. Em seguida aceite este desafio prático: Agora que você tem conhecimento sobre os instrumentos de triagem e como fazer a intervenção breve, tente aplicá-los a 3 pacientes diferentes. Faça um breve relato dessas três experiências, ressaltando os pontos positivos e negativos vivenciados.

Teste seu conhecimento

1 -) Marque a afirmativa correta:

- a) O retorno (feedback) NÃO deve ser dado ao paciente, esta informação só interessa ao profissional de saúde
- b) O retorno (feedback) deve ser dado ao paciente, depois de aplicar o questionário de rastreamento, de forma empática e motivadora
- c) O retorno (feedback) deve ser dado ao paciente, depois de aplicar o questionário de rastreamento, de forma firme, confrontando o paciente para mostrar a importância e gravidade da situação
- d) Nenhuma das afirmativas está correta
- e) Todas as alternativas estão corretas

2 -) Marque a afirmativa errada:

- a) Usuários com uso de alto risco ou usuários de drogas injetáveis podem se beneficiar da Intervenção Breve, não necessitando de outro encaminhamento
- b) Usuários com uso de alto risco ou usuários de drogas injetáveis não podem se beneficiar da Intervenção Breve
- c) Usuários com uso de alto risco ou usuários de drogas injetáveis podem se beneficiar da Intervenção Breve, mas devem ser encaminhados para tratamento intensivo mais especializado
- d) Pacientes em alto risco em relação ao uso de tabaco não podem ser tratados na atenção primária à saúde ou em programas comunitários
- e) Nenhuma das anteriores

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Cruz

Tópicos

1. Intervenção Breve para adolescentes usuários de substâncias
2. Por que considerar a intervenção breve
3. Intervenção Breve para usuários de drogas injetáveis (UDIs)
4. Intervenção Breve para população de rua

Intervenção Breve para adolescentes usuários de substâncias

De acordo com o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio de 27 Capitais Brasileiras, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), em 2004, com 48.155 estudantes,

- **65,2%** já haviam consumido álcool na vida;
- **24,9%** tabaco;
- **22,6%** outras drogas.

Na faixa de 10 a 12 anos, **12,6%** dos jovens já haviam consumido, ao menos uma vez na vida, outras drogas psicotrópicas não considerando o álcool e o tabaco. Em um outro estudo, realizado com 6.417 estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas de um município do estado de São Paulo (Barueri), observou-se que cerca de **8%** dos estudantes entre 10 a 12 anos e **14,5%** dos estudantes entre 13 a 15 anos relataram ter usado outras drogas, além de álcool e o tabaco.

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

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

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

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

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações
Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz

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

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

Por que considerar a Intervenção Breve

Existem diversos estudos mostrando a efetividade da Intervenção Breve em serviços de atenção primária à saúde, bem como com adolescentes usuários de substâncias. Uma Intervenção Breve para adolescentes usuários de risco de substâncias pode impedir a progressão de um estágio de uso de drogas para outro.

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

Feedback (devolutiva ou retorno)
Responsibility (responsabilidade)
Advice (aconselhamento)
Menu of Option (menu de opções)
Empathy (empatia)
Self-efficacy (auto-eficácia)

A diferença está na maneira de abordar esta população. Ou seja, para lidar com adolescentes de maneira efetiva, você não precisa (e não deve) se comportar como ele. Mas, você deve considerar e conhecer as particularidades dessa população, e considerar que a maior parte deles não percebe que o uso que faz de álcool e/ou outras drogas pode ser um problema. Ou seja, grande parte deles se encontra em um estágio de pré-contemplação e, neste sentido, eles podem ser extremamente resistentes a qualquer possibilidade de mudança. Diante disto, a fim de aumentar a motivação do jovem, considere os seguintes aspectos ao conduzir uma intervenção com adolescentes:

**1. Tempo:**

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

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações
Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz**2. Baixa auto-estima e baixa auto-eficácia:**

A baixa auto-estima e a baixa auto-eficácia nos adolescentes, muitas vezes, são o resultado de uma percepção bastante realista de que seus pontos de vista e desejos não são considerados quando alguém (em geral, seus pais ou responsáveis) toma decisões que o afetam diretamente. Assim, sugerimos que você crie oportunidades para que os sentimentos de auto-estima sejam fortalecidos, na própria entrevista ou consulta. Mostre que você leva em consideração e se preocupa com os sentimentos e emoções do adolescente.

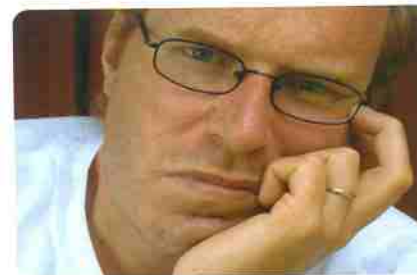
**3. Reações a figuras de autoridade:**

Os adolescentes em geral, sempre têm em mente que tudo que fizerem terá a desaprovação por parte dos adultos. E, de certo modo, essa percepção explica parte da hostilidade que muitos jovens demonstram quando abordados pelo profissional (que é um adulto). Sua idéia é: "Mais um para reprovar o que eu faço". Isto, sem dúvida, pode contribuir para diminuir sua auto-estima e seu senso de eficácia. Diante desta situação, sua tarefa será fortalecer a auto-estima do adolescente, não manifestando reprovação em relação ao seu comportamento, mas sim sugerindo outras possibilidades.

**Importante!!**

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

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

**1. Atitudes Negativas:**

Muitos profissionais acreditam que pessoas que usam drogas são imorais, sem caráter ou sem força de vontade. Na verdade, este tipo de crença só fará com que você seja hostil com o paciente.

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações
Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz



2. Aspectos Pessoais:

Profissionais que cresceram ou tiveram contato próximo com parentes que usavam drogas, podem desenvolver atitudes rígidas, em relação a usuários. Neste sentido, caso você tenha vivenciado alguma situação de uso de drogas por familiar, pense sobre o seu sentimento em relação a isto e sobre como você encara o consumo de drogas, de modo geral. Identificar a sua posição ou o que você pensa, quanto ao uso e ao usuário, poderá ajudá-lo a desenvolver atitudes mais flexíveis e, quem sabe, mais afetivas.



3. Medo:

Profissionais muito tímidos podem se sentir ameaçados por comportamentos agressivos ou hostis do adolescente. No entanto, procure lembrar-se de que, em geral, a agressividade manifestada pelo adolescente não é contra você especificamente, mas um modo de ele manifestar seu desacordo ou o quanto está contrariado.



4. Hostilidade:

Alguns profissionais sentem-se irritados devido à postura de resistência que muitos adolescentes assumem durante a consulta. Neste caso, procure entender o comportamento do adolescente, seja ele qual for. Do contrário, você pode perder a objetividade da sua intervenção, assumindo uma postura punitiva.



5. Baixa Autoconfiança:

Um profissional com uma baixa auto-estima e baixa autoconfiança em seu desempenho pode necessitar de constante "aprovação" e, neste sentido, pode se sentir impelido a fazer "alianças" com o adolescente. Isto não trará benefício algum para o jovem.



6. Negativismo:

Um profissional que encara a adolescência como "aborrecência" dificilmente terá prazer em atender um adolescente e, caso o faça, terá grandes dificuldades para motivá-lo a mudar de comportamento.

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações
Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz



7. Pré-Suposições:

Muitos profissionais geralmente fazem falsas suposições com base na aparência, comportamento ou estilo de vida. No entanto, há três coisas de que você precisa lembrar ao fazer pré-suposições: reconhecer que é somente uma suposição; não assumir sua suposição como um fato consumado; checar se suas suposições têm algum fundamento. Isto evitará que você faça julgamentos precipitados a respeito do adolescente.

Bem, você viu alguns aspectos que podem influenciar positivamente e negativamente sua intervenção junto a adolescentes. Agora é colocar a "mão na massa".

Bom trabalho!

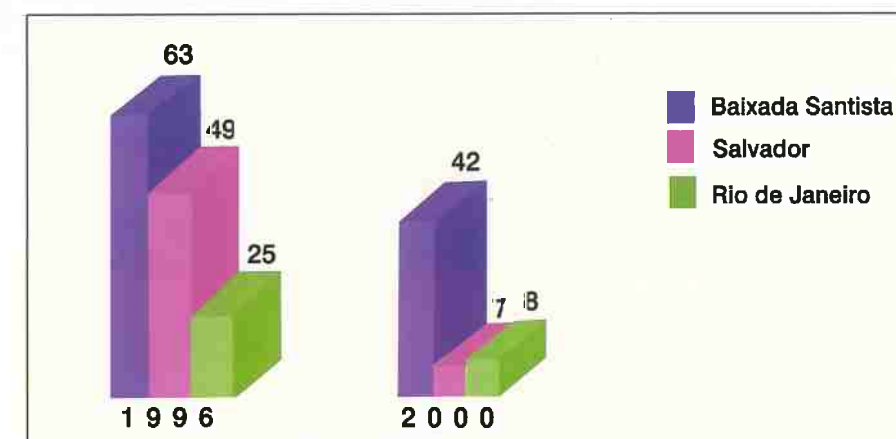
Intervenção Breve para usuários de drogas injetáveis (UDIs)

No Brasil, a droga mais frequentemente usada abusivamente, por via injetável, é a cocaína. Com menor frequência, outras drogas também são usadas por esta via, no país, como os anabolizantes, a heroína e os opióides.

As intervenções breves para usuários de drogas injetáveis (UDIs) devem levar em consideração que este é um subgrupo de usuários de drogas com características particulares. Vale lembrar, por exemplo, que estas pessoas são frequentemente estigmatizadas, sendo alvo de preconceito e rejeição até mesmo por outros usuários. Outra particularidade é que UDIs, com maior frequência, se expõem e expõem seus parceiros a doenças transmissíveis por via sanguínea e sexual. AIDS, hepatites B e C são as doenças mais comumente transmitidas por via injetável entre UDIs e destes para pessoas que também usam drogas ou com quem tenham contato sexual.

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

Soroprevalência de HIV em Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) - em %



CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz

Fonte: <http://www.aids.gov.br/final/prevencao/udi.htm>

Epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis

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

Além da infecção pelo HIV, as demais doenças de transmissão sangüínea são bastante prevalentes entre os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) brasileiros, com taxas elevadas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais, além de infecções particularmente comuns em determinadas regiões brasileiras, como a infecção pelo HTLV-II, endêmica na Bahia, região nordeste do Brasil, e mesmo surtos de malária transmitida por equipamentos de injeção.

Esse fato representa risco acrescido para infecções transmissíveis pelo ato sexual desprotegido e, eventualmente, transmissíveis também verticalmente durante a gravidez/parto. Estudos empíricos vêm demonstrando que a maioria desses UDI é sexualmente ativa e que a frequência de uso sistemático de preservativos, nessa população, é extremamente baixa. Essas questões incidem no perfil epidemiológico, quando constatamos que 38,2% das mulheres com AIDS contraíram o vírus compartilhando seringas ou por parceria sexual com UDI; e 36% dos casos de AIDS pediátrica apontam um dos progenitores como UDI.

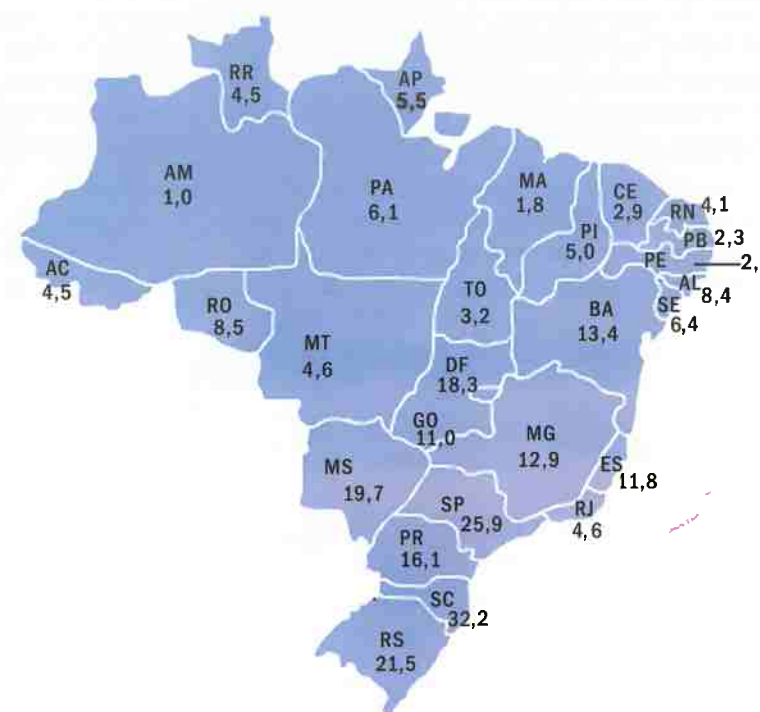
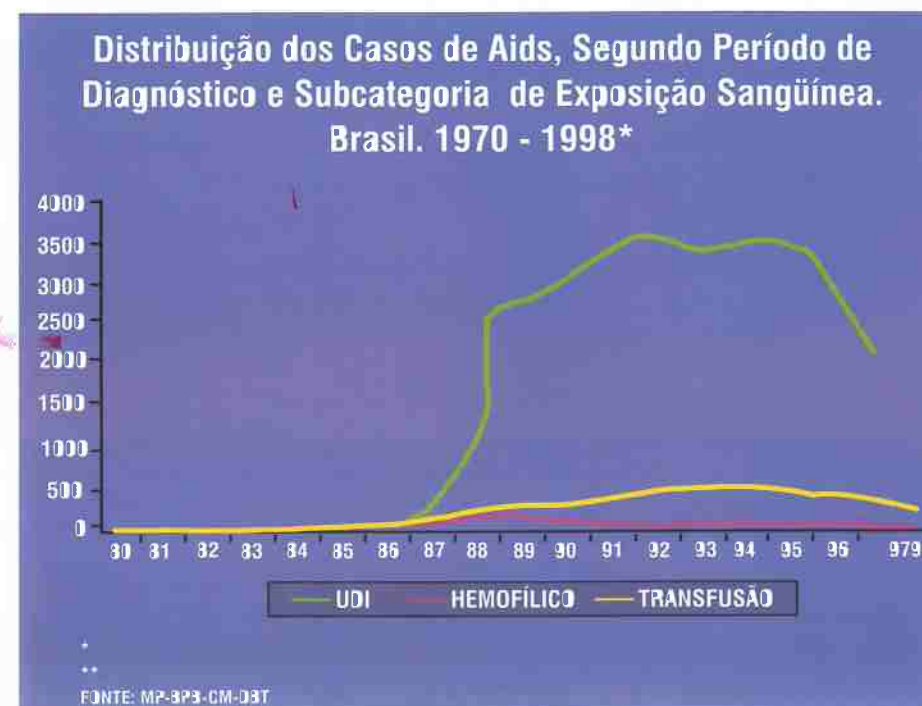
Os casos de AIDS entre UDI no Brasil obedecem, diferentemente do que ocorre com os casos incluídos nas demais categorias de exposição, um padrão geográfico bastante definido, que não coincide com a tradicional concentração de casos de AIDS no conjunto das regiões metropolitanas, nas diferentes regiões. A maioria dos casos de AIDS entre UDI vem sendo registrada nas regiões Sudeste e Sul, e na porção sul da região Centro-Oeste, afetando, expressivamente, nessas regiões, não só áreas metropolitanas como cidades de médio porte.

Ao longo do período compreendido entre a segunda metade da década de 80 e a primeira metade da década de 90, esses casos distribuíam-se preferencialmente ao longo de uma faixa que conecta a porção sul da região Centro-Oeste ao litoral do Estado de São Paulo (estado mais rico e industrializado da federação e que conta com o maior porto da América do Sul, Santos). Esse município registrou, durante todo o período mencionado, as mais elevadas taxas de incidência acumulada de AIDS do Brasil, com cerca de 50% do total de casos registrados entre os UDI. Essa faixa geográfica coincide com as principais rotas de trânsito, comércio e exportação da cocaína no Brasil.

A segunda metade da década testemunha duas alterações muito relevantes neste cenário: a vigorosa expansão da epidemia de AIDS na direção do litoral sul do Brasil e o expressivo aumento no consumo de crack, inicialmente no Município de São Paulo e, posteriormente, em diversas cidades de porte médio de São Paulo, e daí para diversas regiões do País. Ao estudar-se a subcategoria de exposição UDI, ou seja, os casos de AIDS em que a contaminação se deu pelo uso de drogas injetáveis, encontra-se que dos 100 municípios com maior número de casos dessa subcategoria, 61 estão no Estado de São Paulo.

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz



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

Fonte: <http://www.aids.gov.br/final/prevencao/udi.htm>

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz

A dinâmica da epidemia na região litorânea sul e no extremo sul do País (próximo à região litorânea) vem sendo fortemente influenciada pela difusão do HIV/AIDS na população de UDI, com diversos municípios registrando mais de 60% do total de novos casos de AIDS em UDI. Municípios do litoral do Estado de Santa Catarina, como Itajaí, Camboriú e Balneário Camboriú figuram hoje entre os municípios brasileiros com as maiores incidências de AIDS, com participação central dos UDI nas dinâmicas regionais da epidemia.

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

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

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

As ações de prevenção primária, ainda que previstas no texto da legislação em vigor, vêm sendo implementadas no País de forma fragmentária. Ao longo das últimas décadas, as ações repressivas têm, inegavelmente, concentrado a maior parte dos escassos recursos destinados à política de drogas no Brasil. Além disso, se comparadas às ações repressivas, as estratégias preventivas são bem menos visíveis e seus resultados só podem ser evidenciados a longo prazo, utilizando critérios cuja avaliação e mensuração é complexa. Não obstante, constituem a única forma de lidar com o eixo central de qualquer mercado - a demanda.

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

<http://www.aids.gov.br/final/prevencao/udi.htm>

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

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

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz

o ideal seria que a pessoa não usasse drogas

mas se ela ainda não quer ou não consegue parar o uso

é melhor que não use de forma injetável

Mas se ela ainda quer usar daquela forma ou não consegue evitar o uso injetável

é melhor que faça o uso sem compartilhar ou dividir o equipamento (seringas, agulhas, cachimbos, etc)

5. Incentivar o UDI a modificar ou refletir sobre a necessidade de mudar seu comportamento de uso de drogas.

6. Fornecer informações sobre tratamento para o uso abusivo de drogas e como ele pode ser atendido.

7. Fornecer informações sobre exames clínicos para doenças transmissíveis por via venosa ou sexual, tratamento para doenças clínicas e as formas de acessá-los.

O Ministério da Saúde disponibiliza várias informações que podem ser fornecidas aos usuários de drogas injetáveis - Veja algumas em: <http://www.aids.gov.br/final/prevencao/agulhas.htm>

Recomendações



ATENÇÃO!! Usuários de drogas injetáveis devem ser lembrados sobre os riscos de usar SERINGAS e AGULHAS que não sejam DESCARTÁVEIS

O uso de drogas injetáveis é uma das principais formas de transmissão do vírus da AIDS. Os programas de redução de danos, que incluem a troca de seringas, são uma estratégia de saúde pública que buscam dar resposta a este risco.

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz



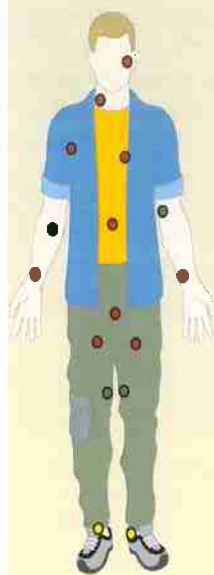
Cuidados básicos que devem ser discutidos com pessoas que usam drogas injetáveis

As ações seguintes aumentam os riscos e danos para pessoas que usam drogas injetáveis:

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

Além disso, usuários de drogas injetáveis devem ser orientados para:

- Descartar o equipamento de injeção;
- Colocar instrumentos (agulha, seringa, etc.) numa lata de refrigerante vazia ou numa caixa segura;
- Saber que droga com impurezas pode causar infecção das válvulas do coração e dos vasos sanguíneos, feridas na pele e infecção generalizada;
- Pressionar repetidamente as veias com as mãos, com uma bolinha de borracha ou de papel para fortalecê-las.



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

● Pontos com menores riscos:

- veias dos braços e dos antebraços
- veias das pernas

● Pontos a considerar com riscos intermediários:

- pés (veias pequenas, muito frágeis, injeção dolorosa)

● Pontos mais perigosos:

- pescoço
- rosto
- abdômen
- peito
- coxa
- sexo
- pulsos

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz



Kit redução de danos

Estão disponíveis kits com seringas, agulhas, garrotes, lenços anti-sépticos, preservativos, copo de plástico e água para a mistura da droga. O objetivo é reduzir os danos à sua saúde.



ATENÇÃO!!

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

- Misturar álcool com outras substâncias. O risco é muito maior;
- Injetar quando estiver sozinho, sem alguém por perto;
- Ao experimentar uma nova droga ou ao mudar de fornecedor. O efeito da droga pode ser muito mais forte que o esperado.

E o que fazer quando alguém tem overdose?

- não entre em pânico. Fale com a pessoa, faça-a caminhar, dê uns beliscões... A questão é evitar que ela "apague";
- se a pessoa não estiver respirando, faça respiração boca a boca;
- se ela estiver inconsciente, deite-a de lado, com a cabeça para trás;
- não a deixe sozinha. Se realmente tiver de ir, tome cuidado para ela não se virar nem ficar de barriga para cima;
- chame a ambulância e diga o que a pessoa tomou. E fique tranquilo: o sigilo médico protege tanto o usuário de drogas quanto você.

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

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz



Intervenção Breve para POPULAÇÃO DE RUA

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

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

Noto et al. (2003), em estudo realizado com crianças e adolescentes em situação de rua, relataram que as dificuldades da família se acentuam quando há a ausência dos pais ou de um deles. Esses fatores colocam a família diante de muitos desafios como o enfrentamento da violência doméstica, associada ao abuso de drogas. Para algumas crianças, a situação de rua foi favorecida por adultos responsáveis por elas, devido ao abuso de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas. Este é um fenômeno global e de proporções alarmantes. (Le Roux & Smith, 1998)

Alguns estudos realizados sobre prevenção ao uso de drogas concluíram que as ações mais eficazes são aquelas que abordam os aspectos psicossociais e trabalham as habilidades de resistência ao consumo, bem como as crenças relacionadas a ele. (De Micheli et al., 2004). Esse aspecto é de extrema importância, quando se trata de moradores de rua, tanto adultos como crianças, na medida em que essas habilidades representam o papel de fator protetor, estimulando a resiliência (capacidade de enfrentamento as situações adversas), quase sempre presente nessa população. (Paludo & Koller, 2005). Para eles, as instituições de atendimento representam uma importante referência no encaminhamento para os diversos problemas e também uma oportunidade de dar novo significado a sua trajetória de vida. Dessa forma, é fundamental estabelecer políticas públicas considerando o conhecimento dos profissionais envolvidos nessas instituições (Santos & Bastos, 2002).

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz

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

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

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

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz

Bibliografia Consultada

1. ALVAREZ, A.M.S.; ALVARENGA, A.T.; FERRARA, N.F. O encontro transformador em moradores de rua na cidade de São Paulo. *Psicologia & Sociedade*, 16 (3), p.47-56, 2004.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano IV - nº. 1 - 27ª - 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006. Ano IV - nº. 1 - 01ª - 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2007. 2007.
3. CRUZ MS; SÁAD AC; FERREIRA SMB (2003). Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 52(5):355-362.
4. DE MICHELI D & FORMIGONI MLOS (2004). Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction* 99:570-578.
5. DE MICHELI, D.; FISBERG, M.; FORMIGONI, M.L.O.S. Estudo da Efetividade da Intervenção Breve para o Uso de Álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Médica Brasileira*, 50 (3), p.305-313, 2004.
6. GALDURÓZ JCF, NOTO AR, FONSECA AM & CARLINI EA. (2004) V Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 27 Capitais Brasileiras. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), São Paulo.
7. <http://www.aids.gov.br/final/dados/boletim2.pdf>, consultado em 16 de abril de 2005.
8. MILLER WR & ROLLNICK S. (2001). Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamento. Ed. Artmed, Porto Alegre.
9. NOTO, A R.; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, S.A; FONSECA, AM.; CARLINI, C.M.A.; MOURA, Y.G.; CARLINI, E.A. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas, 2003.
10. PALUDO, S.S.; KOLLER, S.H. Resiliência na rua: Um estudo de caso. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 21 (2), p. 187-195, 2005.
11. VARANDA, W.; ADORNO, R.C.F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13, (1), p.56-69, 2004.
12. CARLINI-COTRIM, B., GAZAL-CARVALHO, C., GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 34 (6): 636-645, 2000.

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz

Atividades

Teste seu conhecimento

1 -) Em se tratando de usuários de drogas injetáveis (UDIs), o que deve ser considerado ao utilizar a Intervenção Breve?

- a) As intervenções breves para UDIs devem considerar que este é um subgrupo de usuários de drogas com características particulares e, neste sentido, são pessoas frequentemente estigmatizadas, sendo alvo de preconceito e rejeição, além de se exporem mais a doenças transmissíveis por via sanguínea e sexual
- b) As intervenções breves para UDIs devem considerar que esta população está em estágio de pré-contemplação, não desejando interromper seu consumo
- c) As intervenções breves para UDIs devem considerar que esta população apresenta características particulares justamente por estar em estágio de pré-contemplação
- d) As intervenções breves para UDIs devem considerar que este é um subgrupo de usuários de drogas com características particulares e, neste sentido, são pessoas doentes ou portadoras de DST/AIDS
- e) Nenhuma das anteriores

2 -) O que pode afetar negativamente o resultado de uma intervenção breve junto a adolescentes usuários de drogas?

- a) Alguns aspectos relativos ao profissional podem comprometer os resultados da intervenção breve, entre eles: profissional demasiadamente otimista e empático
- b) Alguns aspectos relativos ao profissional podem comprometer os resultados da intervenção breve, entre eles: profissional demasiadamente pessimista, tímido, hostil ou medroso
- c) Alguns aspectos relativos ao profissional podem comprometer os resultados da intervenção breve, entre eles: profissional hostil e medroso
- d) Os aspectos relativos ao profissional não podem comprometer os resultados da intervenção breve junto a adolescente usuários de drogas
- e) Nenhuma das anteriores

3 -) Assinale a alternativa verdadeira:

- a) As intervenções breves com UDIs mostram-se altamente eficientes, quando utilizadas sob o enfoque das Estratégias de Redução de Danos
- b) As intervenções breves com UDIs mostram-se altamente eficientes, quando utilizadas em conjunto com medicamentos
- c) As intervenções breves com UDIs mostram-se altamente eficientes, quando realizadas por um psiquiatra e em serviços especializados
- d) As intervenções breves com UDIs não têm mostrado alta eficiência, em qualquer contexto
- e) Nenhuma das anteriores



CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz

4 -) Assinale a alternativa verdadeira:

- a) Os Programas de Saúde da Família (PSF) têm excelentes oportunidades para fazer a identificação e a abordagem precoce de uso de drogas injetáveis na comunidade, pois estes usuários, em geral, evitam os serviços de saúde
- b) Os Programas de Saúde da Família (PSF) têm excelentes oportunidades para fazer a identificação do uso de drogas injetáveis na comunidade, devendo sempre encaminhar os usuários para um serviço especializado
- c) Os Programas de Saúde da Família (PSF) têm excelentes oportunidades para fazer a identificação do uso de drogas injetáveis na comunidade, devendo sempre manter a polícia informada sobre os locais de consumo
- d) O uso da drogas injetáveis na comunidade não pode ser mais uma preocupação dos Programas de Saúde da Família
- e) Nenhuma das anteriores

CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?

Telmo Mota Ronzani e Erikson Felipe Furtado

Agora que você já conhece a técnica, princípios e aplicações da Intervenção Breve, vamos considerar sua aplicabilidade nos serviços de **Atenção Primária à Saúde**, em especial nas **Unidades Básicas de Saúde** e nas **Equipes de Saúde da Família**

Tópicos

1. Introdução
2. O que a Intervenção Breve tem a ver comigo, profissional de UBS?
3. A Intervenção Breve pode ser um instrumento para Educação em Saúde?
4. Como Implantar a Intervenção na minha UBS?
5. O que você ganha em aplicar a Intervenção Breve?

Introdução

A primeira pergunta a fazer é:

O uso de álcool e de outras Drogas é um assunto a ser abordado na UBS? Isso não deveria ser preocupação apenas dos especialistas da área?

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

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



CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?

Telmo Mota Ronzani e Erikson Felipe Furtado

Como você já estudou nos capítulos anteriores, os índices de uso abusivo e dependência de álcool ou outras drogas, no Brasil, são altos. Portanto, o profissional que trabalha em UBS está em uma posição estratégica, pois:

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

Principalmente em relação ao último ponto, o profissional que atua em **UBS** é um dos mais indicados para agir na detecção precoce e realizar alguma intervenção em relação ao uso abusivo de álcool ou de outras drogas.

Como se diz popularmente: “**Prevenir é melhor do que remediar**” e a maioria das pessoas que frequenta o serviço ainda não é dependente, mas muitas vezes faz um **uso de risco** ou **nocivo**.

SAIBA QUE:

Em geral, essas pessoas não procuram os serviços de saúde com queixas de “uso nocivo de álcool ou outras drogas”, mas por outros problemas de saúde, que muitas vezes são devidos a esse uso.

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

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



O QUE É UMA POSTURA ADEQUADA?

O profissional **não deve “rotular” o usuário** como “drogado” ou “maconheiro”, porque isto o afastaria, ele se sentiria rejeitado, percebido como uma pessoa inferior, inadequada ou “não merecedora” de atenção ou cuidados.

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

CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?

Telmo Mota Ronzani e Erikson Felipe Furtado

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

- Muitos dependentes vivem na sua comunidade e você pode ajudá-los a procurar um serviço especializado;
- É possível desenvolver um trabalho de prevenção ao uso abusivo;
- Existem mais de 60 patologias crônicas e agudas associadas ao uso excessivo de álcool e muitas delas são frequentes nos serviços de atenção básica à saúde;
- Inúmeros problemas sociais e psicológicos, que os pacientes de UBS/PSF apresentam na UBS, estão associados ao uso de álcool e outras drogas;
- É preciso estarmos mais atentos ao problema se, de fato, quisermos melhorar os indicadores de saúde da nossa comunidade.



O que a Intervenção Breve tem a ver comigo profissional de UBS?

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

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

- **foco na prevenção ou promoção;**
- **concepção de saúde ampliada.**

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

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

Ferramentas de Saúde:

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

CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?

Telmo Mota Ronzani e Erikson Felipe Furtado

As ferramentas de saúde podem ser as técnicas ou os materiais de trabalho que vão ajudá-lo a intervir e resolver determinados problemas. Um exemplo de ferramenta de trabalho são os instrumentos de triagem para o uso de álcool e outras drogas como o **CAGE**, **AUDIT** e **ASSIST**.

Se você tem alguma dúvida sobre estas ferramentas consulte Módulo3 : capítulo 2

Uma das principais ferramentas utilizadas na **Atenção Primária** são as práticas e técnicas de **Educação para a Saúde**, utilizada em diversas situações de seu trabalho e de sua equipe. Por exemplo, consultas de rotina, grupos preventivos, visitas domiciliares, palestras, etc. As ações de Educação para a Saúde são importantes na medida em que possibilitam ao profissional manter uma comunicação adequada com a comunidade e, valorizando as características locais, respeitar a cultura e os conhecimentos ali produzidos. Somente dessa forma o profissional consegue, de fato, desenvolver um trabalho de qualidade e integrado com sua comunidade.



MAS, O QUE ISSO TEM A VER COM A INTERVENÇÃO BREVE?

Tem tudo a ver!!

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

Como você viu nos capítulos anteriores, existem alguns princípios dessa técnica que se encaixam muito bem ao trabalho realizado na **Atenção Primária**. Dentre eles, destacam-se:

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

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



QUEM PODE APLICÁ-LA?

CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?

Telmo Mota Ronzani e Erikson Felipe Furtado



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

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

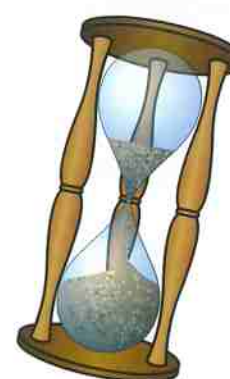
Quanto maior a utilização de ferramentas de trabalho em equipe, melhor o resultado das ações. O sucesso da implementação de ações de triagem e Intervenção Breve vai depender, não somente do profissional isoladamente, mas de toda a equipe e do sistema local de saúde, como veremos a seguir.

VOCÊ SABIA?

Já existem algumas experiências, inclusive no Brasil, que demonstram que todos os profissionais são importantes nesse processo e que todos os profissionais de saúde podem e devem aplicar a Intervenção Breve (**Médicos, Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psicólogos, Agentes Comunitários de Saúde, etc.**).

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

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



1) Eu não tenho tempo para fazer isso no meu serviço

De fato, a equipe de Atenção Primária tem atualmente inúmeras responsabilidades e problemas que dificultam a organização do tempo. Assim, é preciso que a equipe reveja suas atribuições, administrando o tempo e definindo melhor as funções de cada membro. Além disso, a Intervenção Breve requer pouco tempo, de 5 a 20 minutos, e será realizada apenas para cerca de 20% dos usuários dos serviços.

CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?

Telmo Mota Ronzani e Erikson Felipe Furtado



2) Eu não me sinto preparado para fazer isso

Em experiências anteriores, foi possível observar que uma qualificação simples seria suficiente para preparar um profissional de saúde para realizar a Intervenção Breve. Além disso, se você tiver dúvida, pergunte a um colega que tenha mais experiência ou troque idéias com os tutores do curso. Uma questão é clara: **a prática é muito importante**. Por isso, no início, você pode se sentir inseguro, mas com o tempo você verá que não existe segredo. **Por isso, comece a fazer!**



3) Os usuários se incomodarão se eu abordar o assunto

Isto não é verdade, na maioria dos casos.

Com toda certeza, as pessoas ficam de fato **agradecidas** por você se preocupar com elas. Muitas vezes, a forma como você lida com o tema ou com o usuário de álcool e outra droga é o problema maior. Por isso, tenha uma postura tranquila e não moralizadora, que o usuário não se incomodará com a abordagem.

Como Implantar a Intervenção Breve na minha UBS?

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

DICAS importantes para a implantação:

- Reúna toda a equipe para definir **quando** e **como** será aplicada a Intervenção Breve e **quem** serão os responsáveis pelas diferentes ações. Por exemplo, a triagem/detecção (primeiro passo da intervenção) pode ser responsabilidade de determinados membros da equipe e a Intervenção Breve de outros. Isto pode ajudar no problema de falta de tempo, por exemplo. Mas, dependendo das suas condições de trabalho, vocês podem considerar mais produtivo que a mesma pessoa faça os dois procedimentos;
- A triagem pode ser realizada em **diferentes situações** como visitas domiciliares, salas de espera, grupos de prevenção, etc. Defina quais as situações mais adequadas à realidade de seu serviço;
- Identifique os **serviços de tratamento** ou **grupos de auto-ajuda** a dependentes disponíveis na sua região, tais como: Alcoólicos Anônimos, Comunidades Terapêuticas, Serviços de Saúde Especializados, etc. Esses serviços serão importantes quando você identificar algum dependente e precisar encaminhá-lo. Procure fazer uma parceria com esses serviços;
- Procure inserir a proposta em outras ações de saúde existentes em seu serviço. Isso evita: a estigmatização do usuário e do uso; e que a proposta se transforme em apenas **“mais uma coisa para se fazer”**;
- Divulgue e procure apoio à proposta, tanto da comunidade ou dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, quanto dos gerentes, coordenadores e Secretários Municipais de Saúde. Esses são parceiros importantes para o sucesso do trabalho.

CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?

Telmo Mota Ronzani e Erikson Felipe Furtado



Importante!!

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



O que você ganha em aplicar a Intervenção Breve?

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

CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?

Telmo Mota Ronzani e Erikson Felipe Furtado

Bibliografia consultada

1. Humeniuk, R. & Poznyak, V. Intervenção Breve para o Abuso de Substâncias: Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde. 2004. Genebra: OMS.
2. Babor TF, Higgins-Biddle J. Intervenções Breves para o Uso Nocivo e de Risco de Álcool: manual para uso em atenção primária. 2003. Ribeirão Preto: PAI-PAD.
3. Ronzani, TM. Avaliação de um processo de Implementação de Estratégias de Prevenção ao Uso Excessivo de Álcool em Serviços de Atenção Primária à Saúde: entre o ideal e o possível [Tese de Doutorado]. 2005. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.
4. Corradi-Webster, C.M, Minto, E. C, et al. (2005). Capacitação de Profissionais de Saúde da Família em Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para o Uso Problemático de Álcool. Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas, 1 (1), 1-10.

CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?

Telmo Mota Ronzani e Erikson Felipe Furtado

Atividades



Faça um planejamento de implementação da Intervenção Breve para seu serviço, descrevendo **como, quando e onde** a Intervenção Breve deve ser realizada.

Teste seu conhecimento

1 -) NÃO são princípios em comum, entre a Intervenção Breve e a Atenção Primária à Saúde:

- a) Foco na prevenção
- b) Foco na reabilitação
- c) Educação em saúde
- d) Postura empática com o paciente
- e) Todas as anteriores

2 -) A Intervenção Breve pode ser realizada por:

- a) Qualquer profissional da equipe, desde que treinado para isto
- b) Médicos, somente
- c) Enfermeiros, somente
- d) Agentes comunitários de saúde, somente
- e) Nenhuma das anteriores

3 -) A maneira mais adequada de implementar a Intervenção Breve na UBS é:

- a) Cada profissional planejar sozinho a melhor forma de realizar a Intervenção Breve no serviço
- b) O gerente do serviço definir como deve ser realizado
- c) Aguardar a oficialização pelo Ministério da Saúde e só implementar depois de regulamentado
- d) Discutir entre a equipe e buscar apoio nos vários setores da comunidade
- e) Nenhuma das anteriores

4 -) O primeiro passo da Intervenção Breve na UBS é:

- a) Listar os dependentes da comunidade
- b) Criar um programa de dependência de álcool e drogas no serviço
- c) Realizar a intervenção breve em todas as pessoas que chegam ao serviço
- d) Identificar o nível de uso de álcool e outras drogas, utilizando os instrumentos de triagem
- e) Nenhuma das anteriores



CAPÍTULO 6: Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e Telmo Mota Ronzani

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

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

Tópicos

1. Introdução
2. Estudos realizados em outros países
3. Estudo da relação custo-benefício
4. Custos e benefícios do Projeto TrEAT

Introdução



Antes de continuar, vamos rever alguns conceitos:

- **Eficácia** - diz respeito à porcentagem de pessoas que se beneficiam da intervenção, quando esta é realizada em **condições ideais**, isto é, supondo que o paciente seguiu o tratamento à risca, fez tudo que lhe foi proposto. **Exemplo:** em um tratamento para pneumonia, para o qual foi receitado um antibiótico para ser tomado 3 vezes ao dia, por 10 dias, o paciente tomou todos os comprimidos no horário certo, sem falhas e seguiu todas as outras recomendações (repouso, hidratação, alimentação etc.). A eficácia corresponde à porcentagem de pessoas que fizeram o tratamento e se curaram.

Você sabe que na vida real nem sempre é assim. Muitas vezes o paciente não toma o remédio como foi indicado, ou não respeita o repouso. Neste caso, para sabermos o quanto o tratamento funciona em condições reais, é preciso considerar, na conta, todos os pacientes para o qual o tratamento foi indicado, incluindo nos cálculos também os que desistiram ou não aderiram ao tratamento completamente. Neste caso, usamos como indicador a **Efetividade**, ou seja, a porcentagem de pacientes que obtiveram sucesso, considerando todos os pacientes que iniciaram o tratamento. Ex: sabemos que muitos pacientes que se identificam com os AA (Alcoólicos Anônimos) podem ter excelentes resultados (alta eficácia), mas muitos, depois de comparecer a uma ou duas reuniões, deixam de frequentar e abandonam este tipo de intervenção. Neste exemplo, a efetividade é bem menor do que a eficácia.

Outros conceitos importantes para o que vamos discutir adiante são o de **custo** e o de **benefício**.

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

CAPÍTULO 6: Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e Telmo Mota Ronzani

Relembrados estes conceitos, vamos discutir o que dizem os estudos sobre a relação entre custo e benefícios das Intervenções Breves (IBs).

As pesquisas mostram que as IBs podem diminuir o consumo de álcool e outras drogas e que funcionam para diferentes tipos de pacientes: adultos, adolescentes ou idosos, homens e mulheres, usuários abusivos de álcool ou de outras drogas, etc.

A efetividade da IB pode ser igual ou até mesmo superior a de outras intervenções, que exigem maior tempo para serem realizadas. Além disso, a IB tem um baixo custo para sua execução. Alguns estudos indicam que a utilização de apenas 5 a 10 minutos da consulta de rotina para aconselhamento dos usuários de risco de álcool, por profissionais de saúde, consegue reduzir o consumo médio em 20-30%.

Estudos realizados em outros países

Nos últimos anos, foram realizadas várias análises, combinando os resultados de estudos sobre a eficácia da Intervenção Breve.

Nestas pesquisas foi demonstrado que a IB é capaz de reduzir o consumo de álcool tanto entre homens quanto em mulheres, jovens e idosos.

De modo geral, quando o contato é maior (2 a 3 vezes) os resultados são melhores do que quando há um único contato. Em média, observou-se uma redução de **34%** no consumo, enquanto que no grupo controle, que foi apenas avaliado, mas não recebeu a IB, a redução foi de somente **13%**.

Revisões sistemáticas da literatura e meta-análises concluíram que a IB pode reduzir de **23 a 26%** a taxa de mortalidade.

Estudo da relação custo-benefício

Projeto TrEAT (*Trial for Early Alcohol Treatment*) - um estudo clínico controlado, conduzido em unidades de atenção primária à Saúde, que consistia de 2 sessões feitas pessoalmente, com intervalo de 1 mês entre elas, e de uma entrevista por telefone, realizada 2 semanas após cada sessão.

Os pacientes que receberam a intervenção reduziram seu consumo de álcool, tiveram menor número de dias de hospitalização e menor número de entradas em serviços de pronto-atendimento, em comparação com um grupo controle, que não recebeu a intervenção. Este tipo de intervenção tem sido indicada para pacientes que apresentam uso de risco, mas que não querem parar totalmente o consumo de bebidas alcoólicas. A intervenção foi considerada efetiva por um período de até 4 anos depois de realizada.

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

- A primeira, do ponto de vista de quem oferece a assistência, incluindo somente os custos devidos ao uso do sistema de saúde (hospitais e outros serviços de saúde). Em relação a isso, a relação custo-benefício foi de 4.3 para um, ou seja, para cada dólar gasto no programa de IB foram economizados US\$ 4.30 em custos do sistema, porque os pacientes precisaram de menos cuidados (menor número de dias hospitalizados, menor número de entradas em Pronto-socorros, etc.). Foram analisados também os custos relativos a gastos com problemas legais e acidentes e confirmou-se a redução de gastos com as pessoas que receberam intervenção, 1 ano e 4 anos após a intervenção.
- Um segundo tipo de ganho é o social, que inclui a redução de fatalidades (acidentes de carro, por exemplo) e ganhos no relacionamento familiar e social, que não são mensuráveis economicamente. Em resumo, estudos cuidadosamente realizados mostraram que as IBs apresentam boa relação custo-benefício.

CAPÍTULO 6: Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e Telmo Mota Ronzani

Custos e benefícios do Projeto TrEAT

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

Custos e Benefícios do Projeto TrEAT					
BENEFÍCIOS					
Uso de Hospital & Pronto-Socorro	Nº de visitas (em 12 meses)	Nº Dias Hospitalizado (em 12 meses)	Custos médicos (PS & Hospital)		
			(12 meses)	(48 meses)	
Pessoas que receberam IB	107	126	\$ 421	\$ 1,394	
Pessoas que não receberam IB	132	326	\$ 943	\$ 2,106	
Problemas Legais	Nº de prisões		Custo dos Eventos		
Pessoas que receberam IB	28		\$ 269		
Pessoas que não receberam IB	41		\$ 371		
Acidentes de carro	Mortes	Com vítimas	Somente com danos materiais	Média dos custos por acidente	
Pessoas que receberam IB	0	20	67	\$ 3,839	
Pessoas que não receberam IB	2	31	72	\$ 11,010	
CUSTOS					
	Avaliação e Triagem	Treinamento dos profissionais	Intervenção	Gastos de locomoção do paciente	Total
Por pessoa que recebeu a IB	\$ 88	\$ 23	\$ 55	\$ 39	\$ 205

Diversas propostas de triagem associadas a intervenções breves vêm sendo construídas e avaliadas em todo o mundo. A articulação de técnicas de triagem e intervenção breve (TIB) pode também auxiliar na organização do sistema de referência para pessoas que já desenvolveram um transtorno por uso de álcool. Apesar de todas estas vantagens, ainda são muito limitadas as tentativas de implementar a TIB para a redução do uso de risco de álcool nos serviços de APS. Algumas experiências práticas de disseminação foram realizadas em países desenvolvidos; porém ainda são poucas as avaliações implementadas em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

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

CAPÍTULO 6: Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e Telmo Mota Ronzani

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

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

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

As características de cada serviço e dos profissionais envolvidos precisam ser conhecidas, para que seja possível detectar os fatores que facilitam e os que dificultam a adequada implementação dos programas, visando atingir um bom nível de efetividade.

Sendo assim, torna-se de fundamental importância, para uma avaliação adequada e ampla do processo de implementação de propostas de estratégias em saúde, 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) e
- c) a formação do profissional de saúde que se pretende treinar.

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

Nesse sentido, é de suma importância a avaliação das condições nas quais a TIB deve ser implementada, a detecção das possíveis barreiras e a proposta de soluções para a efetivação dessas práticas. Embora a eficácia e a eficiência da TIB já tenham sido avaliadas em diversos contextos, é necessária uma avaliação da efetividade deste modelo como uma prática de rotina nos serviços de APS. É recomendável que seja realizada uma avaliação, de forma objetiva e sistematizada, mas, ao mesmo tempo flexível e abrangente, que possa fornecer informações importantes para uma efetiva implantação da TIB em serviços de saúde pública, assim como fornecer subsídios para políticas públicas na área. Se determinado modelo planeja alcançar uma população específica (por exemplo, pacientes que freqüentam os serviços de APS e fazem uso de risco de álcool), deve avaliar se tais pacientes foram atendidos e se tal atendimento ocorreu como planejado. Uma das formas de avaliação é investigar a quantidade de pessoas que se beneficiaram com determinado modelo (por exemplo, número de pacientes atendidos nos serviços de APS e o número de pessoas que responderam os questionários de triagem). Outro tipo de avaliação importante é observar como determinado modelo foi implementado e quais as possíveis dificuldades para alcançar os objetivos propostos.

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

Embora existam intervenções breves realizadas em ambientes de atenção primária à saúde, estas sessões de aconselhamento não têm sido incorporadas à rotina de atendimento. Segundo uma pesquisa feita nos Estados Unidos, com médicos de UBS, somente 13% deles usavam instrumentos padronizados, embora 88% deles perguntassem sobre o uso de álcool. Uma pesquisa realizada com pacientes revelou que, para metade deles, os médicos nunca haviam perguntado sobre o uso de substâncias. Considerando o baixo custo e os bons resultados destas intervenções, o uso deste modelo deveria ser mais incentivado.

CAPÍTULO 6: Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e Telmo Mota Ronzani

Bibliografia consultada

1. MUNDT, M.P. - Analyzing the Costs and Benefits of Brief Intervention -Alcohol Research & Health - 29 (1):34-35 (2006).
2. DRUMMOND DC, THOM B, BROWN C, EDWARDS G, MULLAN MJ. - Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers. Lancet. 13;336 (8720):915-8, 1990.
3. Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, Booker S, Miller V, Gingrich R, Rankin JG Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. Alcohol Clin Exp Res. 20(8):1443-50, 1996.
4. BERTHOLET N, DAEPPEN JB, WIETLISBACH V, FLEMING M, BURNAND B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 165(9):986-95, 2005.
5. BALLESTEROS J, GONZALEZ-PINTO A, QUEREJETA I, ARINO J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. Addiction 99(1):3-4. 2004.

CAPÍTULO 6: Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e Telmo Mota Ronzani

Atividades

Teste seu conhecimento

1 -) Efetividade de um intervenção significa:

- a) o quanto um tratamento "funciona" em condições ideais, ou seja, o quanto os pacientes "melhoram" após o tratamento
- b) o quanto um tratamento "funciona" em condições reais, ou seja, a porcentagem de pacientes que obtiveram sucesso considerando todos os pacientes que iniciaram o tratamento
- c) a porcentagem de pessoas que obtiveram sucesso considerando todos os pacientes que completaram ao menos metade do tratamento
- d) porcentagem de pessoas que se beneficiam de uma intervenção, quando esta é realizada em "condições ideais", isto é, supondo que o paciente seguiu todas as recomendações feitas pelo profissional de saúde



2 -) Escolha uma das alternativas para completar os espaços em branco das frases abaixo:

A _____ da Intervenção Breve pode ser igual ou _____ a de outras intervenções mais intensivas.

- a) Eficácia; inferior
- b) Efetividade; menor
- c) Efetividade; superior
- d) Viabilidade; menor

3 -) A _____ tem um baixo custo para sua execução. Alguns estudos indicam que a utilização de _____ da consulta de rotina para aconselhamento dos usuários de risco de álcool por profissionais de saúde pode reduzir o consumo médio em _____

- a) Intervenção Breve; 5-10 minutos; 20-30%
- b) Intervenção Breve; 1:30h; 45-70%
- c) Terapia Cognitivo Comportamental; 5 a 10 minutos; 10-15%
- d) Terapia Cognitivo Comportamental; 1h:30min; 80-85%

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

Tópicos

1. Um pouco de história
2. Aproximação da vida real
3. Resultados parciais do projeto ASSIST

Um Pouco de História

Os primeiros relatos de bons resultados com intervenções breves e simples, inicialmente dirigidas apenas a pessoas com uso abusivo de álcool, surgiram na literatura especializada ao final da década de 1980 e início da década de 1990.

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

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

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

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

Embora, a princípio, este tipo de Intervenção devesse ser oferecido a pessoas com uso abusivo, e não para dependentes de álcool, o fato de existirem poucas opções de tratamento gratuito e de bom nível atraiu muitas pessoas com dependência. Mesmo assim, a técnica foi testada, sendo comparada com o tipo de terapia mais comumente oferecida nos serviços públicos naquela época, a psicoterapia de grupo com abordagem psicodinâmica.

Como você pode ver no quadro, os resultados foram equivalentes, embora abaixo do que seria desejável, já que, tanto uma técnica quanto a outra só tinham bom resultado para cerca da metade dos pacientes - o que acontece não só aqui no Brasil, mas em todo o mundo.



Importante!

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

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

1998 : Primeiro Estudo Clínico Controlado para Avaliar a Eficácia da Intervenção Breve no Tratamento da Dependência de Drogas



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

Comparação da Intervenção Breve com a Psicoterapia de Grupo - métodos utilizados

Intervenção Breve

6 sessões espaçadas: AQUISIÇÃO

1ª Sessão: feedback da entrevista inicial, contrato, identificação de situações de risco, monitorização do uso, Meta inicial: abstinência, discussão de estratégias

15 dias

2ª Sessão: especificação da meta de longo prazo (final), regras para consumo moderado (se esta for a meta), estratégias para solução de problemas

1 mês

(possibilidade de sessão extra)

3ª Sessão: término da aquisição: balanço dos progressos ou encaminhamento para solução de problemas residuais

1 mês

(possibilidade de sessão extra)

6 sessões espaçadas: MANUTENÇÃO

4ª Sessão: monitoramento contínuo do consumo, fissuras e recusas, envolvimento com atividades incompatíveis com o uso e preparação para enfrentar situações de risco, solidificação do aprendizado

2 meses

5ª Sessão: idem à anterior

3 meses

6ª Sessão: término da fase de manutenção - se necessário é realizado encaminhamento para problemas residuais

Intervenção Breve - ADESÃO:

De 64 pacientes, 49% completaram aquisição e destes 42% completaram a manutenção. A maioria desenvolveu o tratamento em 3 a 4 sessões.

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas
 Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

Psicoterapia de Grupo (controle)
Sessões semanais de 90 minutos durante 6 meses (32 sessões)

- No início foi estabelecido o contrato terapêutico. O grupo funcionaria por 6 a 7 meses, sendo aberto a novos pacientes nos dois primeiros meses, com mínimo de 6 e máximo de 10 pacientes. Sessão mínima com 2 pacientes. Não podia estar embriagado ou sob efeito de drogas durante a sessão.
- Grupos selecionados em relação a idade e tipo de drogas semelhantes. Uma terapeuta e dois a três observadores
 Base teórica: psicodinâmica
 Discussões sobre abstinência, problemas físicos, controle do uso, motivos do uso e dificuldades para controle e outros problemas da vida.

Psicoterapia de Grupo (controle): ADESÃO

 De 66 pacientes, 18 completaram (27%)
 69% compareceram entre 1 e 5 sessões
 19% compareceram entre 6 e 10 sessões
 22% mais de 11 sessões

A maioria dos casos de abandono (50%) ocorreu nas 4 primeiras sessões
Média: 25 sessões (pacientes que completaram o tratamento)

Comparação da Intervenção Breve com a Psicoterapia de Grupo - resultados

Razões para Abandono(%)

	Intervenção Breve	Psicoterapia
Por ter piorado	6	10
Por ter melhorado	12	0
Por não ter gostado	14	16,5
Incompatibilidade de horário	16	16,5
Sentiu que não funcionava	22	25
Medo de se expor	0	14
Outras razões	30	25

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas
 Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

Atividades que aumentaram de frequência após o tratamento (%)

	Intervenção Breve	Psicoterapia
Comer	45	46
Fumar	3	13
Prática de esportes	26	24
Cinema/teatro	26	22
Assistir TV	26	46
Sair com amigos/namorar	39	46
Trabalho	45	41
Outros (leitura, música, jogar cartas, criar animais, etc.)	42	46

Tratamento da Dependência de Drogas: comparação da Intervenção Breve com a Psicoterapia de Grupo (Formigoni, 1992)

Critério de Sucesso	Intervenção Breve	Psicoterapia de Grupo
Consumo de Álcool (Abstinente ou Moderado)	37%	33%
Consumo de Drogas (Índice de Gravidade)	0,30 ± 0,3	0,58 ± 0,4
Remissão ou Sucesso Relativo (DSMIIIR)	48%	43%
Ausência de Problemas (só Álcool)	35%	32%
Ausência de Problemas (Álcool +/- Drogas)	60%	22%
Avaliação de Sucesso segundo Colaterais	39%	66%

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

Se considerarmos que a Intervenção Breve é uma forma de tratamento que requer um treinamento menos longo dos profissionais, que pode ser realizado por profissionais de diferentes tipos de formação e que requer menor número de sessões, ela parece ter uma **melhor relação custo-benefício**, sendo adequada para o nível de atenção primária à Saúde.

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

Aproximação da "vida real"...

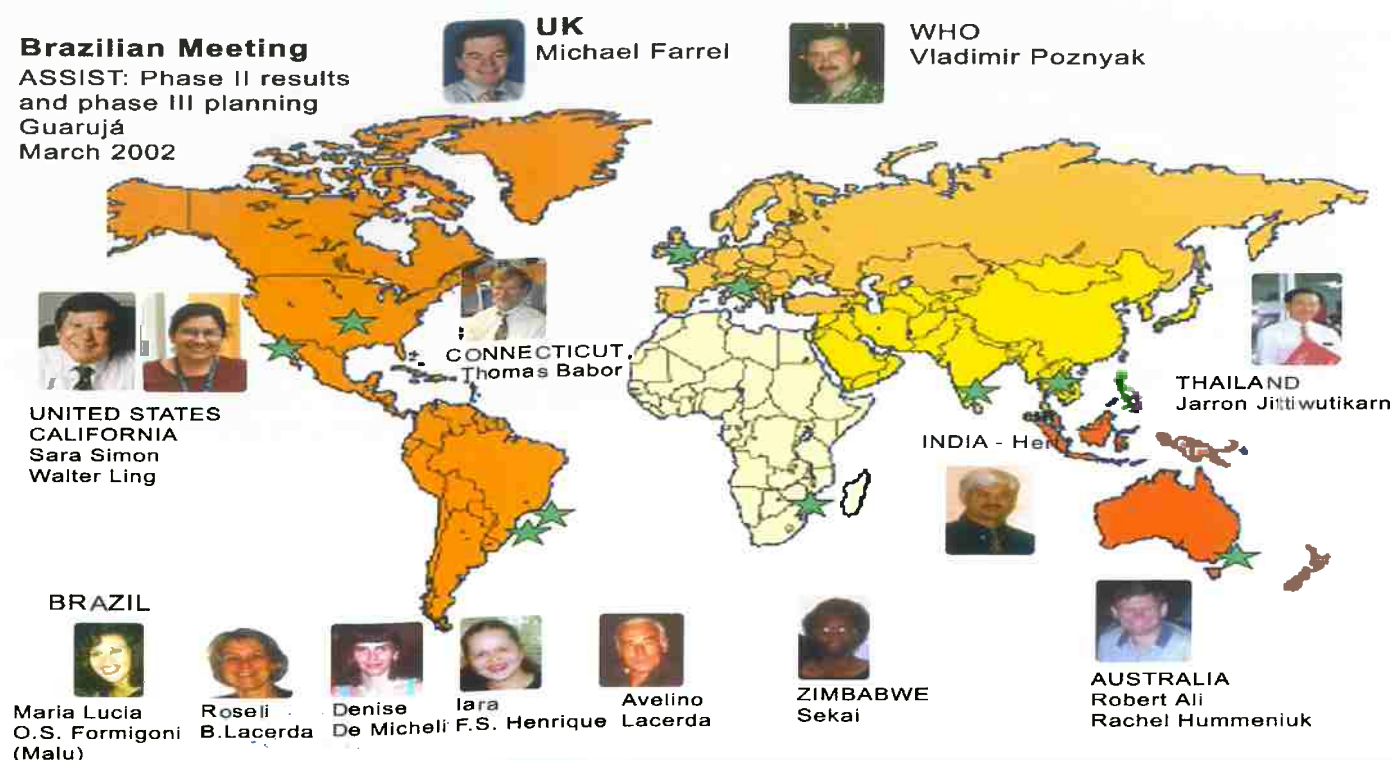
Embora aquela primeira experiência tenha indicado bons resultados, o estudo foi desenvolvido com uma população de pacientes um pouco diferente da que habitualmente frequenta serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou é atendida por profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF).

Além disso, o tratamento era realizado por pesquisadores da área, com grande conhecimento do assunto, o que também não é sempre o que acontece nas UBSs e PSFs.

Por isso, a partir de 1998, a equipe da **UDED (Unidade de Dependência de Drogas do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP)** aceitou o desafio de participar de dois projetos:

1. **Projeto ASSIST-IB** - juntamente com pesquisadores de Curitiba, Diadema e de outros países (Austrália, Estados Unidos, Inglaterra, Índia, Tailândia e Zimbábue), para testar a viabilidade de uso de um instrumento padronizado para detecção do uso abusivo de álcool e outras drogas (o ASSIST, que já foi apresentado no módulo 3) associado à Intervenção Breve.
2. **Projeto AUDIT-IB** - juntamente com pesquisadores de Juiz de Fora, Ribeirão Preto, Estados Unidos e África do Sul, com o objetivo de treinar profissionais que atuam na atenção primária à Saúde para fazer a detecção do uso abusivo de álcool usando o AUDIT (que também já foi apresentado no módulo 3) e realizar Intervenção Breve. Outro objetivo deste estudo era avaliar em que medida os conceitos que os profissionais tinham a respeito do assunto, e as dificuldades encontradas influenciavam na implantação daquele modelo de atendimento.

Países e pesquisadores participantes do projeto ASSIST + Intervenção Breve



CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani



A experiência em São Paulo e Diadema

A implantação da técnica de detecção do uso de álcool e outras drogas associada à Intervenção Breve foi implantada em algumas Unidades Básicas de Saúde das cidades de São Paulo e Diadema, além de dois centros especializados em doenças sexualmente transmissíveis. O projeto iniciou em maio de 2004, tendo sido realizados treinamentos em 2004 e 2005, capacitando 82 profissionais em São Paulo e 70 em Diadema. Os diretores de UBS, a princípio, foram muito receptivos devido ao baixo custo e à rapidez de aplicação da nova técnica, mas alguns profissionais apresentaram uma certa resistência, encarando-a como "mais uma atividade a ser realizada em sua rotina diária", não demonstrando terem entendimento completo da sua utilidade e praticidade.

Vários profissionais passaram a utilizar a técnica, tendo sido avaliados mais de 1.500 pacientes e realizadas mais de 100 IBs. Como esperado, a maioria dos pacientes, que pontuaram na faixa de risco, faziam uso excessivo de álcool e, em menores proporções, de maconha ou cocaína. Estes últimos foram mais frequentes nos serviços especializados em DSTs, nos quais a técnica foi aplicada por pesquisadores e alunos da UNIFESP.



A experiência em Curitiba

Na aplicação do ASSIST, em Curitiba, observou-se que as drogas mais usadas na vida foram álcool (89,7%), tabaco (65,5%), maconha (19,9%) e inalantes (10,1%), seguidas por cocaína (8,9%), anfetaminas (6,2%), sedativos (5,2%), alucinógenos (2,9%), opiáceos (0,2%) e outras drogas (0,1%). A pesquisa sobre o uso dessas drogas nos últimos três meses anteriores à entrevista demonstrou que o álcool foi também a substância mais consumida, (72,5%), seguida por tabaco (61,8%), maconha (6,7%), cocaína (3,8%), inalantes (1,8%), sedativos (1,2%) e alucinógenos (0,5%). Não foram encontrados registros de uso nos últimos três meses de opiáceos ou de outras drogas.

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

A detecção pelo ASSIST revelou que as maiores proporções de usuários de risco ou que preenchiam critérios para abuso ocorriam em relação a tabaco (25,7%), álcool (15,9%) e maconha (4,2%), com menores proporções de usuários de cocaína (1,2%), anfetaminas (1,0%), inalantes (0,6%), sedativos (0,6%) ou alucinógenos (0,1%). O percentual de pacientes com pontuação sugestiva de dependência (acima de 27) foi de 6,3% para tabaco, 1,8% para o álcool, 0,6% para cocaína, 0,6% para maconha e 0,2% para sedativos. Pôde-se observar também um maior número de homens usuários de risco e abusivos de álcool (23,9%), quando comparado com as mulheres (10,7%).

Em Curitiba, 34 profissionais, entre médicos, enfermeiros e psicólogos, de 8 UBAPS da cidade foram treinados, primeiramente com um curso teórico-prático de 16 horas, sobre as drogas e seus efeitos, sobre como detectar o problema e como realizar a IB. Em seguida, durante um período de 6 meses, esses profissionais receberam supervisão a cada 15 dias no seu local de trabalho. Além disso, foram realizadas reuniões de sensibilização com as equipes das UBAPS.

Antes de iniciar o treinamento e um ano após, os profissionais foram avaliados quanto às suas crenças, atitudes e habilidades em relação ao uso de drogas, e ao uso dos procedimentos de detecção do uso de drogas e realização da IB. Eles mostraram atitudes positivas, em relação aos usuários de drogas e quanto ao seu papel na detecção e intervenção. Antes do treinamento, 91% deles acreditavam ser importante distinguir entre usuários de risco e dependentes, sendo que após o treinamento 100% tinham essa crença. O treinamento melhorou muitas crenças e atitudes: reduziu o medo de que o paciente não retornasse para as consultas, aumentou a crença na eficácia da intervenção e na possibilidade de ter tempo suficiente para conduzir a intervenção na sua rotina, além de mudar a idéia de que o paciente costuma mentir sobre o seu uso de drogas.

Porém, na prática diária, as coisas não fluíram tão bem como seria desejável. Passado o entusiasmo inicial, vários profissionais só realizavam o procedimento de detecção e a IB raramente. Tanto os gestores como os coordenadores das UBS alegaram que esse baixo desempenho dos profissionais era devido à falta de tempo ou à falta de motivação, assim como às mudanças freqüentes das equipes e ao excesso de outras atividades que eram obrigatórias, ao contrário do procedimento do projeto, que dependia de trabalho voluntário. Todos os profissionais, incluindo os gestores e os coordenadores, declararam que a implementação deste procedimento, na forma de um programa obrigatório, com a cobrança de relatórios periódicos, à semelhança do que ocorre em outros programas de saúde, poderia melhorar a adesão dos profissionais. Em Curitiba, muitos dados foram obtidos por pesquisadores que freqüentavam as UBS, mas em São Paulo, Diadema e Juiz de Fora, os profissionais de saúde aplicaram o ASSIST e a Intervenção Breve.



A experiência em Juiz de Fora

No município mineiro de Juiz de Fora, profissionais de Saúde foram treinados nos anos de 2003 a 2005. Foram encontradas dificuldades semelhantes às relatadas pelos profissionais de outras cidades. Lá, também foram treinados profissionais do corpo de bombeiros, que aderiram muito bem à proposta e implantaram a detecção no exame de rotina anual. O processo de implantação dessa estratégia na rotina de atenção primária à saúde da cidade foi avaliado utilizando a abordagem qualitativa, com a aplicação de entrevistas semi-estruturadas a gestores e/ou profissionais da assistência do Sistema Municipal de Saúde, associadas à análise de conteúdo e observação participante. Os resultados indicaram que havia dificuldades para a implantação efetiva dessas rotinas, tanto em relação aos gestores, quanto aos profissionais envolvidos diretamente na sua execução. Quanto aos profissionais, destacaram-se a restrição da abordagem a dependentes de álcool e a falta de motivação dos profissionais para trabalhos preventivos. Quanto aos gestores, foram detectadas dificuldades práticas no processo de organização e gerenciamento, a despeito de um afirmado interesse no projeto.

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

Os estudos ainda estão em andamento, mas vários resultados interessantes já foram obtidos:

1. Foi realizada a tradução e a adaptação do instrumento (ASSIST) para a língua portuguesa e cultura brasileira e realizado um teste inicial com 100 pessoas, em uma UBS de S. Paulo. O quadro 5 mostra que o maior problema daquela população era o uso de álcool e tabaco.

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

ASSIST teste inicial com 100 pessoas que frequentavam uma UBS da periferia de S.Paulo (em 2003)
Distribuição dos escores do ASSIST, de acordo com as faixas de risco para desenvolvimento de abuso ou dependência.

Tipo de droga	Dados da tabela em porcentagem de pessoas					
	Abstêmios Escore=0	Abaixo da Faixa de Risco	Faixa de Risco	Sugestivo de Dependência	Maior escore média ± dp (incluindo escores=0)	Maior escore média ±dp (excluindo escores=0)
Tabaco	30	7	61	2	7,0 ± 5,3	8,3 ± 4,7
Álcool	18	27,5	39,5	15	6,8 ± 6,5	8,2 ± 6,3
Maconha	61,5	12,5	23,5	3	2,8 ± 4,8	7,4 ± 5,1
Cocaína	71	9	12	8,5	2,6 ± 5,5	9,1 ± 6,9
Anfetaminas	93	5,5	0,7	0,7	0,2 ± 1,5	3,9 ± 4,7
Inalantes	90,5	6	2	1,5	0,7 ± 2,3	2,3 ± 4,0
Sedativos	92	5	2	1,5	0,6 ± 2,4	4,0 ± 5,3

Resultados parciais do projeto ASSIST

2. Depois daquele estudo inicial, a pontuação do ASSIST foi ajustada e vários profissionais que trabalham em UBS nas cidades de S. Paulo, Diadema e Curitiba, foram treinados, tanto no uso do ASSIST, como na realização da Intervenção Breve. Esse estudo ainda está em andamento. Como a freqüência de usuários abusivos de outras drogas nas UBS é bem menor do que a de usuários de álcool, até o momento só foi possível analisar os primeiros resultados, referentes a 2.530 pacientes, sendo que, destes, 152 faziam uso abusivo de álcool e receberam Intervenção Breve.

Veja no quadro a seguir que, naquelas unidades, a prevalência foi menor do que na UBS da periferia de São Paulo. Uma diferença importante observada entre os dois estudos foi que, no primeiro caso, o ASSIST foi aplicado por uma pesquisadora a todos os pacientes que freqüentaram a UBS, durante o período avaliado. No segundo caso, devido ao envolvimento dos profissionais com outras atividades, ele só foi aplicado a alguns pacientes por dia. Isto mostra como é importante conhecer a realidade local, antes de fazer uma intervenção, com vimos no **módulo 1**. Além disso, o fato do número de mulheres e crianças ser muito grande, em algumas unidades participantes, também pode ter influenciado os índices. Veja que há diferenças importantes entre São Paulo e Curitiba, provavelmente devidas ao perfil dos pacientes.

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas
 Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

Aplicação do ASSIST a 2.530 freqüentadores de UBS/PSF de S. Paulo, Diadema e Curitiba (dados colhidos em 2004 e 2005)

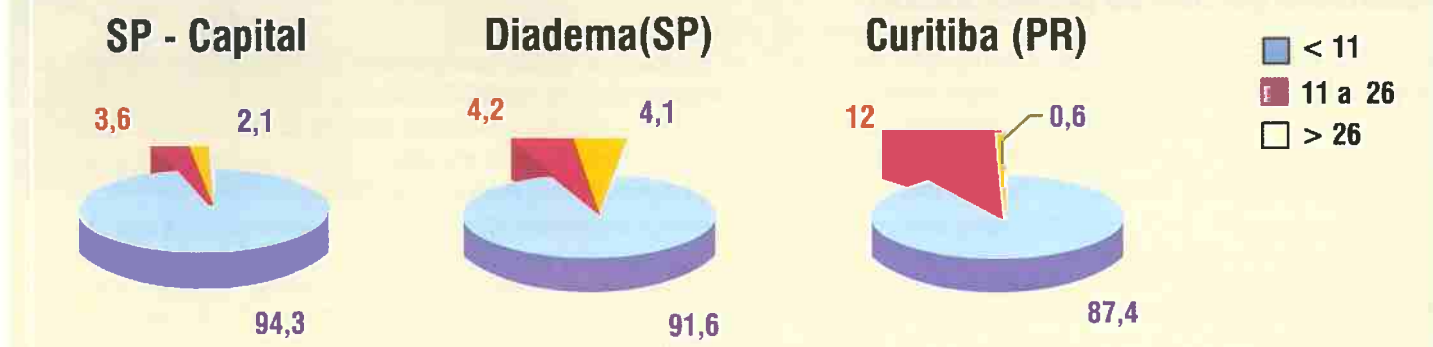
Treinamento dos Hospitais de Saúde das Prefeituras de São Paulo, Diadema (SP) e Curitiba (PR)

73 Profissionais de Saúde das UBS /PSF ou CAPS - AD de São Paulo, 77 de Diadema e 34 de Curitiba, além de 4 alunos (2 de graduação e 2 de pós-graduação)

- Treinamento teórico:** noções sobre as ações das drogas, critérios diagnósticos (apostila)
- Treinamento prático:** na aplicação dos instrumentos de Triagem (AUDIT e ASSIST) e na técnica de IB (2 manuais)
 Treinamento de 16 horas (4 horas semanais)

ASSIST - RESULTADOS PARCIAIS
 Distribuição dos Pacientes de Serviços de Atenção Primária à Saúde (Porcentagem)

ESCORE ASSIST	SP - Capital	Diadema (SP)	Curitiba (PR)	TOTAL
< 11	94,3	91,6	87,4	N= 2319
11 - 26	3,6	4,2	12,0	N= 152
> 26	2,1	4,1	0,6	N= 59
TOTAL	N = 1060	N = 802	N=668	N= 2530



O **quadro a seguir** mostra um resumo da implantação da IB em Juiz de Fora, onde os profissionais foram treinados somente no uso do AUDIT (para detecção do uso excessivo de álcool), com as porcentagens de consumidores excessivos e as dificuldades encontradas.

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas
 Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

Aplicação do Audit a freqüentadores de UBS/PSF de Juiz de Fora (dados colhidos em 2004 e 2005)

Audit e Intervenção Breve - Juiz de Fora

Profissionais: 82
 19 médicos , 22 enfermeiros, 12 assistentes sociais, 7 psicólogos, 21 auxiliares de enfermagem, 1 educador físico.

52 atuavam em UBS
 17 em serviços de saúde da PM ou Corpo de Bombeiros
 5 no serviço de saúde dos servidores da UFJF
 8 em serviços de saúde dos servidores da prefeitura

Treinamento: 16 horas em quatro módulos (Epidemiologia, Psicofarmacologia, Diagnóstico, Intervenção Breve)- 4h/semana

Ronzani, 2005 - Avaliação de um Processo de implementação de Estratégia de Prevenção a Uso Excessivo de Álcool em serviços de Atenção Primária à Saúde: entre o ideal e o possível. Tese de doutorado, Psicobiologia - UNIFESP.

Aplicação do Audit a freqüentadores de UBS/PSF de Juiz de Fora (dados colhidos em 2004 e 2005)

Aplicação do AUDIT por Profissionais de Saúde de Juiz de Fora - MG

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

Ronzani, 2005 - Avaliação de um Processo de implementação de Estratégia de prevenção a Uso Excessivo de Álcool em serviços de Atenção Primária à Saúde: entre o ideal e o possível. Tese de doutorado, Psicobiologia - UNIFESP.

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

Dificuldades das Equipes (JF)

- falta de infra-estrutura adequada (espaço físico, insumos);
- alta rotatividade;
- Equipes: incompletas, sem sistematização ou organização do trabalho, com problemas de relacionamento e disputa entre categorias (médicos X não médicos);
- Falta de continuidade das ações;
- Burocratização e definição a priori do trabalho, sem diagnóstico prévio das necessidades específicas de cada serviço.

Dificuldades individuais (JF)

- Falta de tempo; sobrecarga de trabalho;
- Falta de motivação e "perfil" inadequado ("especialistas");
- Resistências para o trabalho com usuários de álcool;
- Dificuldade para propor redução/abstinência de consumo de uma droga socialmente aceita;
- Suposição de resistência dos pacientes para receber TIB.

AUDIT e Intervenção Breve - Juiz de Fora

Parte do projeto "Alcohol SBI in Developing Countries" - PIs: Thomas Babor and John Higgins-Biddle (Un. Connecticut Health Center) Apoio: WHO, PAHO, NIAAA R-21

Participantes:

Brasil: UNIFESP (Formigoni), UFJF (Ronzani), FMUSP - RP (Furtado)

Locais - Juiz de Fora e Ribeirão Preto

África do Sul: Limpopo province (Karl)

3. Para saber se a Intervenção Breve (IB) era de fato eficaz, ou se somente o fato de fazer o diagnóstico já poderia provocar a redução do consumo, metade dos pacientes recebeu a Intervenção Breve imediatamente após a primeira aplicação do ASSIST (grupo IB) e metade deles (grupo controle) só recebeu a Intervenção Breve três meses depois, imediatamente após a segunda aplicação do ASSIST, que foi realizada para os dois grupos.

O **quadro a seguir** mostra que o grupo que recebeu a IB imediatamente após a aplicação do ASSIST apresentou redução significativa do consumo de álcool passando, em média, para a faixa de uso de baixo risco, enquanto que o grupo controle, que ainda não tinha recebido a IB apresentava a mesma pontuação média no ASSIST que a obtida na entrevista anterior, três meses antes.

Aplicação do ASSIST para detecção do uso abusivo de álcool e outras drogas e Intervenção Breve para usuários de álcool. Pontuação geral no ASSIST para álcool e em cada uma das questões que avaliam problemas associados ao uso de álcool (desejo de usar, problemas associados, negligência de atividades, preocupação de outras pessoas com o uso, dificuldade de controle). O sinal * indica que houve mudanças significativas entre a aplicação inicial e aquela realizada três meses após a IB (redução do desejo de usar, dos problemas e da preocupação de outras pessoas).

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

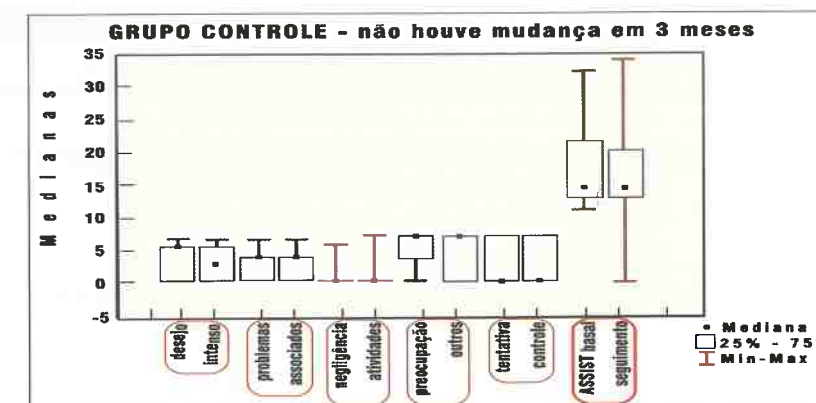
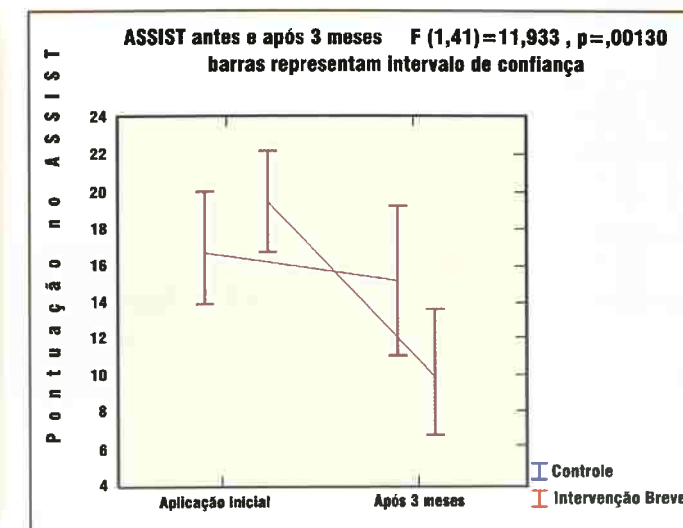
Usuários de Risco ou Abuso de Álcool

Grupo intervenção: receberam imediatamente a IB, folhetos educativos e um manual de auto-ajuda

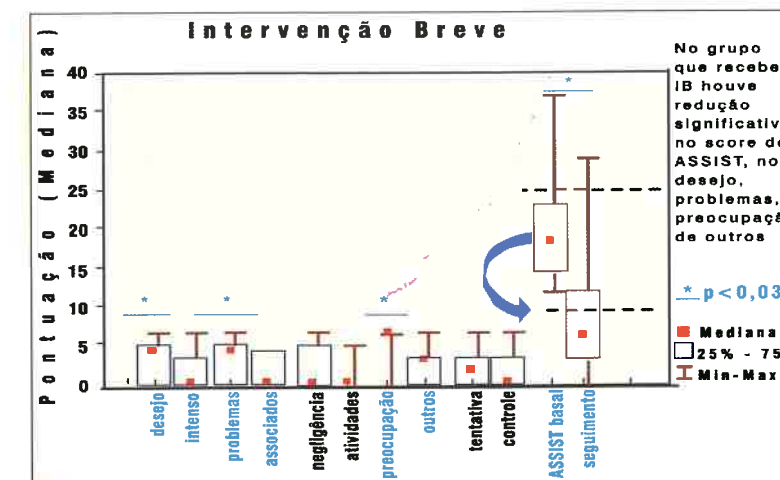
Grupo controle: não receberam a IB logo após a detecção.

Após 3 meses: (Seguimento) Para os 2 grupos foi reaplicado o ASSIST e o grupo controle recebeu a IB somente depois da IB.

Pessoas com Dependência - Foram encaminhadas para serviços especializados (CAPS ad) ou ambulatórios especializados.



Grupo controle (NÃO recebeu IB)



Grupo que recebeu IB

Dados parciais de São Paulo e Diadema nov/2005

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

**Importante!!**

Não só em serviços de atenção primária à saúde, mas em qualquer serviço ambulatorial, a Triagem associada à Intervenção pode (e deve!!) ser aplicada.

LEMBRE-SE

Muitas vezes o uso de álcool ou outras drogas interfere de modo importante em doenças crônicas como hipertensão, diabetes e AIDS.

Em resumo:

1. É possível implantar a Detecção do Uso de Álcool e outras drogas no País, em serviços de atenção primária à Saúde
2. É importante treinar os profissionais e conversar abertamente com toda a equipe para que a implantação seja efetiva.
3. Dificuldades existem, mas podem ser superadas - lembre-se que este trabalho de prevenção e intervenção precoce poderá reduzir muitos problemas futuros dos pacientes, caso mantivessem ou aumentassem o padrão de uso de drogas.
4. Você tem agora as ferramentas e conhecimentos básicos para iniciar este processo no seu serviço - **Mãos à obra!!!**

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

Bibliografia Consultada

1. ALI, R. ; AWWAD, E. ; BABOR, T. ; BRADLEY, F. ; BUTAU, T. ; FARRELL, M. ; FORMIGONI, MLOS ; ISRALOWITZ, R. ; BOERNGEN-LACERDA, R ; MARSDEN, J. ; MCREE, B. ; MONTEIRO, M. G. ; STIPEC, M. R. ; VENDETTI, J. . The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and feasibility. Addiction, London, v. 97, p. 1183-1194, 2002
2. FORMIGONI, MLOS, BOERNGEN-LACERDA e RONZANI, TM (Organizadores e tradutores) WHO - Estratégias de auto-ajuda para reduzir ou deixar o uso de substâncias: Um guia. , 2004.
3. FORMIGONI, MLOS, BOERNGEN-LACERDA e RONZANI, TM (Organizadores e tradutores) WHO - Assist - Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: Guia para o uso na atenção primária à saúde, 2004.
4. FORMIGONI, MLOS, BOERNGEN-LACERDA e RONZANI, TM (Organizadores e tradutores) WHO - Intervenção breve para o abuso de substâncias: Guia para uso na atenção primária à saúde, 2004.
5. FORMIGONI, MLOS (Coordenadora) A intervenção breve na dependência de drogas - a experiência brasileira. 1. ed. São Paulo: Editora Contexto, 1992. v. 1. 210 p.
6. HENRIQUE, IFS, DE MICHELI, D, LACERDA, RB et al. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. Apr./Jan. 2004, vol.50, no.2 p.199-206
7. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200039&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-4230.
8. GONÇALVES, P S ; RONZANI, T M ; BUENO, L ; RAFAEL, D ; LACERDA, RB ; LACERDA, LAP; FORMIGONI, MLOS . Primary Health Professionals' attitudes, abilities and beliefs regarding early screening and Brief Intervention for drug abuse. Alcoholism Clinical Experimental Research 29 (5): 76, 2005
9. MICHELI, D; FISBERG, M; FORMIGONI, MLOS . Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. Revista da Associação Médica Brasileira 50(3): 305-313, 2004.
10. RONZANI, TM. Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de atenção primária à saúde: entre o ideal e possível. 2005. Tese (Doutorado em Psicobiologia) - Universidade Federal de São Paulo.
11. 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. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 3, p. 852-861, 2005.
12. WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. Am J Pub Health 1996; 86: 948-55.

CAPÍTULO 7: As experiências brasileiras no uso de Intervenções Breves para pessoas com uso de risco, abusivo ou dependência de álcool e outras drogas

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda, Vânia Patrícia Teixeira Vianna e Telmo Mota Ronzani

Atividades**Teste seu conhecimento**

Assinale V (verdadeiro) ou F (falso) para as alternativas abaixo:

O fato de pessoas com dependência de álcool demorarem muito para procurar ajuda tem sido considerado o principal fator que dificulta um bom resultado do tratamento. Por isso é importante detectar os problemas de uso abusivo o mais cedo possível. ()

Somente após vários anos de problema é possível detectar com certeza se existe dependência de álcool. ()

O fato de que ainda existe muito preconceito em relação aos usuários de drogas pode ser considerado um dos fatores que aumenta o tempo que um usuário leva para procurar um tratamento especializado. ()



VIVAVOZ

LIGUE PRA GENTE. A GENTE LIGA PRA VOCÊ.

0800 510 0015

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas

UMA BOA CONVERSA PODE SER UM BOM COMEÇO.

Falar sobre drogas nunca é fácil, mas pode ser a principal atitude para não se deixar envolver por elas. Esta é uma das razões para a criação do VIVAVOZ. Mais do que repressão é preciso compreensão. A informação pode ser decisiva na hora de ajudar familiares de usuários, pessoas que já têm problemas ou até quem não quer usar drogas, sejam legais ou ilegais. Pois, no final das contas, é sempre uma questão de escolha individual, na qual conhecer as consequências do uso dessas substâncias pode ser decisivo. E, com uma boa conversa pelo VIVAVOZ, pode ficar mais simples entender tudo isso.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE.

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (Antiga Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre). Após 3 anos de funcionamento, os resultados positivos e a demanda do público para o teleatendimento apontaram para a necessidade de ampliação do serviço. Para isto, uma parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça vai permitir um maior período de atendimento.

O VIVAVOZ é uma central telefônica, aberta a toda população. Orientações e informações sobre as características e efeitos das drogas psicoativas, prevenção ao uso e abuso e os recursos disponíveis na comunidade para quem precisa de apoio ou atendimento são encontrados no VIVAVOZ.

Os consultores passaram por um período intenso de capacitação e são supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde.

VIVA VOZ – ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES SOBRE O USO INDEVIDO DE DROGAS.

- * Serviço aberto para toda a população;
- * Totalmente gratuito;
- * Não é preciso se identificar;
- * Profissionais de qualquer área também podem tirar suas dúvidas e receber material bibliográfico;
- * Horário de funcionamento: segunda a sexta, das 8 h às 20 h
- * A partir do 2º semestre de 2008 o horário será expandido para 8 h às 24 h

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas

0800 510 0015



MÓDULO 1

O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais

MÓDULO 2

Efeitos de substâncias psicoativas no organismo

MÓDULO 3

Deteção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas

MÓDULO 4

Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas

MÓDULO 5

Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas

MÓDULO 6

As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas

GUIA DO ESTUDANTE

VÍDEOS

6 MÓDULOS E GUIA DO ESTUDANTE EM CD