

4ª Edição

FAVD

SUPERA



Sistema para detecção do

Uso abusivo e dependência de substâncias

Psicoativas:

Encaminhamento, intervenção breve,

Reinserção social e

Acompanhamento

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO EM PAZ SEM FOME

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Ministério da Justiça

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00000045D18

615.7/22
S623
4. ED
V. 4
DEP.LEGAL



9 788560 662531



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
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

4ª Edição

**Brasília
2011**

615.7822
56238
V. 4
4.ED.

Dep. Legal

1555197

MJ - BIBLIOTECA

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

Presidenta da República
Dilma Rousseff

Vice-Presidente da República
Michel Temer

Ministro da Justiça
José Eduardo Cardozo

Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
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

4ª Edição

Brasília

2011

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

© 2011 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.senad.gov.br>
Tiragem desta edição: 6.000 exemplares
Impresso no Brasil/ Printed in Brazil
Edição: 2011

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 205 Brasília/DF. Cep 70604-900
www.senad.gov.br
Unidade de Dependência de Drogas (UDED) - Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Rua Napoleão de Barros, 1038 - Vila Clementino - 04024-003 - São Paulo. SP

Linha direta SUPERA

0800 777 8778

Homepage: www.supera.senad.gov.br

e-mail: faleconosco.supera4@supera.org.br

Equipe Editorial

Supervisão Técnica e Científica

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Revisão de Conteúdo

Equipe técnica - SENAD

Carla Dalbosco
Aldo Costa Azevedo
Andrea Donatti Gallassi
Patrícia Santana Santos
Iza Cristina Justino

Equipe técnica - UNIFESP

Denise De Micheli
Eroy A. Silva
Keith Machado Soares
Monica Parente Ramos
Yone G. Moura

Supervisão dos Tutores

Andre Luiz Monezi Andrade
Giovana Camila de Macedo
Iracema Francisco Frade
Karina Possa Abrahão

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância

Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP
Laboratório de Educação a Distância (LED-DIS)

Supervisão: Monica Parente Ramos

Equipes: Educação, Tecnologia, Pesquisa e Avaliação
Projeto gráfico: Sílvia Cabral

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

l61 módulo 4 / coordenação do módulo Denise De Micheli, Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni. – 4. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

82p. – (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 978-85-60662-53-1

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

4 módulo

INTERVENÇÃO BREVE PARA CASOS DE USO DE RISCO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Coordenação: Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni (UNIFESP)

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.....	9
Atividades.....	10
CAPÍTULO 2: Como motivar usuários de risco	11
Introdução.....	11
Estágio 1: Pré-Contemplação.....	12
Estágio 2: Contemplação.....	12
Estágio 3: Preparação.....	13
Estágio 4: Ação.....	14
Estágio 5: Manutenção.....	14
O que é preciso para o paciente mudar seu comportamento?.....	15
Bibliografia.....	18
Atividades.....	19
CAPÍTULO 3: Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos.....	20
Introdução.....	20
Escolhendo a substância de maior preocupação.....	21
Depois de avaliar o paciente como dar o RETORNO dos resultados?.....	21
Retorno e informação para usuários de baixo risco.....	23
Intervenção Breve para usuários na faixa de uso de risco.....	24
Bibliografia.....	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.....	45
Atividades.....	46
CAPÍTULO 5: A Intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la?	48
Introdução.....	48
O que a Intervenção Breve tem a ver comigo profissional de UBS?.....	50
A Intervenção Breve pode ser um instrumento para a Educação em Saúde?.....	50
Como Implantar a Intervenção Breve na minha UBS?.....	53
O que você ganha em aplicar a Intervenção Breve?.....	54
Bibliografia.....	55

Atividades	56
CAPÍTULO 6: Efetividade e relação custo-benefício das Intervenções Breves	57
Introdução	57
Estudos realizados em outros países	58
Estudo da relação custo-benefício	58
Custos e benefícios do Projeto TREAT	59
Bibliografia	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
Bibliografia	80
Atividades	81

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

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 (autoeficácia)

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

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?...”



Feita esta introdução o segundo passo é



2º PASSO

R (responsibility): Responsabilidade e Metas

Nessa etapa, será realizada uma “negociação” entre o profissional e o paciente, a respeito das metas a serem atingidas no tratamento, 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).



3º PASSO

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.

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.

BIBLIOGRAFIA

Babor TF, Higgins Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*. 2000;95:677-86.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ATIVIDADES

Teste seu conhecimento

1. Qual o aspecto mais importante na postura do profissional, ao abordar o paciente usuário de substâncias psicoativas?
- a) O profissional deve demonstrar toda a sua experiência e conhecimento no assunto, a fim de conquistar a admiração do paciente

b) O profissional deve demonstrar toda a sua experiência e conhecimento no assunto, exercendo sua autoridade na confrontação com o paciente

c) O profissional deve demonstrar sensibilidade e empatia, a fim de motivar o paciente à mudança de comportamento

d) Nenhuma das anteriores esta correta
2. Qual o primeiro passo, antes de iniciar as etapas da Intervenção Breve?
- a) Fazer um contrato com paciente antes de iniciar a Intervenção Breve

b) Fazer uma triagem antes de iniciar a Intervenção Breve

c) Conversar com a família e estabelecer limites para o paciente 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 limite de tempo, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente

d) Nenhuma das anteriores
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 tratamentos intensivos, apesar de melhores serem muito dispendiosos, quando comparados com abordagens breves

c) O fato de as abordagens breves terem demonstrado superioridade, quando comparadas com tratamentos intensivos

d) Nenhuma das anteriores



“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

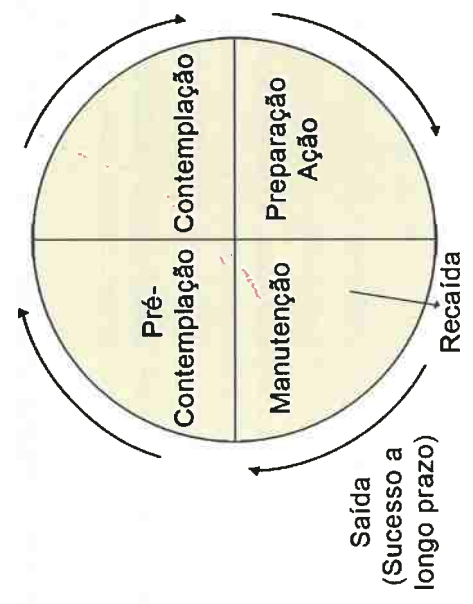
1. Introdução
2. Estágios: 1, 2, 3, 4 e 5
3. O que é preciso para o paciente mudar seu comportamento?

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



ESTÁGIO 1: PRÉ-CONTEMPLAÇÃO

Não pensando na possibilidade de mudança

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



Mantendo esta mesma ideia, 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)**

Balança de Decisão

Ganhos por não mudar

Ganhos com a mudança



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.

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 (autoeficácia). 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.

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 • Oriente-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.

BIBLIOGRAFIA

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

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

Prochaska JA, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviour. Am Psychiatry. 1992;47:1102-14.

ATIVIDADES

Teste seu conhecimento

- Qual o procedimento mais adequado ao profissional ao atender um paciente em estágio de contemplação?
 - O profissional deve fortalecer a autoestima do paciente e estimulá-lo a pensar sobre os benefícios da mudança de comportamento
 - O profissional deve formular um plano de mudança de comportamento
 - O profissional deve orientar o paciente a respeito de seu consumo e encaminhá-lo para um tratamento especializado
 - Nenhuma das anteriores
- “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?
 - Contemplação
 - Recaída
 - Pré-contemplação
 - Manutenção
- O que significa autoeficácia?
 - Autoeficácia é a crença do paciente em sua capacidade de realizar e de ter sucesso em uma tarefa específica
 - Autoeficácia é a capacidade do paciente para mudar de comportamento
 - Autoeficácia é a crença do paciente de que seu uso de drogas pode lhe trazer problemas
 - Nenhuma das anteriores



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. 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 buscar os serviços especializados no tratamento da dependência de álcool e outras drogas.

As intervenções breves, principalmente para uso excessivo de álcool e tabaco, funcionam muito bem em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), além de serem intervenções de baixo custo. O profissional de APS, está em posição estratégica para identificar pacientes cujo uso de substância é prejudicial ou de risco para sua saúde e bem-estar, podendo intervir enquanto o problema ainda não é tão grave.



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

ESCOLHENDO A SUBSTÂNCIA DE MAIOR PREOCUPAÇÃO

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



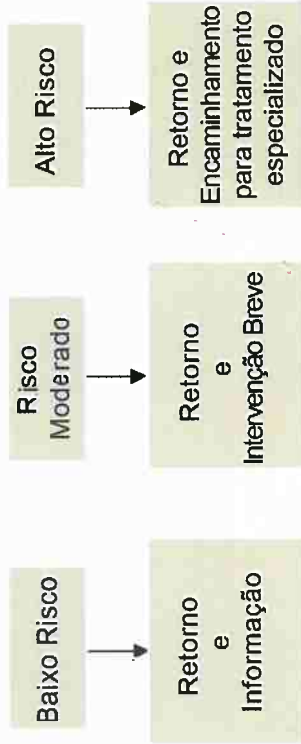
Tentar realizar várias mudanças ao mesmo tempo é difícil e pode levar o paciente a sentir-se pressionado e desmotivado. Sendo assim, é melhor enfocar uma substância por vez.

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



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 que para algumas pessoas é difícil de 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:

- Promover 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?"
- 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?"
- Provocar autorreflexão:** 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?"

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 excessivo de álcool e outras drogas por diversas razões:

- Aumenta o nível de conhecimento da comunidade sobre os riscos relacionados ao uso excessivo 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 excessivo.



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

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.

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 automotivação)**

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, 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 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. Esses folhetos 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.



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 autoajuda 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/attitudes 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.)

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 disso. 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 13, 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. (**forneecer 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 desmotivada e sem ânimo para as atividades do seu dia a dia.

Além disso, quando a pessoa fica algum tempo sem usar a droga pode ficar ansiosa ou deprimida e, em alguns casos, pode ficar paranoica, achando que os outros a estão perseguindo. A maconha também diminui a habilidade para resolver problemas, pode aumentar a pressão arterial, causar asma, bronquite, por conta da fumaça ingerida, 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 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 de maconha o afeta? *(provocação de automotivação, 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 enfatizar a relação de Rafael com sua namorada e suas dificuldades no trabalho)



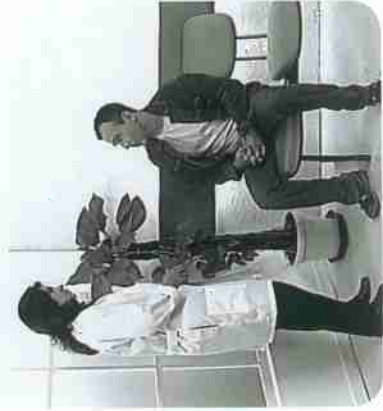
Encaminhamento de usuários que pontuarem na faixa de alto risco (sugestivo de dependência) ou que fizerem uso de drogas por via injetável.

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 uma das melhores formas de reduzir o risco ou os problemas já existentes relacionados ao uso da substância pode ser diminuir ou parar com o uso.
- Se 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://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

Formigoni MLOS, coordenadora. A intervenção breve na dependência de drogas. São Paulo: Contexto; 1992. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/ludef/>>.

Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R. Estratégias de auto-ajuda para reduzir o uso de substâncias: um guia. versão preliminar 1.1./ tradução: Ronzani TM, supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boemgen-Lacerda R. Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS, 2004. (versão atualizada em inglês disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599405_eng.pdf>).

Humeniuk R, Poznyak V. Assist. Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para o uso na Atenção Primária à Saúde: versão preliminar 1.1./ tradução: Ronzani TM, supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boemgen-Lacerda R. revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS, 2004. (versão atualizada em inglês disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf>).

Humeniuk R, Poznyak V. Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para o uso na Atenção Primária à Saúde. Versão preliminar 1.1./ tradução: Ronzani TM, supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boemgen-Lacerda R. revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS, 2004. (versão atualizada em inglês disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399_eng.pdf>).

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.

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 CORRETA:

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
- 32
- SUPERA
- 4

INTERVENÇÃO BREVE PARA CASOS DE USO DE RISCO DE SUBSTÂNCIAS

PSICOATIVAS

Coordenação: Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni (UNIFESP)

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz

SUPERA

módulo

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações
- Tópicos
1. Intervenção Breve para adolescentes usuários de substâncias

2. Porque 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 VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de 26 Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), em 2010, com 50.890 estudantes:
- 42,4% já haviam consumido álcool na vida;

• 9,6% tabaco;

• 15,4% outras drogas.
- Na faixa de 10 a 12 anos, 7,7% 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.
- MJ - BIBLIOTECA
- SUPERA
- 33

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) consequentes ao abuso de substâncias. No entanto, observa-se o desenvolvimento mais acelerado dos problemas, passando rapidamente da experimentação para o abuso.



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.

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

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”.
- 
2. **Baixa autoestima e baixa autoeficácia:** A baixa autoestima e a baixa autoeficácia nos adolescentes, muitas vezes, são o resultado de uma percepção bastante realista de que seus pontos de vista e desejos não são considerados quando alguém (em geral, seus pais ou responsáveis) toma decisões que o afetam diretamente. Assim, sugerimos que você crie oportunidades para que os sentimentos de autoestima sejam fortalecidos, na própria entrevista ou consulta. Mostre que você leva em consideração e se preocupa com os sentimentos e emoções do adolescente.
- 
3. **Reações a figuras de autoridade:** Os adolescentes em geral, 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 ideia é: “Mais um para reprovar o que eu faço”. Isto, sem dúvida, pode contribuir para diminuir sua autoestima e seu senso de eficácia. Diante desta situação, sua tarefa será fortalecer a autoestima 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.



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 autoestima 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.
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!

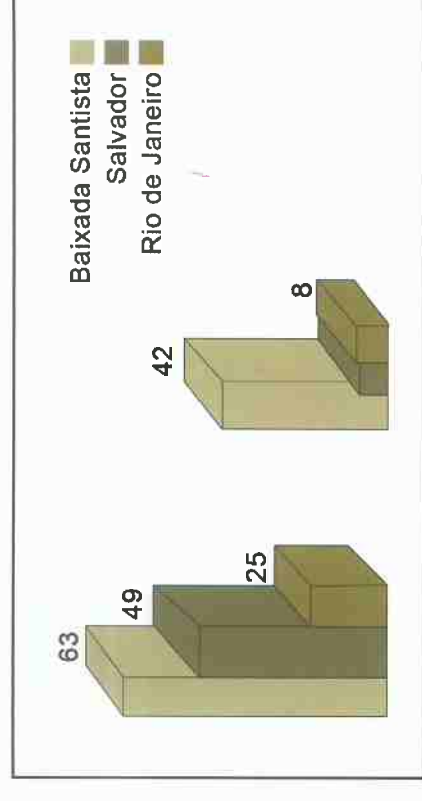
INTERVENÇÃO BREVE PARA USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS (UDIS)

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, entre 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 %



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 autoadministração de drogas injetáveis - com o predomínio absoluto da cocaína injetável - é, direta ou indiretamente, responsável por cerca de 7,9% do total de casos de AIDS notificados até o momento. A percentagem 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.

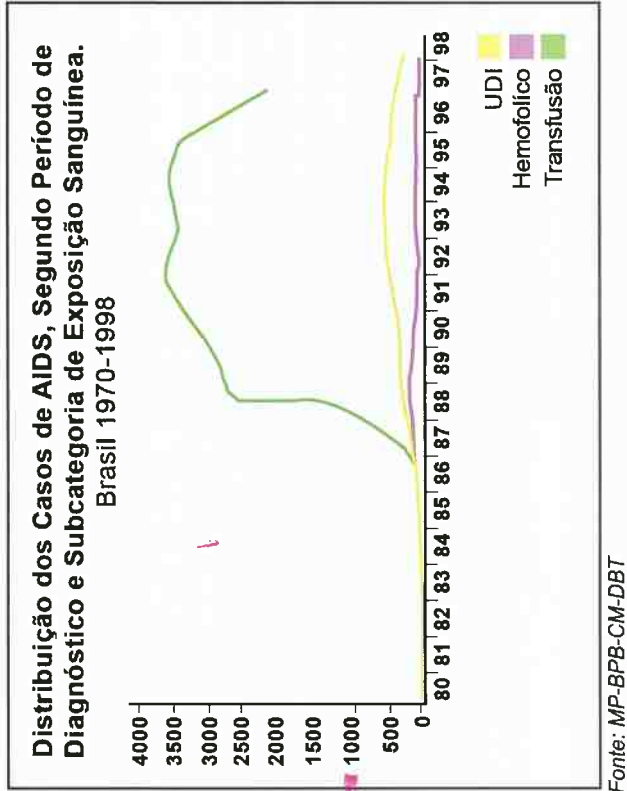
Além da infecção pelo HIV, as demais doenças de transmissão sanguínea são bastante prevalentes entre os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) brasileiros, com taxas elevadas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais, além de infecções particularmente comuns em determinadas regiões brasileiras, 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.

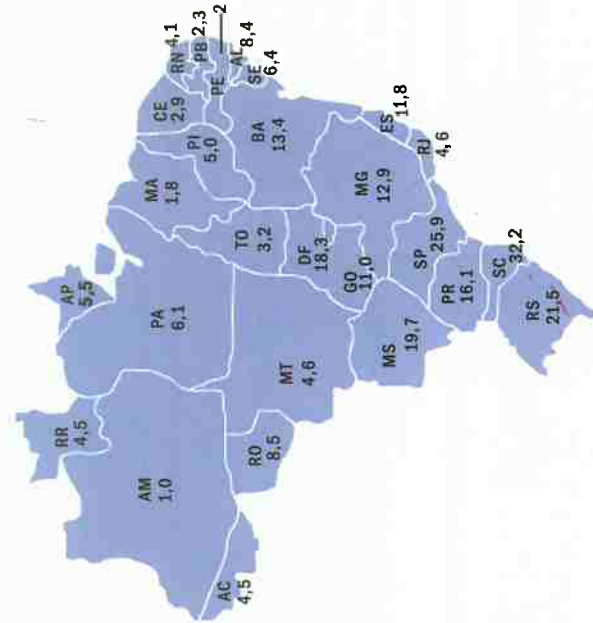
Os casos de AIDS entre UDI no Brasil obedecem, diferentemente do que ocorre com os casos incluídos nas demais categorias de exposição, um padrão geográfico bastante definido, que não coincide com a tradicional concentração de casos de AIDS no conjunto das regiões metropolitanas, nas diferentes regiões. 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.



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



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 defrontamos, 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:

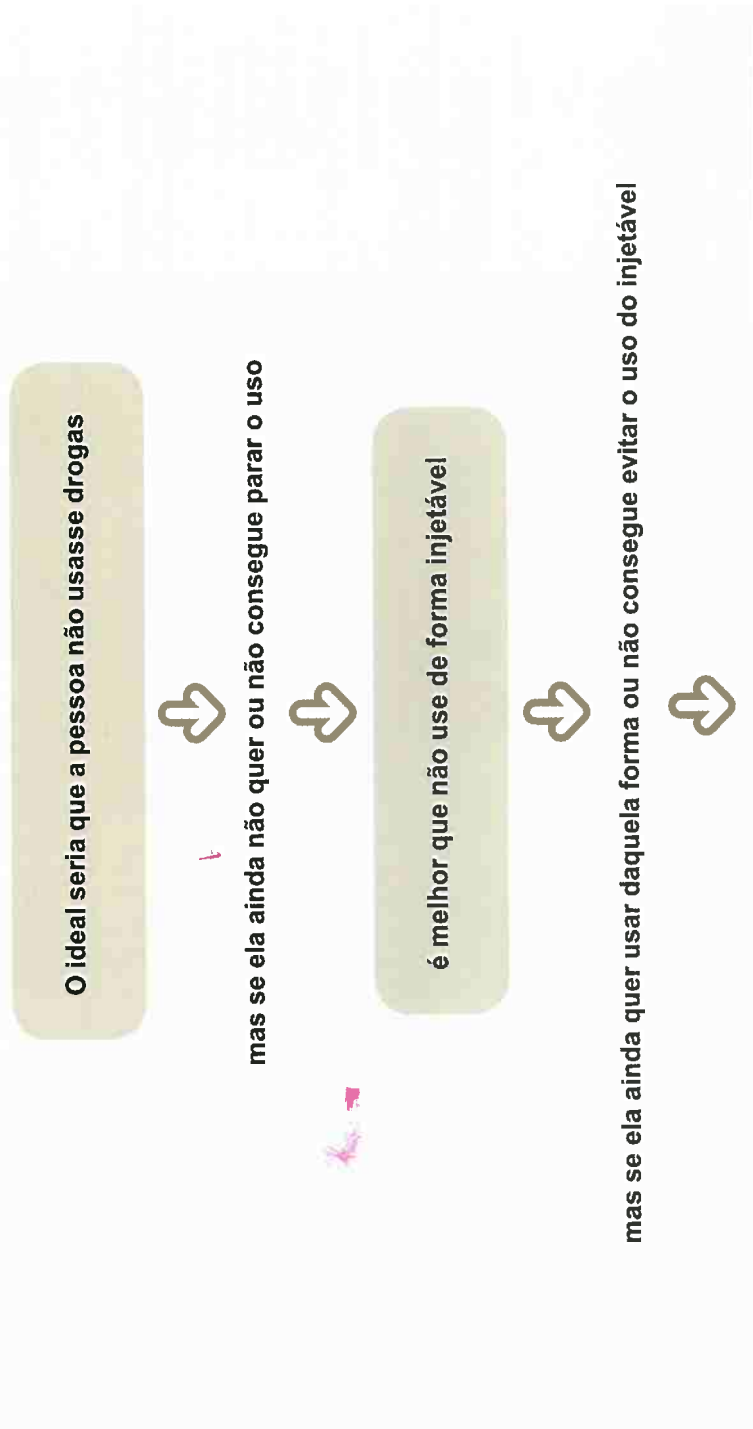
- desestimular o consumo de drogas;
- desestimular a transição para vias mais graves e danosas de consumo;
- oferecer tratamento aos usuários de drogas (e, eventualmente, a seus familiares);
- evitar, por meio da disponibilização de equipamentos descartáveis de injeção, a infecção pelo HIV e demais patógenos de transmissão sanguínea 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/pagina/equipamentos-para-uso-de-drogas>

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

1. Abrir o caminho para o **estabelecimento de um contato produtivo** e sem desconfiâncias 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:

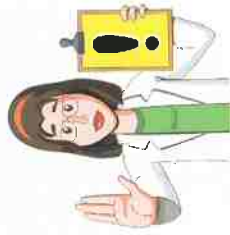


é melhor que faça o uso sem compartilhar ou dividir o equipamento (seringas, agulhas, cachimbos etc.)

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/pagina/previnase>

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.



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

- 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 UDLs na comunidade, pois estas pessoas, frequentemente, evitam outros serviços de saúde. Os agentes do PSF devem, sempre que possível, trabalhar em conjunto com os agentes dos Programas de Redução de Danos.

INTERVENÇÃO BREVE PARA POPULAÇÃO DE RUA

A condição de risco e vulnerabilidade 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).

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 nas 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.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez MAS, Alvarenga AT, Ferrara N.F. O encontro transformador em moradores de rua na cidade de São Paulo. *Psicol Soc.* 2004;16(3):47-56.
- 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.
- Brasil. Ministério da Saúde. Dados de Pesquisa [texto na internet]. Brasília: [citado 16. abr. 2005] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/dados/boletim2.pdf>.
- 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.* 2000;34(6):636-45.
- Cruz MS, Sáad AC, Ferreira SMB. 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. *J Bras Psiquiatr.* 2003;52(5):355-62.
- De Micheli D, Formigoni MLOS. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction.* 2004;99:570-8.
- De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(3):305-13.
- Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2004.
- Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG et al. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2004.
- Paludo SS, Koller SH. Resiliência na rua: um estudo de caso. *Psicol Teor Pesquisa.* 2005;21(2):187-95.
- Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e desafio para políticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(1):56-69.



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) Nas intervenções breves para UDIs devem ser fornecidas informações sobre os riscos e danos do uso de drogas, especialmente, aqueles relacionados à via de uso e às formas de evitá-los ou diminuí-los

c) Podem ser feitas por agentes dos Programas de Saúde da Família, que tem oportunidade excelente para a identificação e abordagem precoce de UDIs na comunidade, pois estas pessoas, frequentemente, evitam outros serviços de saúde

d) A possibilidade de 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)

e) Todas as alternativas estão corretas

2. O que pode afetar negativamente o resultado de uma Intervenção Breve junto a adolescentes usuários de drogas?

a) Postura do profissional demasiadamente otimista e empática

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 adolescentes usuários de drogas

e) Nenhuma das anteriores

46

SUPERA

4

INTERVENÇÃO BREVE PARA CASOS DE USO DE RISCO DE SUBSTÂNCIAS

PSICOATIVAS

Coordenação: Denise De Micheli e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni (UNIFESP)

SUPERA

módulo

CAPÍTULO 4: Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações

Denise De Micheli e Marcelo Santos Cruz

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, somente quando utilizadas em conjunto com medicamentos

c) As intervenções breves com UDIs mostram-se altamente eficientes, somente 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

SUPERA

47

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 pontos principais como:

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

A INTERVENÇÃO BREVE PODE SER UM INSTRUMENTO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE?

O profissional de Atenção Primária sabe muito bem que o seu trabalho tem uma importância fundamental para o sistema de saúde, pois enfoca principalmente a prevenção e a promoção de saúde. Desse modo, deve cada vez mais 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.

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;**
- **Trabalho em redes de apoio social;**
- **Facilidade de utilização e caráter interdisciplinar.**

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



Quem pode aplicá-la?



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.

BIBLIOGRAFIA

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

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

Humeniuk R, Poznyak V. Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para o uso na Atenção Primária à Saúde. um guia. Versão preliminar 1. / tradução: Ronzani TM, supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Lacerda R revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS, 2004. (versão atualizada em inglês disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399_eng.pdf>).

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

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

Ronzani TM, Higgins-Biddle J, Furtado EF. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. Soc Sci Med. 2009;69(7):1080-4.

ATIVIDADES

Reflexão

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

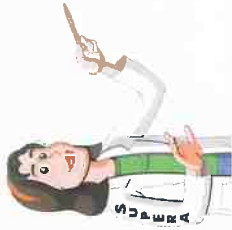
Sempre que um novo procedimento é proposto, surgem várias perguntas:

- 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.

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

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.

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 e outras drogas, em diferentes países. A efetividade da IB foi comprovada quando aplicada por profissionais especializados. Atualmente, os estudos têm avaliado seu desempenho quando administrada pelos próprios profissionais dos serviços de APS.

A implementação de propostas 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 quatro aspectos principais:

- a) **as atitudes e crenças dos profissionais de saúde em relação à proposta;**
- b) **o contexto no qual a proposta pretende ser implementada (por exemplo, as políticas públicas de saúde vigentes);**
- c) **a formação do profissional de saúde que se pretende treinar;**
- d) **a participação social e as políticas públicas locais sobre álcool e outras drogas.**

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

Nesse sentido, é de suma importância a avaliação das condições nas quais a TIB deve ser implementada, a detecção das possíveis barreiras e a proposta de soluções para a efetivação dessas práticas. Embora a eficácia e a eficiência da TIB já tenham sido avaliadas em diversos contextos, é necessária uma avaliação da efetividade 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 frequentam os serviços de APS e fazem uso de risco de álcool e outras drogas), 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 **quantitativos** (levantamentos ou estudos experimentais sobre a mudança de indicadores antes e após a implementação) e/ou **qualitativos** (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.

Em estudo realizado entre pacientes de UBS do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, demonstrou que nos últimos 12 meses, 57% dos médicos de PSF não perguntaram sobre o uso de álcool aos pacientes, sendo que para outras substâncias houve uma porcentagem ainda maior (75%). Por outro lado, 90 e 99% dos pacientes disseram que os médicos deveriam perguntar sobre o padrão de uso e que não se sentiriam ofendidos se perguntados.

BIBLIOGRAFIA

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

Ballesteros J, Gonzales-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction.* 2004;99(1):3-4.

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

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

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

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

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

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: 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%



Tópicos

- 1. Um pouco de história
- 2. Aproximação da vida real

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 ideia intuitiva de que tratamentos mais longos e intensivos teriam melhores resultados do que tratamentos menos longos e intensivos.



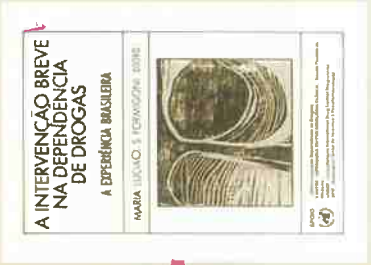
IMPORTANTE!

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.

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

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

AQUISIÇÃO (3 a 5 sessões):

- 1ª Sessão: devolutiva (feedback) da entrevista inicial, contrato, identificação de situações de risco, monitorização do uso, proposição de abstinência como uma meta inicial, discussão de estratégias
- 15 dias
- 2ª Sessão: especificação da meta de longo prazo (final), regras para consumo moderado (se esta for a meta final), estratégias para solução de problemas
- 1 mês
- 3ª Sessão: término da aquisição: balanço dos progressos ou encaminhamento para solução de problemas residuais

MANUTENÇÃO (3 sessões):

- 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 - ADESAO:

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

Psicoterapia de Grupo (controle)

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

No início foi estabelecido um contrato terapêutico:

O grupo funcionaria por 6 a 7 meses, sendo aberto a novos pacientes nos dois primeiros meses, com no mínimo 6 e no máximo de 10 pacientes. Sessão ocorreria com no mínimo 2 pacientes. Os participantes não podiam estar embriagados ou sob efeito de drogas durante a sessão. Grupos selecionados por 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.

Comparação da Intervenção Breve com a Psicoterapia de Grupo - Resultados

Adesão ao Tratamento

Intervenção Breve :

De 64 pacientes, 49% completaram aquisição e destes 42% completaram a manutenção.

A maioria desenvolveu o tratamento em 3 a 4 sessões.

Psicoterapia de Grupo (controle):

De 66 pacientes, 27% completaram todo o tratamento, 69% compareceram entre 1 e 5 sessões, 19% compareceram entre 6 e 10 sessões e 22% a mais de 11 sessões.

A maioria dos casos de abandono (50%) ocorreu nas 4 primeiras sessões.

Média: 25 sessões (entre os pacientes que completaram o tratamento)

RAZÕES PARA ABANDONO (%)		
	Intervenção Breve	Psicoterapia de grupo
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

ATIVIDADES QUE AUMENTARAM DE FREQUÊNCIA APÓS O TRATAMENTO (%)		
	Intervenção Breve	Psicoterapia de grupo
Comer	45	46
Fumar	3	13
Prática de esportes	26	24
Cinema/teatro	26	22
Assistir 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 (DSMIII-R)	48%	43%
Ausência de Problemas (só Álcool)	35%	32%
Ausência de Problemas (Álcool e/ou outras 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.

APROXIMAÇÃO DA "VIDA REAL" ...

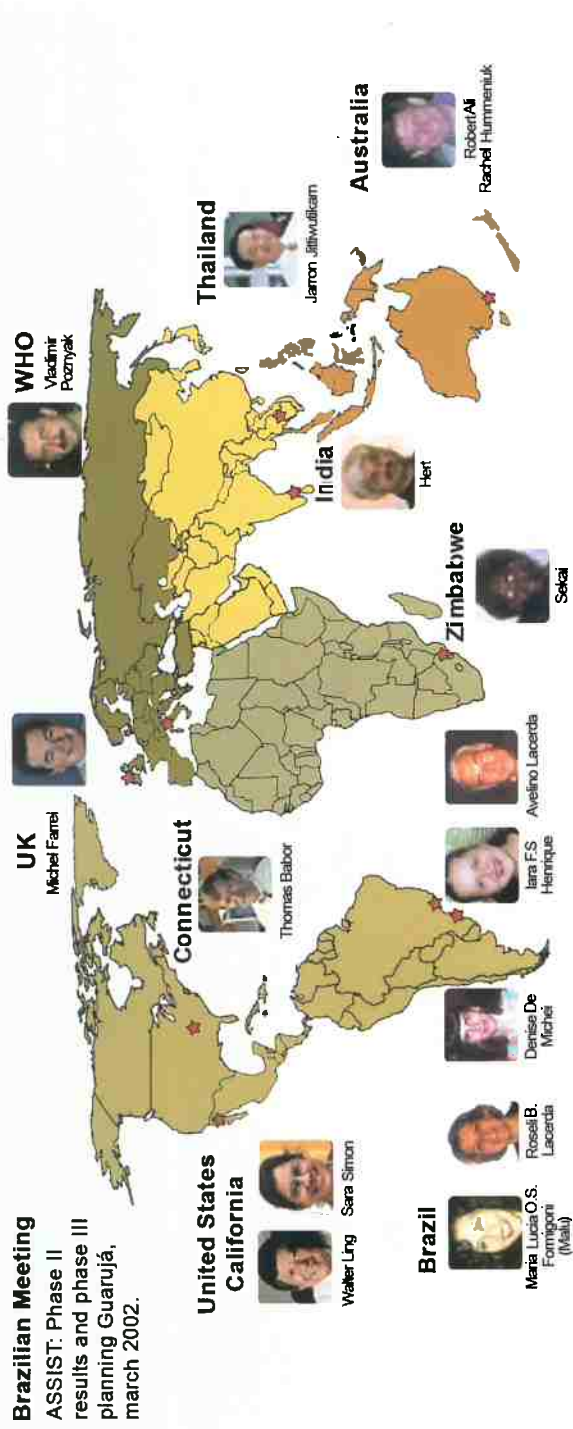
Embora aquela primeira experiência tenha indicado bons resultados, o estudo foi desenvolvido com uma população de pacientes um pouco diferente da que habitualmente frequenta serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou é atendida por profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF).

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, apoiados pela Organização Mundial de Saúde:

- 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.
- 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 Intervenções Breves. 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



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

Em 2003, pesquisadores da UNIFESP traduziram e adaptaram o instrumento ASSIST para nossa língua e cultura e o aplicaram a 100 pacientes de uma UBS de São Paulo.

Como podemos ver no quadro abaixo, os problemas mais frequentes naquela população eram o uso abusivo ou dependência de álcool e tabaco.

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

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

A experiência em Unidades Básicas de Saúde de São Paulo e Diadema



A 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 se iniciou em maio de 2004, tendo sido realizados treinamentos em 2004 e 2005, capacitando 82 profissionais em São Paulo e 70 em Diadema, naquele período. Os diretores de UBS, a princípio, foram muito receptivos e entusiasmados com o baixo custo e rapidez de aplicação da nova técnica, mas alguns profissionais apresentaram alguma resistência, encarando-a como “*mais uma atividade a ser realizada em sua rotina diária*”, não tendo percebido sua utilidade e praticidade.

Vários profissionais passaram a utilizar a técnica, tendo sido avaliados mais de 1.500 pacientes e realizadas mais de 100 Intervenções Breves. Como esperado, a maioria dos pacientes, que pontuaram na faixa de risco, faziam uso excessivo de álcool e, em menores proporções, de maconha ou cocaína. Estes últimos foram mais frequentes nos serviços especializados em DSTs, nos quais a técnica foi aplicada por pesquisadores e alunos da UNIFESP. Veja os resultados obtidos com esta e outras experiências ao final deste capítulo.

A experiência em Curitiba



Em Curitiba, durante o ano de 2004, foram realizadas reuniões com os gestores de saúde mental do município esclarecendo-os e sensibilizando-os sobre a aplicabilidade na Atenção Primária a Saúde do projeto ASSIST. Após a adesão destes gestores e com o apoio do município, 34 profissionais, entre médicos, enfermeiros e psicólogos, de 8 UBS 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 em cada uma das UBS.

Antes de iniciar o treinamento e um ano após, os profissionais foram avaliados quanto às suas crenças, atitudes e habilidades em relação às drogas e aos procedimentos de detecção e IB para o uso de drogas. 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 ideia de que o paciente costuma mentir sobre o seu uso de drogas. Porém, na prática diária, vários profissionais só realizavam o procedimento de detecção e a IB raramente. Tanto os gestores como os coordenadores das UBS consideraram que o baixo desempenho dos profissionais era devido à falta de tempo ou à falta de motivação, acrescida das mudanças frequentes nas equipes e o excesso de outras atividades que eram obrigatórias (ao contrário do procedimento do projeto) que era realizado como trabalho voluntário. Estes fatores podem ter influenciado a implantação do programa.

Todos os profissionais, incluindo os gestores e os coordenadores, consideraram que a implantação 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. Desta forma, em Curitiba, o seguimento do projeto ASSIST foi realizado por pesquisadores, que demonstraram que o problema decorrente do uso de drogas na APS é muito frequente e merece atenção dos gestores para mudança deste padrão.

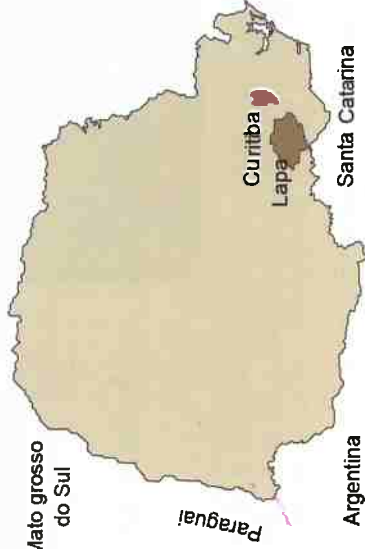
Na tabela abaixo vemos os resultados da avaliação realizada nas UBS de Curitiba incluindo 1188 pacientes:

PORCENTAGEM DE PACIENTES (classificados de acordo com o ASSIST)					
Substâncias psicoativas	Uso na vida	Baixo Risco	Risco	Sugestivo de Dependência	
a. derivados do tabaco	65,5	68	25,7	6,3	
b. bebidas alcoólicas	89,7	82,3	15,9	1,8	
c. maconha	19,9	95,2	4,2	0,6	
d. cocaína, crack	8,9	98,2	1,2	0,6	
e. anfetaminas ou ecstasy	6,2	99	1,0	0	
f. inalantes	10,1	99,2	0,6	0,2	
g. hipnóticos/sedativos	5,2	99,4	0,6	0	
h. alucinógenos	2,9	99,9	0,1	0	
i. opioides	0,2	100	0	0	
j. outras drogas	0,1	100	0	0	

Com base nos resultados obtidos, de 2007 até 2008, uma nova parceria foi estabelecida para a realização do projeto ASSIST, envolvendo além do município de Curitiba, também outros dois municípios menores da região metropolitana: Lapa e São José dos Pinhais, tendo o apoio da Secretaria Estadual da Saúde. Nesta nova fase, 162 profissionais, incluindo médicos, dentistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde foram treinados. Ao final de um ano, estes profissionais aplicaram 1.156 ASSIST, mas detectaram menores percentuais de uso de risco ou abuso de drogas do que os obtidos pelos pesquisadores no estudo anterior, realizado em condições muito semelhantes. Uma possível explicação para esse fato é que os pacientes pelo contato frequente com os profissionais poderiam estar constrangidos para revelar seu uso de qualquer droga, mesmo as lícitas. Mas de qualquer forma, os resultados encontrados foram expressivos e significantes, justificando a necessidade da incorporação desta prática de detecção precoce do uso de drogas associada a uma Intervenção Breve.



MAPA DO PARANÁ



No momento, outros estudos utilizando o ASSIST estão em andamento em Curitiba e no Estado do Paraná. Está sendo realizado um estudo de avaliação da eficácia da detecção precoce e Intervenção Breve nos funcionários da prefeitura de Curitiba. Em outro estudo, está sendo avaliada a eficácia da Intervenção Breve em pacientes internados em um hospital regional de infectologia, localizado no município da Lapa.

A experiência em Juiz de Fora



No município mineiro de Juiz de Fora e outros municípios da região da Zona da Mata de Minas, cerca de 500 profissionais de Saúde, assistência social, dentre outros, foram treinados nos anos de 2003 a 2009. Foram encontradas dificuldades semelhantes às relatadas pelos profissionais de outras cidades. Lá, também foram treinados profissionais do Corpo de Bombeiros e Polícia Militar, que aderiram muito bem à proposta e implantaram a detecção no exame de rotina anual.

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

Os resultados indicaram que havia dificuldades para a implantação efetiva dessas rotinas, tanto dos gestores, quanto dos profissionais envolvidos diretamente na sua execução.

Quanto aos profissionais, destacaram-se a restrição da abordagem a pessoas 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 afirmarem ter interesse no projeto. Observou-se que os agentes comunitários apresentaram desempenho importante na implementação da IB, que foi melhor nos municípios de pequeno porte.



Seminário de Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora

Em Juiz de Fora foram realizadas avaliações antes e após a capacitação. Os resultados mostraram que os profissionais melhoraram significativamente suas crenças e atitudes sobre IB e avaliação de sua capacidade para aplicar os instrumentos de triagem ASSIST e AUDIT, assim como realizar intervenções breves.

Atualmente o Polo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva realiza um trabalho de acompanhamento constante aos profissionais de mais de 5 municípios da região com o objetivo de promover a implementação da IB para álcool, tabaco e outras drogas, atuando no nível dos serviços, gestão e participação social.

Para mais informações sobre a experiência mineira acesse: <http://www.uff.br/popss/>

Estas técnicas de fato funcionam?

Alguns estudos estão em andamento em vários municípios brasileiros e resultados interessantes têm sido obtidos.

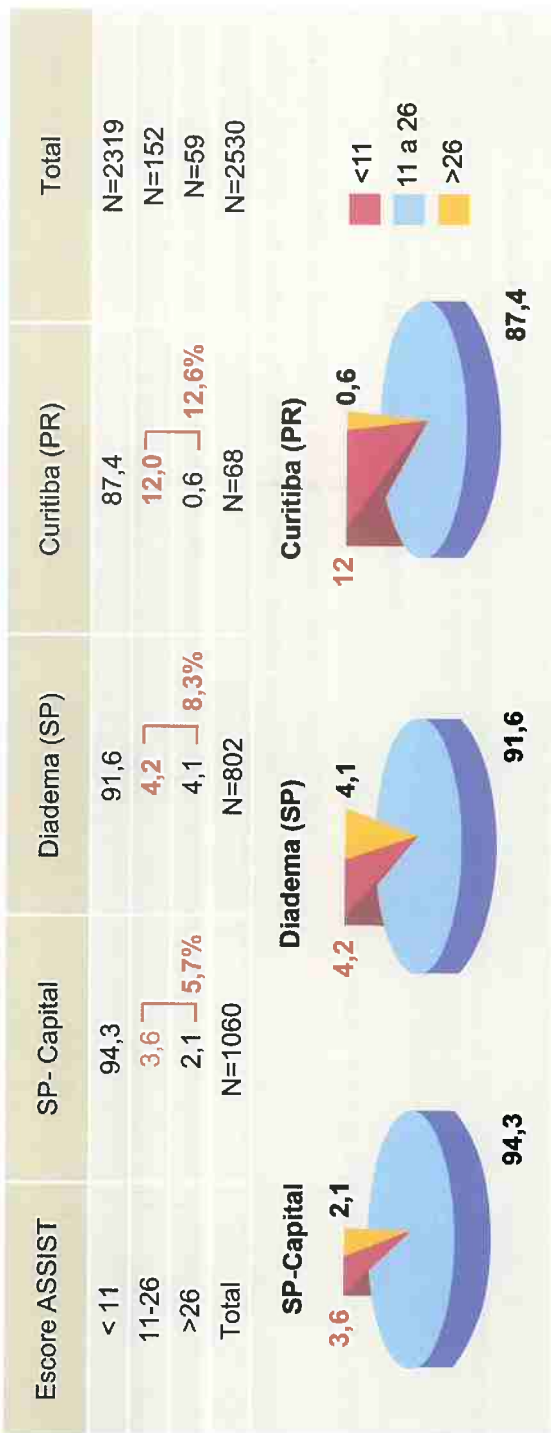
Resultados iniciais nas cidades de São Paulo, Diadema e Curitiba

Vários profissionais de saúde que trabalham em UBS nas cidades de São Paulo, Diadema e Curitiba já foram treinados para usar o ASSIST e realizar Intervenção Breve:

184 profissionais de Saúde das UBS /PSF ou CAPS/AD foram treinados “ao vivo” (16 horas, sendo 4 horas semanais):

73 de São Paulo, 77 de Diadema e 34 de Curitiba. Eles receberam um treinamento teórico com noções sobre as ações das drogas e critérios diagnósticos (apostila) e um treinamento prático, com a aplicação dos instrumentos de Triagem (AUDIT e ASSIST) e da técnica de IB (2 manuais). Estes treinamentos serviram de inspiração para a criação do curso SUPERA.

Veja no quadro a seguir uma análise dos dados de 2.530 pacientes entrevistados usando-se o ASSIST, dos quais 152 faziam uso abusivo de álcool e receberam Intervenção Breve.



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

Observe diferenças importantes entre São Paulo e Curitiba, provavelmente devidas ao perfil dos pacientes e das cidades. Em Curitiba alguns dados foram coletados por pesquisadores em um biênio e outros por profissionais de saúde, em sua rotina diária, dois anos mais tarde. É importante sempre levar em consideração a influência dos métodos utilizados e do período analisado.

Comparação dos dados colhidos por pesquisadores (2004-2006) e por profissionais de saúde (2007-2008) em Curitiba

Padrões de Uso	Tipo de substância usada				
	Tabaco	Álcool	Maconha	Cocaína	Anfetaminas
Uso na vida					
Pesquisador	70**	94**	22**	10**	6*
Profissional	57	68	14	5	4
Uso nos últimos 3 meses					
Pesquisador	35	64**	5*	1	1
Profissional	33	46	3	2	1
Uso de Risco (pelo ASSIST)					
Pesquisador	16	14**	5#	2#	1
Profissional	16	7	2	1	1
Uso Sugestivo de dependência (pelo ASSIST)					
Pesquisador	21**	2	1	1	0
Profissional	13	2	0	1	0

*p < 0,05, **p < 0,001, # p = 0,08. + Sedativos, alucinógenos, opioides e inalantes.

34 profissionais aplicaram 1156 ASSISTs, e 12 pesquisadores aplicaram 1188 ASSISTs.

AUDIT e Intervenção Breve em Juiz de Fora

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

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

ZONA DO AUDIT	HOMENS N=478	MULHERES N=443	TOTAL N=921
1	330	387	717 (77,8%)
2	92	47	139 (15,1%)
3	27 (5,7%)	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	

Estes dados são descritos em detalhe em: Ronzani, TM (2005) Avaliação de um Processo de implementação de Estratégia de prevenção a Uso Excessivo de Alcool em serviços de Atenção Primária à Saúde: entre o ideal e o possível. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia -UNIFESP.

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.

Dificuldades das Equipes (JF)

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

AUDIT e Intervenção Breve - Juiz de Fora e Região

Os dados colhidos em Juiz de Fora e Região fizeram parte de um projeto de pesquisa multicêntrico internacional, sobre a implantação de Intervenções Breves para uso de risco de Alcool em países em desenvolvimento, denominado “Alcohol SBI in Developing Countries” que foi coordenado por pesquisadores da Universidade de Connecticut (Health Center): Prof.s Thomas Babor and John Higgins-Biddle e que teve apoio financeiro da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização dos Estados Unidos (NIAAA). No Brasil, participaram deste projeto pesquisadores da UNIFESP (Formigoni MLOS), da Universidade Federal de Juiz de Fora (Ronzani TM) e da Faculdade de Medicina da USP – Ribeirão Preto (Furtado E), sendo que os dados foram coletados em Juiz de Fora e em Ribeirão Preto. Na África do Sul, os dados foram coletados em Limpopo sob a coordenação de Karl Peltzer.

Aplicação do AUDIT/ASSIST e da Intervenção Breve a frequentadores de UBS/PSF Juiz de Fora e Região (dados colhidos entre 2004 e 2007)

Participaram destes projetos 344 Profissionais, incluindo Médicos, Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Assistentes Sociais, Psicólogos, entre outros. Destes, 293 atuavam em UBS, 36 em serviços de saúde do trabalhador, 7 em CAPS ad, 17 em serviços de saúde da PM ou Corpo de Bombeiros, 5 no serviço de saúde dos servidores da UFJF e 8 em serviços de saúde dos servidores da prefeitura.

Treinamento: 8 horas em 2 módulos (Epidemiologia, Psicofarmacologia, Diagnóstico, Intervenção Breve).

Acompanhamento: os profissionais foram supervisionados na aplicação de AUDIT/ASSIST e na realização da Intervenção Breve. Durante 2 horas por semana, nos serviços em que trabalhavam, durante 6 meses. Os resultados são descritos em vários artigos.

Zonas de risco de uso de álcool, de acordo com o AUDIT (Dados expressos em porcentagem (n=921) ^a		1	2	3	4
Zona de risco		(0-7 pontos)	(8-15 pontos)	(16-19 pontos)	(+ 20 pontos)
Total		77,9	15,1	3,3	3,8
Gênero*	Masculino	69,0	19,2	5,6	6,1
	Feminino	87,4	10,6	0,7	1,4
Serviço*	Outros serviços de APS	84,7	11,1	1,4	2,8
	UBS	76,6	15,8	3,6	4,0
Faixa etária*	11-17 anos				
	18-27 anos	74,5	23,4	2,1	0,0
	28-37 anos	75,0	20,8	1,4	2,8
	38-47 anos	75,4	16,8	4,7	3,1
	48 anos ou mais	72,6	15,2	5,2	7,0

^ap=0,00 no teste de Qui-quadrado para a diferença nas zonas do AUDIT.

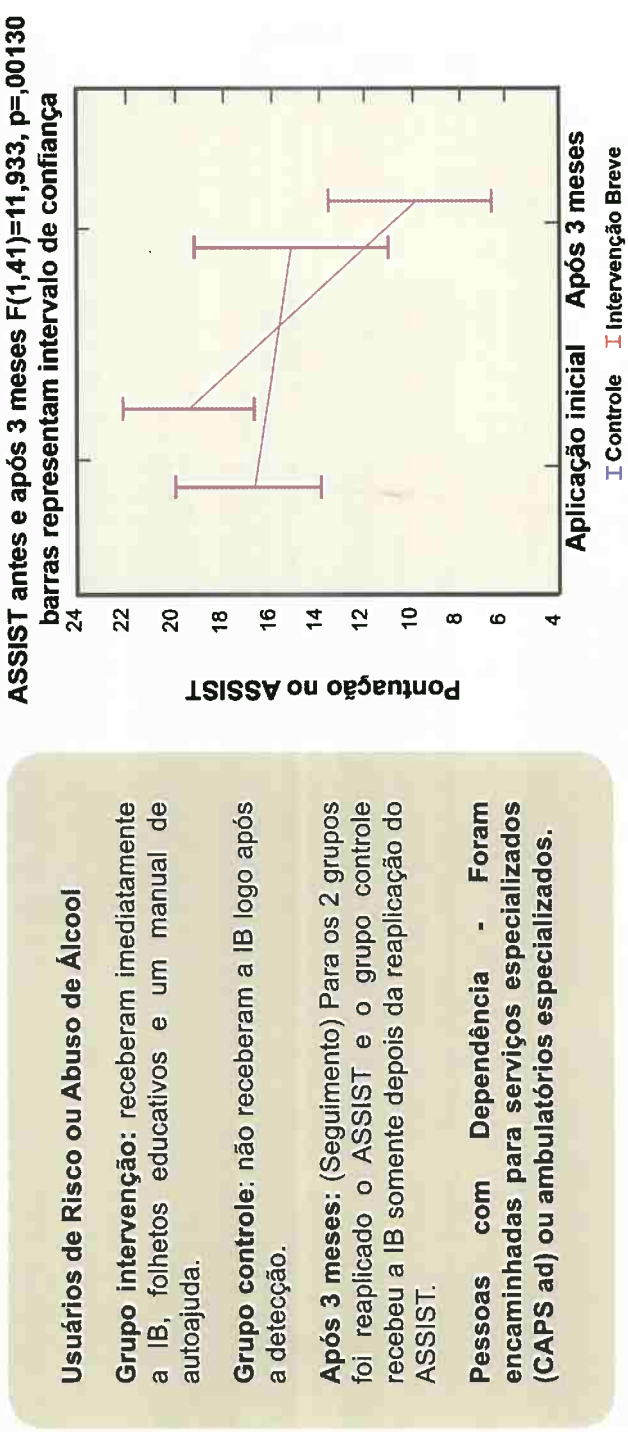
^bp= 0.00 on Chi-square test for the difference at AUDIT risk zones.

a Tabela publicada em Masgnabosco et al. Rev. Bras Epidemiol 2007; 10(4): 637-47

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

Para saber se a Intervenção Breve (IB) era de fato eficaz, ou se somente o fato de fazer o diagnóstico já poderia provocar a redução do consumo, em um dos estudos realizado em São Paulo, Diadema e Curitiba, metade dos pacientes avaliados como uso de risco recebeu a Intervenção Breve imediatamente após a primeira aplicação do ASSIST (grupo IB) e metade deles (grupo controle) só recebeu a Intervenção Breve três meses depois. Esta intervenção foi feita imediatamente após uma segunda aplicação do ASSIST, que foi feita para todos os pacientes, para avaliar se ocorreram mudanças nos problemas associados ao consumo de substâncias.

A Figura 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.



Vianna (2008) avaliou 4335 pacientes, dos quais 208 se apresentaram na faixa de uso de risco de álcool. Destes, 106 (Grupo Controle) só receberam o resultado do ASSIST, sendo avisados que se encontravam em faixa de uso de risco e que seriam contactados após 3 meses para uma nova avaliação. A outra metade (102 pacientes, grupo IB) recebeu uma Intervenção Breve imediatamente após o teste de triagem. Cada grupo foi classificado quanto à pontuação no ASSIST estar no limite mais próximo do baixo risco (pontuação inicial baixa – de 11 a 15) ou mais próximo do limite superior (próximo a sugestivo de dependência - pontuação inicial alta – de 16 a 26). Veja na tabela abaixo os resultados obtidos após 3 meses. Note que uma taxa de sucesso muito maior foi apresentada pelos pacientes que receberam IB (72,6%) do que no grupo controle (33,8%). Além disso, nos dois grupos, o sucesso foi maior entre os pacientes que se encontravam na faixa de risco baixa, indicando a importância de um diagnóstico precoce. Quando a pontuação era alta, a taxa de sucesso da IB era menor (59,5%) do que quando era baixa (83%). Observe também que no grupo Controle, apenas o resultado do teste de triagem por si só (ou as mudanças decorrentes da própria vida) levaram 40% das pessoas do grupo de baixa pontuação e 25,8% das pessoas do grupo de alta pontuação a reduzirem seu consumo de álcool.

Sucesso (pontuação no escore específico do ASSIST para álcool abaixo da zona de risco - escore <11) nos grupos Controle e Intervenção Breve, levando-se em consideração a pontuação inicial. Dados expressos em porcentagens.

GRUPO	PONTUAÇÃO INICIAL	SUCESSO	TOTAL
Controle	baixa	40	33,8
	alta	25,8	
Intervenção Breve	baixa	83 [#]	72,6 [*]
	alta	59,5 ^{&a}	

* difere do grupo controle, $X^2 = 23,4$, $p < 0,00001$
difere do grupo controle com pontuação baixa, $X^2 = 17,2$, $p < 0,00003$
& difere do grupo controle com pontuação alta, $X^2 = 7,8$, $p < 0,005$
a difere do grupo Intervenção Breve com pontuação baixa, $X^2 = 5,7$, $p < 0,016$



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!!!**

BIBLIOGRAFIA

- Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M, Formigoni MLOS, et al. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002;97:1183-94.
- De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da Intervenção Breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(3):305-13.
- Formigoni MLOS, coordenadora. A Intervenção Breve na dependência de drogas - a experiência brasileira. São Paulo: Contexto; 1992.
- Gonçalves PS, Ronzani TM, Bueno L, Rafael D, Lacerda RB, Lacerda LAP, ET al. Primary health professionals' attitudes, abilities and beliefs regarding early screening and Brief Intervention for drug abuse. *Clin Exp Res*. 2005;29(5):76.
- Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB et al. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):199-206.
- Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R. Estratégias de auto-ajuda para reduzir o uso de substâncias: um guia. versão preliminar 1.1./ tradução: Ronzani TM, supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Lacerda R revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS, 2004. (versão atualizada em inglês disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599405_eng.pdf>).
- Humeniuk R, Poznyak V. Assist. Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para o uso na Atenção Primária à Saúde: versão preliminar 1.1./ tradução: Ronzani TM, supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Lacerda R revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS, 2004. (versão atualizada em inglês disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf>).
- Humeniuk R, Poznyak V. Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para o uso na Atenção Primária à Saúde. um guia. Versão preliminar 1.1./ tradução: Ronzani TM, supervisão da tradução: Formigoni MLOS, Boerngen-Lacerda R revisão: Guirro UBP. UNIFESP. São Paulo: OMS, 2004. (versão atualizada em inglês disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399_eng.pdf>).
- Ronzani TM. Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de Atenção Primária à Saúde: entre o ideal e possível [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2005.
- Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):852-61.
- Ronzani TM, Amaral MB, Formigoni MLOS, Babor TF. Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. *Nordic Stud Alcohol Drugs*. 2008;25:529-38.
- Vianna VPT. Fatores que afetam a detecção do uso abusivo e dependência de álcool e a eficácia de uma intervenção breve [tese]. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2008.
- Who Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *Am J Public Health*. 1996;86:948-55.

ATIVIDADES

Teste seu Conhecimento

1. Assinale V (Verdadeiro) ou F (Falso) para as alternativas abaixo:
 - () a) 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.
 - () b) Somente após vários anos de problema é possível detectar com certeza se existe dependência de álcool.
 - () c) 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.



VIVA VOZ

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.

O QUE É O VIVAVOZ?

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

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

- O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde
- Os profissionais indicam locais para tratamento
- Oferecem aconselhamento por meio de intervenção breve para pessoas que usam drogas e seus familiares
- Prestam informações científicas sobre drogas

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, a Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre e o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça.



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

MÓDULO 7

A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde

GUIA DO ESTUDANTE

VÍDEOS

7 MÓDULOS E GUIA DO ESTUDANTE EM CD