

PRISCILA SAMAHA GONÇALVES

**“AVALIAÇÃO DAS BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO  
DETECÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÃO BREVE PARA O USO DE RISCO DE  
DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM CURITIBA-PR-“**

CURITIBA  
2005.

PRISCILA SAMAHA GONÇALVES

**“AVALIAÇÃO DAS BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO  
DETECÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÃO BREVE PARA O USO DE RISCO DE  
DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM CURITIBA-PR-“**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Farmacologia, no programa de Pós Graduação em Farmacologia do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

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

CURITIBA

2005.

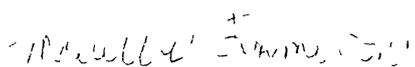


## PARECER

A Comissão Examinadora de Dissertação de Mestrado, “Avaliação das Barreiras para Implementação do Projeto Detecção precoce e intervenção breve para o uso nocivo de drogas na atenção primária a saúde em Curitiba-PR”, de autoria da Pós-Graduanda **PRISCILA SAMAHA GONÇALVES**, e composta pelos Professores Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni (UNIFESP), Dr<sup>a</sup> Araci Asinelli da Luz (UFPR), Dr<sup>a</sup> Roseli Boerngen de Lacerda (Orientadora - UFPR) De acordo com o Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, a Pós-Graduanda foi APROVADA

Para a devida publicação o trabalho deve sofrer as modificações sugeridas, que serão conferidas pela orientadora. Em Curitiba, 13 de junho de 2005

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Roseli Boerngen de Lacerda (orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni (UNIFESP)

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Araci Asinelli da Luz (UFPR)



*“Dedico este trabalho ao meu irmão,  
por ter vencido todas as barreiras”.*

“E se nesta vida uma pessoa, por sua inteligência e obediência, adquirir mais conhecimento e inteligência do que outra, ela terá tanto mais vantagem no mundo futuro” (D&C 130:19).

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

## **AGRADECIMENTOS**

- A Deus, meu criador, por me conceder a vida, saúde e capacidade, por me fazer sentir constantemente o Seu amor por mim.
- Aos meus pais, por sempre me amarem e incentivarem.
- Ao meu marido, meu amigo mais íntimo, meu companheiro eterno.
- Aos meus filhos, a verdadeira razão de todas as minhas realizações.
- A Roseli, minha orientadora, por compartilhar comigo muito mais que conhecimento, mas amizade sincera, alegria constante, ética e respeito ao próximo.
- Aos profissionais de saúde, participantes da pesquisa, por todo tempo que passamos juntos compartilhando experiências que com certeza contribuirão para nosso aperfeiçoamento profissional.
- Aos acadêmicos do curso de medicina da UFPR, Loana e Daniane, pela contribuição neste projeto.
- A todos os professores e funcionários do Departamento de Farmacologia que contribuíram de alguma forma para realização desse trabalho.
- Aos meus colegas de mestrado pelos momentos que passamos juntos nesses dois anos, que nossa amizade possa persistir.

## SUMÁRIO

<b>DEDICATÓRIA</b> .....	i
<b>EPÍGAFRE</b> .....	ii
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	iii
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	vi
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	vii
<b>RESUMO</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	18
<b>3 OBJETIVO</b> .....	19
<b>4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	19
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	20
5.1 SUJEITOS.....	20
5.2 QUESTÕES ÉTICAS.....	21
5.3 INSTRUMENTOS.....	21
5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	23
<b>6 RESULTADOS</b> .....	24
6.1 PRIMEIRA APLICAÇÃO DO QE1 ANTES DO TREINAMENTO.....	24
6.2 AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO.....	36
6.3 COMPARAÇÃO ENTRE A PRIMEIRA E SEGUNDA APLICAÇÃO DO QE1	37
6.4 AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE DETECÇÃO PRECOCE E DA INTERVENÇÃO BREVE PARA O USO DE DROGAS NA US UM ANO APÓS O TREINAMENTO.....	49
6.5 AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA COM OS GESTORES.....	52
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	54
7.1 AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES ANTES DO TREINAMENTO.....	54
7.2 AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA QUALIDADE DO	

TREINAMENTO.....	58
7.3 AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES APÓS O TREINAMENTO.....	59
7.4 AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE DETECÇÃO PRECOCE E DA INTERVENÇÃO BREVE PARA O USO DE DROGAS NA US UM ANO APÓS TREINAMENTO.....	61
7.5 AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA COM OS GESTORES.....	63
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO 1</b>	
<b>ANEXO 2</b>	
<b>ANEXO 3</b>	
<b>ANEXO 4</b>	

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA PRÉ-TREINAMENTO...	25
TABELA 2 -	PRÁTICA PROFISSIONAL PRÉ-TREINAMENTO.....	27
TABELA 3 -	CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES SOBRE COMO LIDAR COM USUÁRIOS DE RISCO PRÉ-TREINAMENTO....	30
TABELA 4 -	CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES SOBRE O PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS EM DETECTAR US DE RISCO PRÉ-TREINAMENTO.....	32
TABELA 5 -	CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES SOBRE O INTERESSE DO PROFISSIONAL SOBRE O PADRÃO, RISCOS E ACONSELHAMENTO PARA DIMINUIR O USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS DOS SEUS PACIENTES PRÉ-TREINAMENTO.....	34
TABELA 6 -	GRAU DE CONFIANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA SUA HAB. EM DES. AS ATIVIDADES DESCRITAS PRÉ-TREINAMENTO.....	36
TABELA 7 -	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA PÓS-TREINAMENTO...	39
TABELA 8 -	PRÁTICA PROFISSIONAL PÓS-TREINAMENTO.....	41
TABELA 9 -	CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES SOBRE COMO LIDAR COM USUÁRIOS DE RISCO PÓS TREINAMENTO....	43
TABELA 10 -	CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES SOBRE O PAPEL DO PROF. DA APS EM DETECTAR US. DE RISCO PÓS-TREINAMENTO.....	45
TABELA 11 -	CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES SOBRE O INTERESSE DO PROF. SOBRE O PADRÃO, RISCOS E ACONSELHAMENTO PARA DIMINUIR O USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS DOS SEUS PACIENTES PÓS-TREINAMENTO.....	47
TABELA 12 -	GRAU DE CONFIANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	

<b>NA SUA HAB. EM DESEMPENHAR AS ATIVIDADES DESCRITAS PÓS-TREINAMENTO.....</b>	<b>49</b>
--	-----------

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>APA</b>	<b>ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA</b>
<b>APS</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>
<b>AUDIT</b>	<b>ÀLCOOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST</b>
<b>AVC</b>	<b>ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>
<b>ASSIST</b>	<b>ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST</b>
<b>AVAI</b>	<b>ANOS DE VIDA AJUSTADOS POR INCAPACIDADE</b>
<b>CAGE</b>	<b>ACRÔNIMO REFERENTE ÀS SUAS QUATRO PERGUNTAS - CUT DOWN, ANNOYED BY CRITICISM, GUILTY E EYE-OPENER</b>
<b>CEBRID</b>	<b>CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS</b>
<b>CID 10</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 10ª. VERSÃO</b>
<b>DSM IV</b>	<b>MANUAL DE DIAGNÓSTICO ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS, 4ª. VERSÃO</b>
<b>IB</b>	<b>INTERVENÇÃO BREVE</b>
<b>MAST</b>	<b>MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST</b>
<b>OMS</b>	<b>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE</b>
<b>PIB</b>	<b>PRODUTO INTERNO BRUTO</b>
<b>PSF</b>	<b>PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>
<b>QE1</b>	<b>QUESTIONÁRIO DE ESTUDO NÚMERO UM</b>
<b>SUS</b>	<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>
<b>US</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>
<b>UBS</b>	<b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE</b>
<b>SBI</b>	<b>SCREENING AND BRIEF INTERVENTION</b>
<b>WHO</b>	<b>WORLD HEALTH ORGANIZATION</b>

## RESUMO

Sabendo-se dos prejuízos sociais, financeiros, legais que a dependência q traz para a sociedade, torna-se relevante à implementação de projetos de prevenção ao uso de drogas. Com esse objetivo pesquisadores da organização mundial da saúde desenvolveram o instrumento de detecção precoce de usuários de risco de drogas denominado ASSIST(Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) seguido da aplicação de uma entrevista motivacional (IB) objetivando a redução do consumo de drogas evitando assim o aparecimento da dependência. **Objetivo:** avaliar as barreiras e expectativas para implementação de um projeto de detecção precoce e intervenção breve para uso de risco de drogas nas unidades de saúde do município de Curitiba-PR. **Método:** Após um período inicial de contato com os gestores da coordenação de saúde mental, foi realizada uma reunião de sensibilização com os representantes de 9 unidades de atenção primária à saúde, que representavam os distritos do município. Foi realizado um treinamento dirigido aos profissionais de saúde que aceitaram voluntariamente participar, oriundos de 9 unidades de saúde do município, que visava habilitá-los na utilização de instrumentos de detecção precoce de usuários de risco de drogas associado a uma intervenção breve nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Antes do treinamento, os profissionais participantes (n=34) responderam a questionários sobre crenças, atitudes e habilidades (QE1) em relação à aplicação desses instrumentos na APS. Após o treinamento os 34 profissionais avaliaram a qualidade do mesmo. Ao longo de 4 meses, quando os profissionais (n=19) foram treinados em sua prática rotineira para aplicar os instrumentos, responderam novamente ao QE1. Um ano após o treinamento foi realizada a técnica de grupo focal com os coordenadores do projeto (n=6) de cada unidade para avaliar os obstáculos encontrados na prática. Dois gestores da organização responderam uma entrevista estruturada sobre suas expectativas em relação ao projeto. **Resultados:** Observou-se que o treinamento ministrado aos profissionais das unidades de APS contribuiu para uma mudança teórica das crenças e habilidades em relação à aplicação dos instrumentos de detecção precoce e a intervenção breve. Na prática, foram detectadas várias dificuldades para a implementação efetiva desse projeto. Destacaram-se a falta de tempo, falta de motivação dos profissionais e o excesso de remanejamento de pessoal das US. **Conclusão:** Treinamento constante e a mudança na formação do profissional através de educação continuada e inclusão de disciplina de prevenção ao uso de drogas nos cursos de graduação da área de saúde, parecem ser estratégias que podem ajudar a vencer essas barreiras.

## ABSTRACT

Taking into account the social, economical and lawful problems that dependence causes in society, It is relevant to implement prevention strategies to the early detection of hazardous and risky drug users. With this aim researchers from the World Health Organization developed an instrument to the early detection of risky drug users named ASSIST(Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), which is followed by a motivational interview focusing in the reduction of the drug use and consequently avoiding dependence installation.

**Objective:** to evaluate the expectancies and barriers for the implementation of a screening and brief intervention strategies in the routine of the PHC in the Brazilian city of Curitiba-PR. **Method:** After an initial contact with the managers of the Mental Health of the City Health Secretariat we held a sensitization meeting to the managers from 9 Primary Health Care (PHC) settings representing the district regions of Curitiba. Then we provided a training course to the health professionals that voluntarily agreed in participating in the project. This course was planned to qualify the professionals in performing early drug risky use detection and brief intervention (SBI) in the PHC settings. Before training, the participants (n=34) answered a questionnaire on knowledge, attitude and skills (QE1) regarding the SBI in the PHC. Immediately after the training, the same professionals evaluated the quality of the course. During the next 4 months when the professionals were trained to perform SBI in their routine practice, they (n=19) were invited to answer the QE1 again. One year after the training course, a meeting was appointed and the coordinators of the project from each of the PHC settings participated (n=6) in a focal group in which they discussed the factors that facilitated and made it more difficult to implement the project in the routine practice. Besides, two managers of the mental health service of the city participated in an interview structured to evaluate their expectancies regarding the project. **Results:** It was observed that the training contributed to a theoretical change in the beliefs and skills to perform SBI. But, when they tried to apply SBI in their routine practice many obstacles were reported, so that an effective implementation did not occur. They reported lack of time, lack of motivation to work of their colleagues and the constant change of the staff of the PHC. **Conclusion:** Continued training of the PHC professionals and an inclusion of a discipline during the professional undergraduation aiming to construct knowledge and skills necessary to perform SBI in their routine practice were discussed. It was also proposed an implementation of an institutional SBI program managed by the City Health Secretariat.

## 1. INTRODUÇÃO

O uso de drogas psicotrópicas acompanha a humanidade desde a pré-história. Existem relatos que datam de 6000 a.C que a cerveja possa ter sido produzida a partir da cultura de arroz na Índia ou da cevada no Egito. Na própria Bíblia encontram-se alusões à cultura da uva e do vinho, inclusive citando a embriaguez de Noé ou o uso em rituais e festas sagradas. As primeiras referências à maconha datam de 12.000 a.C e o seu efeito euforizante já tinha sido descoberto na Índia em torno de 2.000 a 1.400 a.C. sendo que os indivíduos faziam o seu uso para estimular o apetite, curar doenças venéreas e induzir o sono. Atualmente, em muitas culturas, as drogas exercem um papel relevante no convívio social como, por exemplo, no seu uso em situações de celebração ou para promover a inserção do indivíduo no grupo, como se observa entre os adolescentes em relação ao álcool, para os quais o uso dessa droga funciona como um ritual de passagem para a adolescência. Desta forma, muitas vezes o uso de drogas psicotrópicas faz parte da cultura e pode não desencadear problemas ao indivíduo. Além disso, alguns indivíduos procuram nas drogas o prazer e a euforia que elas proporcionam ou as suas propriedades de diminuir tensões e sofrimento caracterizando o seu uso como automedicação. Porém, seja qual foi o motivo da iniciação, em alguns casos, o uso se torna abusivo gerando problemas à saúde ou interferindo com as atividades de relacionamento social, quer seja, na família, no trabalho ou na escola. (TOSCANO, 2001)

Para se fazer um diagnóstico do usuário que está apresentando problemas relacionados à droga, utilizam-se critérios diagnósticos propostos pela Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1993) ou pelo Manual Diagnóstico Estatístico da Associação Psiquiátrica

Americana (APA, 1994) e que são classificados como Transtornos relacionados às Substâncias. Essas classificações consideram não somente aquelas condições nas quais os indivíduos utilizam as substâncias para alterar o humor e o comportamento, mas também estende o conceito para as que ocorrem em decorrência do uso não intencional de substâncias ou como resultado de efeitos colaterais das mesmas. Dentro dos Transtornos pelo Uso das Substâncias estão classificadas a Intoxicação, o Abuso ou Uso Nocivo, a Dependência e a Síndrome de Abstinência. A intoxicação com substância é o desenvolvimento de uma síndrome reversível, que ocorre após a administração recente de uma substância psicoativa produzindo alterações de comportamento ou psicológicas mal-adaptadas como resultado dos efeitos fisiológicos diretos da substância sobre o sistema nervoso central. A característica essencial do Abuso ou Uso Nocivo de Substância é um padrão mal-adaptativo de uso de substância, manifestado por conseqüências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância (ver critérios diagnósticos). A característica essencial da dependência de substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga (ver critérios diagnósticos). A característica essencial da Síndrome de Abstinência de Substância é o desenvolvimento de uma alteração comportamental mal-adaptativa e específica à substância, com prejuízos fisiológicos e cognitivos, devido à cessação ou redução do uso pesado e prolongado de uma substância.

Na CID-10, as diretrizes diagnósticas propostas para o Uso Nocivo são as seguintes (WHO, 1993):

A - Padrão de uso que está causando prejuízo à saúde. O prejuízo pode ser físico ou mental. O diagnóstico requer que o prejuízo real teria sido causado à saúde mental ou física do usuário.

B – Nenhum outro diagnóstico concorrente de síndrome de dependência de substância para a mesma classe da substância.

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

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

(1) uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)

(2) uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)

(3) problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções, conduta desordeira relacionada à substância)

(4) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos

efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais).

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.

Na CID 10 as seguintes ***diretrizes diagnósticas*** são propostas para a Dependência (WHO, 1993):

Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido manifestados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:

- (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir substância;
- (b) dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- (c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disto são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes);
- (e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;

(f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estado de humor depressivo conseqüente a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga; deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

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

Um padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado.

(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância.

(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar sintomas de abstinência

(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância

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

*Especificar se:*

**Com Dependência Fisiológica:** evidências de tolerância ou abstinência (isto é presença do Item 1 ou 2).

**Sem Dependência Fisiológica:** não existem evidências de tolerância ou abstinência (isto é, nem Item 1 nem Item 2 estão presentes).

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

Estudos epidemiológicos têm detectado índices de uso cada vez maiores nos últimos anos, tanto no Brasil como em outras regiões do mundo (GALDURÓZ et al., 1997; 2003; UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM, 1997; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

O primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, realizado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da UNIFESP) em uma amostra representativa das 107 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes, detectou índices de 11,5% para dependência de álcool, 9% para dependência de tabaco e 1% para dependência de maconha, sendo que as porcentagens de uso na vida destas substâncias foram de 68,7%, 41% e 7%, respectivamente, e a porcentagem de uso na vida de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 19,4%. (CARLINI et al., 2002).

Existem evidências de que o uso de drogas está associado a problemas de saúde pública. Tabaco, álcool e drogas ilícitas estão entre os 20 maiores fatores de risco de problemas de saúde identificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Estima-se que o tabaco seja responsável por 9% de todas as mortes e por 4,1% da carga global de doenças, medida pelos anos de vida ajustada por incapacidade (AVAI). O álcool é responsável por 3,2% de mortes e 4% de AVAIs e as drogas ilícitas por 0,4% de mortes e 0,8% de AVAIs. Existe uma tendência crescente das pessoas usarem múltiplas substâncias juntas ou em épocas diferentes, o que aumenta ainda mais os riscos (WHO, 2002).

O manual “ASSIST teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: Guia para uso na atenção primária a saúde”, desenvolvido por pesquisadores da OMS de diversos países descreve os seguintes problemas de saúde específicos para as diversas substâncias de abuso. (HUMENIUK; POZNYAK; 2004)

Entre os principais problemas relacionados ao abuso do tabaco podemos citar: doenças cardiovasculares e acidentes vasculares cerebrais (AVC); doenças respiratórias obstrutivas crônicas; doenças renais, câncer de pulmão, bexiga, mama, boca, garganta e esôfago.

O consumo crônico excessivo de álcool pode levar a vários problemas crônicos de saúde como: aumento de pressão arterial e AVC; ansiedade, depressão e suicídio, doenças hepáticas; problemas digestivos, úlceras, impotência, câncer de boca, garganta e mama.

A toxicidade da maconha é baixa e não existem relatos por morte por uso de maconha somente. Entretanto, o uso de maconha fumada, compartilha muitos riscos do uso do tabaco fumado e ainda aumenta a gravidade e o risco de doenças como: doenças cardíacas, aumento da pressão arterial, asma, bronquite, enfisema, diminuição de memória e habilidade na resolução de problemas, perda de motivação, redução de libido, depressão, tolerância e dependência.

O uso de cocaína e anfetaminas está associado a uma variedade de problemas físicos e psicológicos, entre eles: dificuldade para dormir, taquicardia, dores de cabeça, perda de peso, exaustão, fissura intensa, paranóia, ansiedade, depressão, agressividade e estresse. Além disso, o uso de cocaína está associado com um comportamento de risco, incluindo riscos associados ao uso injetável e práticas sexuais inseguras, colocando o usuário e seu parceiro sob alto risco de contraírem doenças sexualmente transmissíveis.

O uso crônico de inalantes está associado com o aparecimento dos seguintes sintomas: fadiga extrema, olhos vermelhos e lacrimejantes, tosse, secreção e manchas nasais, tremores e reflexo lento, problemas de coração, pulmões, fígado, rins, dores de cabeça crônica, sinusite e sangramento de nariz; perda de memória e confusão, depressão e agressão.

O uso de sedativos e hipnóticos pode estar associado com: sonolência, vertigem, confusão, alteração da marcha e quedas, depressão, problemas de sono, dores de cabeça, erupções cutâneas. A tolerância e dependência podem

ser desenvolvidas após um curto período de uso e os sintomas de abstinência incluem: ansiedade severa, pânico, insônia; dores de cabeça; sudorese e febre; náusea e vômito e convulsões. Além disso, se foram usados com outras drogas depressoras tais como opiáceos e álcool, eles podem aumentar os efeitos dessas drogas e aumentar o risco de overdose e morte.

Os efeitos dos alucinógenos são imprevisíveis e podem ser diferentes de usuário para usuário ou em diferentes ocasiões. Eles podem causar: alucinações prazerosas ou não, dificuldade de dormir; oscilações de humor, ansiedade, pânico, paranóia ou exaltação, entorpecimento, fraqueza muscular, tremor ou excitação psicomotora, aumento dos batimentos cardíacos e pressão arterial, mudanças de temperatura e sudorese, náusea e vômito. O uso crônico de alucinógenos pode acentuar os efeitos de doenças mentais como esquizofrenia.

Os opiáceos reduzem a atividade do sistema nervoso central e dor. Em curto prazo os efeitos incluem: náusea e vômito, diminuição da respiração, sonolência, constipação, e coceira. O uso crônico pode causar: queda dos dentes, constipação severa, períodos menstruais irregulares, impotência e redução da libido.

Para estimar os custos relativos ao uso e abuso de drogas (lícitas e ilícitas) em termos de saúde pública, as pesquisas têm se pautado, principalmente, nos gastos com tratamento médico, na perda de produtividade de trabalhadores consumidores abusivos de drogas e nas perdas sociais decorrentes de mortes prematuras. Já no início da década, o custo anual estimado nos Estados Unidos era superior a 100 bilhões de dólares.

No Brasil, os custos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas são estimados em 7,9% do produto interno bruto (PIB) por ano, ou

seja, cerca de 28 bilhões de dólares. Destacamos o custo decorrente do tratamento de doenças ligadas ao uso de tabaco, que corresponde a 2,2% do PIB nacional. O custo total para o sistema único de saúde (SUS) das patologias relacionadas com uso de tabaco é de R\$ 925.276.195,75. A assistência especializada no tratamento das drogas ilícitas consome, em contraposição, 0,3% do PIB (ANTIDROGAS HP, 2005).

As internações decorrentes do uso abusivo e da dependência do álcool e outras drogas também comportam importantes custos sociais. No triênio de 1995 a 1997, mais de 310 milhões de reais foram gastos em internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas. Ainda neste mesmo período, o alcoolismo ocupava o 4º lugar no grupo das doenças que mais incapacitam, considerando a prevalência global (ANTIDROGAS HP, 2005).

Finalmente, devemos considerar os transtornos mentais associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas. As Psicoses Alcólica e por Drogas, bem como as Síndromes de Dependência do Álcool e de outras Drogas são o primeiro motivo de internações psiquiátricas. Os gastos totais relativos ao diagnóstico de Dependência de Droga passaram de US\$902.886,29 em 1993 para US\$2.919.933,94 em 1997. No total, os gastos diretos em internações que podem decorrer do uso de substâncias psicoativas, em hospitais gerais da rede do SUS, chega a R\$ 601.540.115,33 (ANTIDROGAS HP, 2005).

Diante desses dados fica evidente que medidas preventivas são o melhor caminho para diminuir os transtornos decorrentes da dependência. Diagnosticar precocemente pacientes com padrões de uso de risco, antes de se tornarem dependentes e intervir para redução do padrão de consumo, pode ser uma

grande medida de economia e prevenção de problemas relacionados ao uso de drogas para o país.

Por outro lado, ao longo dos anos, pode-se observar que a representação que o paciente, sociedade ou mesmo os profissionais de saúde tinham sobre o problema dos transtornos por uso de substâncias psicotrópicas, levava o dependente a resistir em aceitar tal diagnóstico. Essa situação é referente a uma noção – muito comum em um passado recente, mas ainda existente -, de que a dependência de drogas se constituiria em um problema sem cura, com o dependente sendo visto como alguém com “deficiência de caráter”. Julgava-se com os mesmos parâmetros o traficante de drogas e o paciente, o qual era visto como um marginal e amoral, que se ocupava primordialmente em adequar a realidade a seu próprio ponto de vista. Além disso, o paciente era citado também como fraco e sem força de vontade para dominar o hábito (GORENSTEIN et al., 2000).

Existe a preocupação de alguns profissionais de saúde em romper com tais idéias que muitas vezes dificultam uma abordagem adequada ao problema. Medidas preventivas como detecção precoce dos problemas relacionados ao uso de risco de drogas tem sido de grande importância para o desenvolvimento de abordagens específicas, evitando assim o agravamento do quadro de saúde física e mental do usuário e o aparecimento da dependência (JEKEL et. al., 1996; RUBIN, 1996). A partir de tais constatações, observa-se um crescente número de pesquisas em relação ao uso de substâncias psicotrópicas, principalmente em relação ao desenvolvimento de instrumentos de diagnósticos de maior confiabilidade e aplicabilidade (BABOR et al., 1989; BABOR et al., 2001).

Foi com essa preocupação que a OMS incentivou um grupo internacional de pesquisadores a desenvolver o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). Este instrumento, composto por 10 perguntas, objetiva a detecção precoce de pessoas com padrões de uso de risco de álcool, pretendendo assim, possibilitar intervenções preventivas. Existe uma vasta literatura que utiliza o AUDIT como instrumento diagnóstico em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), demonstrando sua aplicabilidade como instrumento de detecção (BABOR et al., 2001).

Apesar da comprovação de validade, confiabilidade e capacidade de detecção de mudanças do AUDIT, este instrumento foi construído com o objetivo de detectar somente uso nocivo de álcool, não sendo adequado à detecção de outras substâncias psicotrópicas. Desta forma, também sob a coordenação da OMS, foi desenvolvido um instrumento semelhante, voltado à detecção do uso nocivo de outras substâncias psicotrópicas, um questionário denominado ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*). Este instrumento é constituído por oito questões, referindo-se ao uso do tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetamina, inalantes, sedativos, alucinógenos, opiáceos e outras drogas. É um instrumento de fácil administração e exige pouco tempo para ser respondido (cerca de 7 a 9 minutos). O estudo inicial foi desenvolvido em duas fases, sendo a primeira voltada à sua construção e análise da confiabilidade e a segunda destinada à sua validação (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002; WOLFF et al., 1997).

Juntamente com instrumentos validados e adequados de detecção para álcool e outras drogas, procura-se desenvolver estratégias terapêuticas simples, acessíveis a profissionais de diversas formações que atuam em serviços de APS.

A intervenção Breve (IB) surgiu como alternativa, podendo ser utilizada por diferentes profissionais, dependendo pouco tempo, tanto no atendimento quanto no número de sessões necessárias para finalizar o processo.

A IB fundamenta-se nos princípios da entrevista motivacional e tem como objetivo principal motivar aquelas pessoas que estão em risco pelo uso da substância a mudar seus comportamentos relacionados a esse uso, sendo aplicada imediatamente após a identificação dos problemas atuais ou potenciais decorrentes desse uso (BABOR et al., 2001). A IB é conduzida de maneira a convencer o paciente de que seu uso da substância está colocando-o em risco e encorajá-lo a reduzir ou deixar o uso da droga. Outras características das IBs é que elas devem ser personalizadas e oferecidas na forma de apoio sem pré-julgamento do usuário. Os pressupostos da entrevista motivacional na qual a IB é baseada, consistem em uma interação do tipo diretiva, centrada no paciente e que objetiva ajudar às pessoas a explorar e resolver suas ambivalências sobre seu uso da substância e mover-se através dos estágios de mudança. É especialmente útil quando se trabalha com pacientes nos estágios de pré-contemplação e contemplação, mas os princípios e as habilidades são importantes em todos os estágios (MILLER; ROLLNICK, 2002; MILLER; SANCHEZ, 1993; MILLER et al., 1992; PROCHASKA et al., 1992).

Existem evidências substanciais dos benefícios da utilização de instrumentos de detecção e IB em serviços de APS (BIEN et al., 1993; HEATHER, 1996; WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP, 1996; SENFT et al., 1997; CORDOBA et al., 1998; MAISTO et al., 2001; MILLER; WILLBOURNE, 2002). SENFT e colaboradores (SENFT et al., 1997) observaram uma redução da frequência do consumo de álcool em um período de 6 a 12 meses em bebedores

problemáticos que receberam a IB por quinze minutos e materiais explicativos em serviços de APS. O Grupo da OMS (WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP, 1996) demonstrou também que 5 minutos de conselhos simples foram tão efetivos quanto 20 minutos de aconselhamento. Além disso, a IB tem se mostrado uma forma efetiva em relação ao custo para a redução do consumo de álcool e problemas associados (FLEMING et al., 2000; WUTZKE et al., 2001). Em um recente estudo de meta-análise, ficou demonstrada a efetividade da IB em usuários de risco de álcool em ambientes de APS (BALLESTEROS et al., 2004).

A detecção do beber problemático, um fenômeno de consumo que antecede a instalação de um transtorno propriamente dito, é essencial para ações de prevenção do alcoolismo. Estudos anteriores demonstram que uma situação de beber problemático pode ser detectada em 8 a 20% dos pacientes atendidos em serviços de Atenção Primária à Saúde. Além disso, a maior parte da morbidade e da mortalidade relacionada ao álcool, na população geral, incide sobre sujeitos não-dependentes, que habitualmente não chegam a procurar serviços especializados em tratamento de alcoolistas (RIBEIRO et al., 2001).

Pesquisas sugerem que a IB pode ser efetiva em serviços de APS para a redução de outras drogas que não o álcool, se uma intervenção culturalmente apropriada for desenvolvida. Embora haja uma escassez de estudos de IB para outras drogas que não o álcool ou tabaco (DUNN et al., 2001), alguns resultados sugerem que a IB pode ser útil para usuários de maconha (LANG et al., 2000; STEPHENS et al., 2000; COPELAND et al., 2001), benzodiazepínicos (BASHIR et al., 1994), anfetaminas (BAKER et al., 2001), opiáceos (SAUNDERS et al., 1995) e cocaína (STOTTS et al., 2001). BASHIR e colaboradores (BASHIR et al., 1994) estudaram pacientes com problemas de uso crônico de benzodiazepínicos que

passaram por poucos minutos de aconselhamento e receberam material educativo, como parte da visita de rotina médica. Eles concluíram que aconselhamentos breves em grupo, reduziram significativamente o uso de benzodiazepínicos, além de ter melhorado o quadro de saúde geral entre 3 e 6 meses após o início da intervenção.

Um estudo piloto realizado durante a segunda fase do projeto ASSIST, com o objetivo de avaliar a efetividade da IB nos pacientes considerados usuários nocivos ou de risco, indicou uma redução significativa nos escores do ASSIST obtidos três meses após a IB, quando comparados aos escores iniciais (pré IB). Quando se avaliou especificamente outra droga que não o álcool (maconha, cocaína e opiáceos), houve uma redução de 23% nos escores do ASSIST em relação à primeira aplicação. (WHO-ASSIST WORKING GROUP, 2005). Porém, apesar do estudo piloto da OMS demonstrar uma efetividade satisfatória da IB, são necessárias uma análise mais detalhada e uma amostra maior de indivíduos que permita chegar a conclusões mais confiáveis acerca da efetividade da IB em ambientes de APS. Além disso, nesse estudo piloto a realização da IB foi feita por profissionais especializados em ambientes próximos aos de pesquisa, sendo, portanto, necessária uma avaliação desses procedimentos quando realizados pelos próprios profissionais dos serviços de APS em sua rotina de trabalho.

A implementação de propostas assistenciais sem levar em conta a realidade do profissional é uma situação bastante comum em políticas de saúde. Normalmente não se consideram a formação, as dificuldades ou mesmo as sugestões dos profissionais envolvidos para melhorar a implementação e efetivação de determinados programas. O profissional de APS torna-se então, apenas um consumidor passivo de algumas técnicas, realizadas de forma acrítica

e sem a possibilidade de adequação ao seu contexto de trabalho (SOUZA, 2001; RONZANI, 2002).

Vários estudos têm apontado razões para esses procedimentos não serem aplicados na prática pelos profissionais da APS em pacientes com problemas relacionados ao álcool. Entre essas razões, encontram-se as atitudes negativas dos profissionais em relação a esses pacientes, ceticismo quanto à eficácia do tratamento por IB e a concepção que os problemas com álcool, na realidade, não são da competência dos profissionais da APS (GLANVILLE et al., 1998). Outros autores descreveram que os profissionais relatam ter temor em provocar reações negativas e perder a confiança dos pacientes e que existem muitas confusões sobre informações a respeito dos efeitos do álcool sobre a saúde. Mostraram também uma forte influência do padrão de consumo de álcool pelos próprios profissionais da saúde sobre as suas atitudes e que eles priorizam outras questões da área da saúde em detrimento dos problemas relacionados ao consumo de álcool (citado por LOCK et al., 2002).

Observa-se, ainda, outras dificuldades como a falta de engajamento dos profissionais de saúde e o paradigma preventivo, apesar de ser amplamente discutido na teoria, raramente é colocado em prática nos serviços de saúde (ROCHE et al., 1995; RONZANI; RIBEIRO 2003; RONZANI; STRALEN 2003). Outra barreira constante na implementação de rotinas de prevenção ao uso abusivo de álcool é a dificuldade dos gestores em ponderar adequadamente a importância de tais ações (RICHMOND et al., 1998).

Todas essas barreiras têm que ser vencidas através de um treinamento adequado dos profissionais para a aplicação eficiente destes procedimentos (AALTO et. al. 2001). Outros autores têm sugerido que além do treinamento, seria

necessário o acompanhamento da implementação para aumentar o envolvimento dos profissionais de saúde nas questões relacionadas ao uso de álcool (ANDERSON et al., 2003).

No Brasil, um estudo realizado em Juíz de Fora, Minas Gerais, indicou que há dificuldades para implementação efetiva de programas de detecção precoce e IB para álcool na rotina da APS, tanto em relação aos gestores quanto aos profissionais envolvidos diretamente na sua execução. Quanto aos profissionais, destacou-se a restrição da abordagem a dependentes de álcool e a falta de motivação dos profissionais para trabalhos preventivos. Quanto aos gestores, foram detectadas dificuldades práticas no processo de organização e gerenciamento apesar de um afirmado interesse no programa. Os autores sugerem como essencial um processo de acompanhamento e avaliação contínua, que permita a obtenção de resultados mais conclusivos (RONZANI et al., 2005).

## 2. JUSTIFICATIVA:

Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa “Detecção do uso de drogas e avaliação do impacto de uma intervenção breve em serviços de Atenção Primária à saúde” (FORMIGONI et al., 2003), no qual foram avaliadas as barreiras para implementação do programa de detecção precoce e intervenção breve para o uso de risco de drogas na APS na cidade de Curitiba-PR.

As atitudes, práticas e crenças dos profissionais de saúde da APS em relação à detecção e à Intervenção Breve para o uso de risco de substâncias, antes e após um treinamento, precisam ser conhecidas para que sejam estabelecidas estratégias para modificar aquelas que estão funcionando como barreiras para a implementação adequada do programa nos serviços da APS.

O treinamento para implementação do projeto também precisa ser avaliado para detectar possíveis falhas e assim oferecer treinamento cada vez mais adequado.

Torna-se também muito importante avaliar as principais dificuldades encontradas para aplicação dos instrumentos de detecção e da IB um ano após o treinamento, ou seja, na ocasião em que o projeto estava sendo desenvolvido na prática, pois nesse momento as dificuldades reais tornam-se evidentes.

A identificação das expectativas e do grau de comprometimento em relação à implementação do projeto pelos gestores é de fundamental importância para que sejam estabelecidas estratégias para ajudá-los no gerenciamento adequado do programa quando se tornar rotina nos serviços da APS.

### **3. OBJETIVO**

O objetivo do presente trabalho foi avaliar as barreiras para implementação do programa de detecção precoce e intervenção breve para o uso de risco de drogas na APS na cidade de Curitiba-PR-.

### **4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Os objetivos específicos foram:

- Avaliar as principais crenças, atitudes e habilidades do profissional da APS sobre aplicação de instrumentos de detecção precoce a intervenção breve para uso de risco de drogas antes e após treinamento.
- Avaliar o grau de satisfação dos profissionais de saúde sobre o treinamento.
- Avaliar as expectativas e comprometimento dos gestores da organização em relação ao projeto.
- Avaliar as principais barreiras vivenciadas pelos profissionais da APS após um ano do treinamento e início da aplicação dos instrumentos e da IB.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Sujeitos

Foi realizado um primeiro contato com o Setor de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, para explicação do projeto “Detecção do uso de drogas e avaliação do impacto de uma intervenção breve em serviços de Atenção Primária à saúde” (FORMIGONI et al., 2003). Após algumas reuniões com a Secretaria de Saúde para a explicação do projeto e sua execução, foi solicitado que pelo menos 1 UBS representante de cada regional de Curitiba participasse do treinamento. De um total de 106 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes no município de Curitiba, foram convidados coordenadores de 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS), para participar de uma reunião com a coordenadora local do projeto para conhecer os detalhes da implementação do mesmo. Foi determinado o número de no máximo 10 UBS participantes nessa fase do projeto devido ao treinamento prático que os profissionais receberiam ter capacidade máxima para 40 pessoas. Esses coordenadores convidaram alguns dos profissionais de saúde, que tivessem motivação com o tema, das suas unidades para participar voluntariamente do treinamento (amostra de conveniência) que seria ministrado pela equipe do projeto ASSIST da UFPR com duração de 16 horas ao longo de um mês. De cada UBS, participaram no mínimo 2 e no máximo 9 profissionais, totalizando 34 indivíduos, entre médicos, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem oriundos das seguintes UBS: US Ouvidor Pardinho, US Bacacheri, US Moradias da Ordem, US Moradias Belém, US Camargo, US Butiatuvinha, US Nova Orleans, US Bairro Novo e US Vila Clarice. Foi solicitada a indicação de um coordenador do projeto de cada

unidade para se responsabilizar pela aplicação e andamento do projeto na sua unidade.

Dois gestores da administração, integrantes da coordenação da equipe da Secretaria de Saúde Mental de Curitiba-PR-, também participaram do projeto respondendo uma entrevista estruturada para avaliar o seu grau de comprometimento e suas expectativas em relação ao projeto.

### 5.2. Questões Éticas:

Todos os sujeitos que concordaram em participar do projeto assinaram um consentimento de participação que garantiu o anonimato do participante, aprovado pelo comitê de ética do Hospital das Clínicas de Curitiba-PR- (Anexo 1).

### 5.3. Instrumentos:

No primeiro dia, antes de iniciar o treinamento, os profissionais responderam ao Questionário de estudo n.º1 para profissionais da atenção primária (QE1) (Anexo 2) desenvolvido por pesquisadores da OMS (BABOR et al., 2004) e adaptado para o presente trabalho. Após um mês do treinamento teórico, os profissionais foram visitados em suas próprias unidades de saúde e responderam novamente o QE1. As visitas ocorreram ao longo de 4 meses onde foram realizados reuniões de sensibilização da equipe e treinamento prático com os profissionais que iriam aplicar os instrumentos. O questionário era de auto-preenchimento com 75 itens, cada participante levou cerca de 50 minutos para respondê-lo, sem apresentar dificuldades relevantes. Esse questionário era dividido em 4 partes, com questões abrangendo os seguintes temas: Parte 1: dados gerais do profissional; Parte 2: rotina profissional em perguntar e aconselhar (IB) em questões gerais de saúde e em relação ao álcool e outras drogas; Parte 3: questões sobre suas atitudes e crenças em relação aos

problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas pelos seus pacientes, quanto ao seu comportamento de **como lidar** com o problema e do seu **papel e interesse** em detectar e intervir no problema; Parte 4: o grau de confiança na sua habilidade em detectar e em aplicar IB aos pacientes com uso de risco.

Para avaliação da satisfação dos profissionais em relação ao treinamento, foi aplicado um questionário estruturado (Anexo 3 ) com questões sobre avaliação da didática, conteúdo, aplicabilidade da proposta na prática, adequação da carga horária, havendo espaço para críticas e sugestões. Este instrumento foi respondido imediatamente após o término do último dia de treinamento, sendo despendidos 15 minutos em média para o seu preenchimento.

Para avaliar o grau de comprometimento e expectativas dos gestores em relação ao projeto, foi feita uma entrevista (Anexo 4) um ano após o treinamento, com duas integrantes da coordenação da equipe de saúde mental do município de Curitiba-PR. As perguntas foram abertas, as respostas anotadas pelo entrevistador e posteriormente lida para os entrevistados para aprovação. A entrevista durou cerca de 30 minutos. Foram abordados os seguintes temas: (1) suas razões para participação; (2) suas expectativas em relação ao projeto; (3) suas expectativas quanto aos benefícios do projeto para a organização; (4) sua possível contribuição para o projeto; (5) seus critérios para avaliação dos objetivos do projeto; (6) as informações e documentações que esperam receber do projeto; (7) os prováveis obstáculos esperados; (8) possíveis estratégias a serem usadas para superarem os obstáculos; (9) estratégias para adequar o projeto à rotina do serviço; (10) dificuldades para implementação da proposta na rotina de trabalho.

Um ano após o treinamento foi feita uma reunião utilizando-se a técnica de grupo focal (POWELL; SINGLE, 1996) com os coordenadores do projeto de cada US para avaliar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais durante a aplicação dos instrumentos de detecção precoce e intervenção breve para o uso de drogas nas US. Compareceram 6 coordenadores do projeto das 8 unidades participantes (Unidade Butiatuvinha desistiu de participar do projeto ao longo do ano devido a troca da autoridade sanitária da unidade que não motivou-se para o tema) faltando na reunião os coordenadores das unidades Nova Orleans e Vila Clarice. Foi feita uma única pergunta: **quais os principais obstáculos que sua unidade tem enfrentado para a implementação do projeto?** Cada coordenador respondeu a pergunta abertamente sem limite de tempo para resposta. As respostas foram anotadas pelo entrevistador e lida posteriormente para cada entrevistado para aprovação da resposta anotada.

#### 5.4. Análise estatística:

Para fazer a primeira avaliação geral antes do treinamento, algumas perguntas foram selecionadas dos questionários para representar os principais pontos que avaliam o conjunto de crenças, atitudes e práticas dos profissionais da APS em relação ao uso de drogas pelos seus pacientes e a aplicação de instrumentos de detecção precoce e intervenção breve para uso de drogas. Para comparar a possível mudança após o treinamento as diferenças entre as respostas foram avaliadas pelo teste de Wilcoxon. A entrevista com os gestores e os depoimentos do grupo focal foi realizada por análise de conteúdo (CONTANDRIOPOULOS et al., 1999).

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Primeira aplicação do QE1 antes do treinamento.

#### Caracterização da amostra

Na Tabela 1 estão representados os sujeitos que participaram do treinamento com as suas características individuais obtidas na primeira parte do QE1. Dos 34 sujeitos que participaram do treinamento, com idade média de 38 anos (mínima 24 e máxima 55) 82% eram mulheres. Enfermeiras e psicólogos foram às categorias profissionais que predominaram na amostra, cada uma representando 32%. Também participaram do treinamento outros profissionais contando com os 36% restantes: médicos, dentistas, auxiliar e técnico em enfermagem e odontologia e agentes de álcool e de saúde<sup>1</sup>.

Quarenta e quatro por cento dos profissionais eram pós-graduados, 32% eram graduados e os demais tinham nível médio (21%) sendo que apenas um (3%) tinha o primeiro grau completo.

1

---

<sup>1</sup> - Os agentes de saúde caracterizam-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste, de forma direta ou indireta (decreto lei nº10.507 de 10 de julho de 2002, Casa Civil, Presidência da República)

Tabela 1 – Caracterização da amostra pré-treinamento.

<b>Sujeitos</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grau de instrução</b>	<b>Profissão</b>
1	46	fem	graduação	psicóloga
2	27	fem	especialização	psicóloga
3	44	fem	técnico	técnico em enfermagem
4	30	fem	especialização	psicóloga
5	29	fem	graduação	enfermeira
6	27	fem	especialização	enfermeira
7	42	fem	2 grau	auxiliar de enfermagem
8	41	fem	técnico	técnico em odontologia
9	39	fem	técnico	técnico em odontologia
10	26	fem	graduação	psicóloga
11	45	masc	especialização	médico
12	30	masc	graduação	psicólogo
13	41	fem	especialização	médica
14	27	fem	especialização	enfermeira
15	40	fem	especialização	psicóloga
16	36	fem	graduação	psicóloga
17	36	fem	especialização	enfermeira
18	24	masc	graduação	psicólogo
19	38	fem	especialização	enfermeira
20	31	masc	graduação	psicólogo
21	55	fem	2 grau	auxiliar de enfermagem
22	31	fem	graduação	enfermeira
23	31	fem	especialização	enfermeira
24	31	fem	graduação	psicóloga
25	40	fem	especialização	enfermeira
26	54	fem	técnico	técnico em enfermagem
27	49	masc	2 grau	agente álcool
28	54	fem	1 grau	agente saúde
29	40	fem	graduação	dentista
30	43	masc	especialização	médico
31	44	fem	graduação	enfermeira
32	35	fem	especialização	enfermeira
33	41	fem	especialização	enfermeira
34	50	fem	especialização	psicóloga

### Prática profissional relacionada á detecção do uso e problemas relacionados

Na Tabela 2 (superior) pode-se observar que perguntar sobre o consumo e a história dos problemas relacionados ao uso não foi muito freqüente. Notou-se que para o álcool, 56% dos participantes relataram que perguntavam algumas vezes ou raramente e para as outras drogas o percentual obtido foi de 65%. Dois profissionais relataram não ser sua função perguntar sobre o consumo e a história dos problemas relacionados ao uso de drogas. Cabe ressaltar que o percentual de profissionais que responderam todas às vezes para essa pergunta trabalhavam diretamente com usuários de drogas, e, portanto, faz parte da entrevista esse tipo de pergunta (4/4 para álcool e 2/2 para drogas).

### Prática profissional relacionada ao aconselhamento para parar ou diminuir o uso de álcool e outras drogas.

Na Tabela 2 (intermediário) pode-se observar que para os usuários de risco para álcool, 36% dos profissionais da APS aconselhavam a reduzir seu consumo algumas vezes, raramente ou nunca, enquanto que para as outras drogas, 44% faziam esse tipo de aconselhamento. Apenas 1 profissional achou que não faz parte de sua função esse tipo de aconselhamento com relação ao uso de outras drogas.

### Habilidade para aconselhar mudanças no comportamento nas diferentes áreas de saúde.

Na Tabela 2 (inferior) pode-se observar que a grande maioria dos profissionais de saúde (68% ou mais) sentiam-se preparados para aconselhar seus pacientes em cada uma das áreas de comportamento descritas.

**Tabela 2 – Prática Profissional pré-treinamento.****Questão 1 – Parte II**

Como parte de sua consulta a um paciente adulto, com que frequência você pergunta a ele(a) especificamente sobre seu consumo e a história dos problemas relacionados ao uso de:

	Álcool %	Drogas %
Todas	12	6
Maioria	32	23
Algumas	50	50
Raramente/nunca	6	15
Não função	0	6

**Questão 2 – Parte II**

Como parte de sua consulta a um paciente adulto, com que frequência você aconselha os pacientes com padrões de consumo de riscos para problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, a diminuir ou parar com esse consumo?

	Álcool %	Drogas %
Todas	29	26
Maioria	35	26
Algumas	29	38
Raramente/nunca	7	6
Não função	0	3

**Questão 1 – Parte III**

Você se sente preparado(a) para aconselhar os pacientes em cada uma das áreas de comportamento da lista apresentada á seguir?

	Não Fumar	Reduzir consumo de álcool	Não usar drogas ilícitas	Reduzir excesso de calorias	Reduzir o estresse	Fazer exercícios
Preparado	77	80	68	68	74	82
Despreparado	23	20	32	32	26	18

As questões em que a soma das porcentagens não resultou em 100%, refere-se às questões deixadas em branco pelos profissionais.

Atitudes e crenças dos profissionais em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas pelos pacientes da APS.

Foram selecionadas as perguntas que melhor representam as crenças, atitudes e habilidades dos profissionais de saúde em quatro áreas: **como lidar** com os pacientes, **papel do profissional** em detectar pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, **interesse do profissional** em relação ao padrão de uso, os riscos à saúde e ao aconselhamento para diminuir o consumo dos pacientes usuários de risco e **grau de confiança** dos profissionais em suas habilidades para desempenhar atividades relacionadas à detecção precoce de usuários de risco e ao aconselhamento para diminuir o uso.

Na Tabela 3, analisando o **como lidar** observou-se que 50% dos profissionais da APS discordaram que está fora de realidade ter grandes expectativas quando lidamos com bebedores ou usuários de risco, 41% dos profissionais concordaram que pedir informações específicas sobre o padrão de beber ou usar drogas dos pacientes poderá levá-los a não retornar para a próxima consulta e 91% dos profissionais acreditavam ser importante para um profissional da APS distinguir entre usuários de risco e aqueles que são dependentes de álcool ou outras drogas. Noventa e quatro por cento dos profissionais acreditavam também que é papel do profissional da APS falar sobre o padrão de uso de álcool e outras drogas do paciente, principalmente, quando é reconhecido que está contribuindo para os problemas de saúde do mesmo. Quarenta e sete por cento dos profissionais da APS sentiam que seu conhecimento sobre os problemas relacionados às drogas e não é adequado e 44% relataram o mesmo para o álcool.

**Tabela 3** – Crenças, atitudes e habilidades sobre como lidar com usuários de risco pré-treinamento.

<b>Como lidar</b>		<b>Percentual de respostas (%)</b>		
<b>Crenças</b>		<b>C</b>	<b>NCND</b>	<b>D</b>
Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com bebedores ou usuários de risco.	<b>Álcool</b>	32	18	50
	<b>Outras drogas</b>	32	18	50
Pedir aos pacientes para dar informações específicas sobre seu padrão de beber ou uso de drogas pode levá-los a não retornar para a próxima consulta.	<b>Álcool</b>	41	35	24
	<b>Outras drogas</b>	41	35	24
É importante para um profissional da APS distinguir entre usuários de risco e aqueles que são dependentes do álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>	91	6	3
	<b>Outras drogas</b>	91	6	3
<b>Atitudes</b>				
Mesmo quando é conhecido que o uso de álcool ou outras drogas está contribuindo para os problemas de saúde do paciente, não é papel do profissional da APS falar aos pacientes sobre seu padrão de uso de beber.	<b>Álcool</b>	0	6	94
	<b>Outras drogas</b>	0	6	94
<b>Habilidades</b>				
Meu conhecimento sobre os problemas relacionados ao álcool ou outras drogas é adequado.	<b>Álcool</b>	41	15	44
	<b>Outras drogas</b>	41	12	47

C: Concorda; NCND: Não concorda nem discorda; D: Discorda. As questões em que a soma das porcentagens não resultou em 100%, refere-se às questões deixadas em branco pelos profissionais.

Na Tabela 4, analisando o **papel do profissional** em detectar pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, observa-se que 44% dos profissionais acreditavam que os pacientes não contam a verdade quando se pergunta sobre seu consumo de drogas e 41% não contam a verdade quando se pergunta sobre seu consumo de álcool. Também se observou que 77% dos profissionais sentiam-se à vontade para perguntar aos seus pacientes sobre seu consumo de álcool e 73% sobre o consumo de drogas. Sessenta e oito por cento dos profissionais achavam que tinham tempo suficiente durante a consulta de rotina para perguntar sobre o consumo de álcool e 65% sobre o consumo de drogas aos pacientes. Noventa e quatro por cento discordaram quando se afirmou que não é papel do profissional da APS perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas, ainda, 62% afirmaram saber o que perguntar para obter informações sobre o consumo de álcool de seus pacientes e 56% afirmaram o mesmo para as drogas.

**Tabela 4** - Crenças, atitudes e habilidades sobre o papel do profissional da APS em detectar usuários de risco pré-treinamento.

<b>Papel do profissional</b>		<b>Percentual de respostas (%)</b>		
<b>Crenças</b>		<b>C</b>	<b>NCND</b>	<b>D</b>
Geralmente, quando se pergunta sobre seu consumo de álcool ou outras drogas o paciente não contam a verdade.	<b>Álcool</b>	41	38	18
	<b>Outras drogas</b>	44	41	15
Eu me sinto desconfortável perguntando sobre o padrão de uso de álcool ou drogas dos pacientes.	<b>Álcool</b>	15	6	77
	<b>Outras drogas</b>	17	6	73
Não existe tempo suficiente na consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>	21	12	68
	<b>Outras drogas</b>	24	12	65
<b>Atitudes</b>				
Eu acho que não é papel do profissional da APS perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>	3	0	94
	<b>Outras drogas</b>	3	0	94
<b>Habilidades</b>				
Eu não sei o que perguntar para obter informações sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>	12	21	62
	<b>Outras drogas</b>	18	21	56

C: Concorda; NCND: Não concorda nem discorda; D: Discorda. As questões em que a soma das porcentagens não resultou em 100% refere-se às questões deixadas em branco pelos profissionais.

Sobre o **interesse do profissional** em aconselhar os pacientes sobre problemas relacionados ao uso de substâncias, pode-se observar na Tabela 5, que 73% deles acreditavam ser tão importante lidar com os problemas relacionados ao uso de risco de álcool e/ou outras drogas como lidar com outros problemas de saúde. Setenta e seis por cento acreditavam que podiam ajudar muito os pacientes a reduzir o consumo de álcool e 73% a reduzir o consumo de outras drogas. Cinquenta e seis por cento discordavam da afirmativa que os profissionais de saúde são céticos sobre medicina comportamental para uso de risco de álcool e 53% para uso de risco de drogas. A grande maioria dos profissionais de saúde (91%) acreditava que se deve fazer aconselhamento para redução do consumo de álcool e/ou outras drogas aos seus pacientes e não apenas os especialistas. Cinquenta por cento dos profissionais afirmaram saber como abordar efetivamente os pacientes a reduzir seu consumo de álcool e 53% as outras drogas.

**Tabela 5** - Crenças, atitudes e habilidades sobre o interesse do profissional sobre o padrão, riscos e aconselhamento para diminuir o uso de álcool ou outras drogas dos seus pacientes pré-treinamento.

<b>Interesse do profissional</b>		<b>Percentual de respostas (%)</b>		
<b>Crenças</b>		<b>C</b>	<b>NCND</b>	<b>D</b>
Existem problemas de saúde mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas para lidar.	<b>Álcool</b>	15	12	73
	<b>Outras drogas</b>	15	12	73
Em geral o profissional de saúde não pode ajudar muito seus pacientes na redução do consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>	15	9	76
	<b>Outras drogas</b>	15	12	73
Em geral, meus colegas e eu somos cépticos sobre medicina comportamental.	<b>Álcool</b>	15	29	56
	<b>Outras drogas</b>	15	32	53
<b>Atitudes</b>				
Eu acho que apenas especialistas deveriam fazer intervenções e aconselhamento dessa natureza.	<b>Álcool</b>	3	6	91
	<b>Outras drogas</b>	3	6	91
<b>Habilidades</b>				
Eu não sei como abordaria efetivamente os pacientes a reduzir seu consumo.	<b>Álcool</b>	41	9	50
	<b>Outras drogas</b>	15	32	53

C: Concorda; NCND: Não concorda nem discorda; D: Discorda. As questões em que a soma das porcentagens não resultou em 100%, refere-se às questões deixadas em branco pelos profissionais.

Na Tabela 6 observa-se que, em média, 50% dos profissionais apresentavam grau moderado de confiança na sua capacidade de detectar precocemente problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas ou aconselhar a diminuir ou parar o uso de álcool e outras drogas. Vinte e seis por cento, em média, apresentavam muito pouca ou nenhuma confiança para realizar as mesmas atividades.

**Tabela 6** - Grau de confiança dos profissionais de saúde na sua habilidade em desempenhar as atividades descritas pré-treinamento.

Afirmativas sobre atividades	Grau de confiança (%)		
	NMPC	GMC	BC
a) Fazer perguntas para coletar informações sobre o risco de problemas relacionados ao álcool ou outras drogas nos pacientes.	20	59	21
b) Avaliar a história familiar de problemas de álcool ou outras drogas.	20	59	21
c) Avaliar no paciente os sinais e os sintomas presentes de dependência ao álcool ou outras drogas.	29	56	15
d) Fazer perguntas usando um questionário de detecção de álcool ou outras drogas, tal como o CAGE, AUDIT, MAST ou ASSIST.	47	26	27
e) Fazer perguntas de natureza pessoal ou delicada quando entrevistar um paciente sobre seu consumo.	26	59	25
f) Expor suas preocupações profissionais médicas sobre o padrão de uso beber e os riscos à saúde do paciente.	20	53	27
g) Recomendar o consumo de baixo risco para seu paciente.	32	50	14
h) Fornecer material educacional aos pacientes para ajudá-los a diminuir seu consumo.	26	44	30
i) Encaminhar o paciente para avaliação diagnóstica ou tratamento.	18	50	32
j) Perguntar no seguimento sobre o padrão de uso de álcool ou outras drogas do paciente.	23	47	30

NMPC: Nenhuma ou muito pouca confiança; GMC: Grau moderado de confiança; BC: Bastante confiança. As questões em que a soma das porcentagens não resultou em 100%, refere-se às questões deixadas em branco pelos profissionais.

## 6.2. Avaliação do treinamento

A avaliação geral do treinamento pelos profissionais da APS foi positiva, sendo que 62% (18/29) acharam ótimo e 38% (11/29) acharam bom. Cinco não responderam. Noventa e sete por cento dos profissionais (28/29) consideraram a forma de apresentação das aulas boa ou ótima. Noventa e seis por cento (25/29) acharam o conteúdo do curso muito bom e ótimo. Oitenta e seis por cento dos profissionais consideraram boa ou excelente a aplicabilidade do treinamento na prática rotineira de seus serviços.

Dentre os profissionais que opinaram no espaço aberto reservado no questionário (12/29), a grande maioria citou a falta de mais treinamento prático para a aplicação dos instrumentos de detecção e intervenção breve e sugeriu também acompanhamento inicial do trabalho nas unidades de saúde. Outros acharam que a carga horária deveria ser maior com até mais 8 horas. Alguns reclamaram da grande distância do local onde o treinamento foi realizado e sugeriram local mais central, sala mais arejada, aula menos expositiva.

### 6.3. Comparação entre a primeira e segunda aplicação do QE1.

#### Caracterização da amostra:

Na tabela 7 estão representados os 19 sujeitos que responderam na primeira e na segunda aplicações do QE1. Dos 34 sujeitos que responderam na primeira aplicação, 15 não responderam na segunda devido à constante mudança que ocorre na equipe profissional nas Unidades de Saúde de Curitiba-PR. A idade média dos 19 sujeitos foi de 37 anos (mínima 27 e máxima 55) sendo 89% mulheres. Enfermeiras e psicólogos foram às categorias profissionais que predominaram na amostra (37% e 32% respectivamente). Também responderam nas duas aplicações: dentistas, auxiliares de enfermagem, técnicos em enfermagem e em odontologia. Trinta e sete por cento eram pós-graduados, 42% graduados e 21% tinham nível médio.

A análise comparativa entre as duas amostras mostrou que não houve diferença significativa entre: idade ( $t=0,034$ ;  $p> 0,05$ ), sexo ( $X^2 = 0,48$   $p> 0,05$ ), grau de instrução: pós graduação ( $X^2 = 0,27$   $p> 0,05$ ), graduação ( $X^2 = 0,50$   $p> 0,05$ ) e 2.º grau e técnico ( $X^2 = 0,04$   $p>0,05$ ) e profissão: psicólogo ( $X^2 = 0$   $p> 0,05$ ), enfermeiro ( $X^2 = 0,11$   $p> 0,05$ ), técnico ( $X^2 = 0,09$   $p> 0,05$ ) e auxiliares ( $X^2 = 1,16$   $p> 0,05$ ). Isso demonstrou que as amostras foram homogêneas quanto ao perfil sócio demográfico.

**Tabela 7** – Caracterização da amostra pós-treinamento.

<b>Sujeitos</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grau de instrução</b>	<b>Profissão</b>
1	46	fem	graduação	psicóloga
2	27	fem	especialização	psicóloga
3	44	fem	técnico	técnico em enfermagem
5	29	fem	graduação	enfermeira
6	27	fem	especialização	enfermeira
8	41	fem	técnico	técnico em odontologia
12	30	masc	graduação	psicólogo
13	41	fem	especialização	médica
14	27	fem	especialização	enfermeira
16	36	fem	graduação	psicóloga
17	36	fem	especialização	enfermeira
20	31	masc	graduação	psicólogo
21	55	fem	2 grau	auxiliar de enfermagem
22	31	fem	graduação	enfermeira
23	31	fem	especialização	enfermeira
24	31	fem	graduação	psicóloga
26	54	fem	técnico	técnico em enfermagem
29	40	fem	graduação	dentista
32	35	fem	especialização	enfermeira

Habilidade para aconselhar mudanças no comportamento nas diferentes áreas de saúde.

Na tabela 8 inferior, pode-se observar que ocorreu uma melhora no grau de preparação do profissional para aconselhar o seu paciente nas seguintes áreas de comportamento: **não fumar** de 74% para 89% ( $p=0,06$ ) e **reduzir o consumo de álcool** de 68% para 95% ( $p=0,007$ ). Uma análise mais detalhada mostrou a mudança entre os graus de respostas entre as duas aplicações. Na primeira aplicação, 50% dos profissionais responderam entre um pouco despreparado e um pouco preparado e na segunda aplicação 50% responderam entre um pouco preparado e muito preparado para aconselhar em ambas as áreas.

Sobre **não usar drogas ilícitas** a melhora foi de 63% para 74% ( $p=0,03$ ), sendo que na primeira aplicação, 50% responderam entre muito despreparado e um pouco preparado e na segunda, 50% responderam entre um pouco despreparado e muito preparado.

Sobre **praticar exercícios físicos** a melhora foi de 74% para 89% ( $p=0,06$ ), sendo que na primeira aplicação 50% responderam entre um pouco despreparado e um pouco preparado e na segunda, 50% responderam um pouco preparado.

Para as outras perguntas não foram detectadas diferenças significativas entre as duas aplicações dos questionários

**Tabela 8 – Prática Profissional pós-treinamento.****Questão 1 – Parte II**

Como parte de sua consulta a um paciente adulto, com que frequência você pergunta a ele(a) especificamente sobre seu consumo e a história dos problemas relacionados ao uso de:

	Álcool %		Drogas %	
	1A	2A	1A	2A
Todas	11	11	0	5
Maioria	37	37	26	32
Algumas	47	47	53	42
Raramente/nunca	5	5	16	11
Não função	0	0	0	0

**Questão 2 – Parte II**

Como parte de sua consulta a um paciente adulto, com que frequência você aconselha os pacientes com padrões de consumo de riscos para problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, a diminuir ou parar com esse consumo?

	Álcool %		Drogas %	
	1A	2A	1A	2A
Todas	26	26	21	21
Maioria	37	37	21	37
Algumas	32	21	53	26
Raramente/nunca	5	11	5	16
Não função	0	0	0	0

**Questão 1 – Parte III**

Você se sente preparado(a) para aconselhar os pacientes em cada uma das áreas de comportamento da lista apresentada a seguir?

	Não fumar %		Reduzir consumo de álcool %		Não usar drogas ilícitas %		Reduzir o excesso de calorias %		Reduzir o estress. %		Praticar exercícios %	
	1A	2A	1A	2A	1A	2A	1A	2A	1A	2A	1A	2A
Preparado	74	89	68	95 <sup>p</sup>	63	74 <sup>p</sup>	74	84	63	89	74	89
Despreparado	26	11	26	5	37	26	26	16	37	11	26	11

<sup>p</sup> Diferença significativa entre a 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> aplicações ( $p \leq 0,05$ , teste de Wilcoxon). As questões em que a soma das porcentagens não resultou em 100%, refere-se às questões deixadas em branco pelos profissionais.

Atitudes e crenças dos profissionais em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas pelos pacientes da APS.

Na tabela 9, analisando o **como lidar** com usuários de risco pode-se observar que houve uma mudança significativa na **crença** dos profissionais em relação à afirmação: “Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com bebedores ou usuários de outras drogas”, sendo que 42% discordavam na primeira aplicação e na segunda a porcentagem aumentou para 79% ( $p=0,02$ ). Na primeira aplicação, 50% dos profissionais responderam entre concorda e discorda para álcool e outras drogas e na segunda, 50% responderam para o álcool, discorda, e para outras drogas, entre não concorda nem discorda e discorda.

Para as outras perguntas não foram detectadas diferenças significativas entre as duas aplicações dos questionários.

**Tabela 9** – Crenças, atitudes e habilidades sobre como lidar com usuários de risco pós-treinamento.

		Como lidar					
		Percentual de respostas (%)					
Crenças		C		NCND		D	
		1A	2A	1A 2A	1A	2A	
Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com bebedores ou usuários de risco.	<b>Álcool</b>	37	16	21	5	42	79 <sup>p</sup>
	<b>Outras drogas</b>	37	16	21	11	42	79 <sup>p</sup>
Pedir aos pacientes para dar informações específicas sobre seu padrão de beber ou uso de drogas pode levá-los a não retornar para a próxima consulta.	<b>Álcool</b>	26	16	16	26	58	58
	<b>Outras drogas</b>	26	16	16	26	58	58
É importante para um profissional da APS distinguir entre usuários de risco e aqueles que são dependentes do álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>	95	95	5	5	0	0
	<b>Outras drogas</b>	95	95	5	5	0	0
<b>Atitudes</b>							
Mesmo quando é conhecido que o uso de álcool ou outras drogas está contribuindo para os problemas de saúde do paciente, não é papel do profissional da APS falar aos pacientes sobre seu padrão de uso de beber.	<b>Álcool</b>	0	0	5	0	95	95
	<b>Outras drogas</b>	0	0	0	0	95	95
<b>Habilidades</b>							
Meu conhecimento sobre os problemas relacionados ao álcool ou outras drogas é adequado.	<b>Álcool</b>	42	47	11	21	42	26
	<b>Outras drogas</b>	42	47	11	21	42	26

C: Concorda; NCND: Não concorda nem discorda; D: Discorda. <sup>p</sup>- Diferença significativa entre a 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> aplicações (p≤ 0,05, teste de Wilcoxon). As questões em que a soma das porcentagens não resultou em 100%, refere-se às questões deixadas em branco pelos profissionais.

Na tabela 10, analisando o **papel do profissional** em detectar usuários de risco, pode-se observar que houve uma mudança na **crença** dos profissionais em relação à afirmação: “Eu me sinto desconfortável perguntando sobre o padrão do uso de álcool ou outras drogas dos pacientes”. Na primeira aplicação, 68% discordaram em relação ao álcool e outras drogas, e na segunda, a discordância aumentou para 84% para álcool ( $p=0,06$ ) e para 79% para outras drogas ( $p=0,12$ ). Na primeira aplicação, 50% dos profissionais responderam entre nem concorda nem discorda e discorda, para o álcool, e entre concorda e discorda para outras drogas. Na segunda aplicação, 50% responderam entre discorda e discorda totalmente para o álcool e outras drogas. Ainda pode-se observar que a **habilidade** em relação à afirmação: “Eu não sei o que perguntar para obter informações sobre seu consumo de álcool ou outras drogas”, aumentou significativamente na segunda aplicação, de 63% para 90% para álcool ( $p=0,05$ ) e de 57% para 84% para outras drogas ( $p=0,06$ ). Na primeira aplicação, 50% dos profissionais responderam entre concorda e nem concorda nem discorda e na segunda, 50% responderam entre discorda e discorda totalmente tanto para álcool quanto para outras drogas.

Para as outras perguntas não foram detectadas diferenças significativas entre as duas aplicações dos questionários.

**Tabela 10** - Crenças, atitudes e habilidades sobre o papel do profissional da APS em detectar usuários de risco pós-treinamento.

		<b>Papel do profissional</b>					
		<b>Percentual de respostas (%)</b>					
<b>Crenças</b>		<b>C</b>		<b>NCND</b>		<b>D</b>	
		<b>1A</b>	<b>2A</b>	<b>1A</b>	<b>2A</b>	<b>1A</b>	<b>2A</b>
Geralmente, quando se pergunta sobre seu consumo de álcool ou outras drogas o paciente não contam a verdade.	<b>Álcool</b>	53	53	26	21	16	26
	<b>Outras drogas</b>	58	53	26	21	16	26
Eu me sinto desconfortável perguntando sobre o padrão de uso de álcool ou drogas dos pacientes.	<b>Álcool</b>	16	26	5	0	68	84
	<b>Outras drogas</b>	26	21	5	0	68	79
Não existe tempo suficiente na consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>	21	16	16	26	63	58
	<b>Outras drogas</b>	21	16	16	32	63	53
<b>Atitudes</b>							
Eu acho que não é papel do profissional da APS perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>	5	0	0	0	95	100
	<b>Outras drogas</b>	5	0	0	0	95	100
<b>Habilidades</b>							
Eu não sei o que perguntar para obter informações sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>	16	0	16	10	63	90 <sup>p</sup>
	<b>Outras drogas</b>	19	5	14	57	57	84

C: Concorda; NCND: Não concorda nem discorda; D: Discorda. <sup>p</sup>- Diferença significativa entre a 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> aplicações ( $p \leq 0,05$ , teste de Wilcoxon). As questões em que a soma das porcentagens não resultou em 100%, refere-se às questões deixadas em branco pelos profissionais.

Na tabela 11, analisando o **interesse do profissional** em aconselhar os pacientes sobre problemas relacionados ao uso de substâncias pode-se observar que houve uma mudança nas **habilidades** em relação à afirmativa: “Eu não sei como abordaria efetivamente os pacientes a reduzir seu consumo” . Na primeira aplicação, 42% achavam que sabiam fazer essa abordagem tanto para álcool como para outras drogas e na segunda aplicação, essa porcentagem aumentou para 53% ( $p=0,10$ ). Na primeira, 50% dos profissionais responderam entre concorda e discorda e na segunda, 50% responderam entre nem concorda nem discorda e discorda para álcool e outras drogas.

Para as outras perguntas não foram detectadas diferenças significativas entre as duas aplicações dos questionários.

**Tabela 11** - Crenças, atitudes e habilidades sobre o interesse do profissional sobre o padrão, riscos e aconselhamento para diminuir o uso de álcool ou outras drogas dos seus pacientes pós-treinamento.

<b>Interesse do profissional</b>		<b>Percentual de respostas (%)</b>					
<b>Crenças</b>		<b>C</b>		<b>NCND</b>		<b>D</b>	
		<b>1A</b>	<b>2A</b>	<b>1A</b>	<b>2A</b>	<b>1A</b>	<b>2A</b>
Existem problemas de saúde mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas para lidar.	<b>Álcool</b>	11	5	26	16	63	79
	<b>Outras drogas</b>	11	5	26	16	63	79
Em geral o profissional de saúde não pode ajudar muito seus pacientes na redução do consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>	11	16	16	0	74	84
	<b>Outras drogas</b>	9	16	14	5	67	79
Em geral, meus colegas e eu somos cépticos sobre medicina comportamental.	<b>Álcool</b>	0	5	32	26	68	68
	<b>Outras drogas</b>	10	5	14	26	67	68
<b>Atitudes</b>							
Eu acho que apenas especialistas deveriam fazer intervenções e aconselhamento dessa natureza.	<b>Álcool</b>	0	0	10	5	90	90
	<b>Outras drogas</b>	0	0	10	10	90	90
<b>Habilidades</b>							
Eu não sei como abordaria efetivamente os pacientes a reduzir seu consumo.	<b>Álcool</b>	42	21	16	21	42	53
	<b>Outras drogas</b>	42	21	16	21	42	53

C: Concorda; NCND: Não concorda nem discorda; D: Discorda. As questões em que a soma das porcentagens não resultou em 100%, refere-se às questões deixadas em branco pelos profissionais.

Na tabela 12, analisando o **grau de confiança** nas **habilidades** em detectar e aconselhar os usuários de risco, pode-se observar que houve uma mudança significativa nas habilidades para aplicar o questionário ASSIST, de 32% que tinham bastante confiança na primeira aplicação aumentou para 37% ( $p=0,04$ ) na segunda. Na primeira aplicação, 50% dos profissionais responderam entre nenhuma ou bastante confiança e na segunda, 50% deles responderam entre grau moderado de confiança e bastante confiança. Ainda foi observado um aumento na **habilidade** para fazer perguntas sobre o consumo de álcool e outras drogas dos pacientes, de 21% na primeira aplicação para 37% ( $p=0,04$ ) na segunda. Na primeira, 50% deles responderam entre nenhuma ou muito pouca confiança e na segunda, 50% responderam entre grau moderado de confiança e bastante confiança. Observou-se também uma mudança ( $p=0,07$ ) nas **habilidades** para recomendar o consumo de baixo risco e fornecer material educacional aos pacientes para ajudá-los a reduzir seu consumo, de 21% na primeira para 42% na segunda e de 26% na primeira para 53% na segunda, respectivamente. Em ambos os casos, 50% responderam entre nenhuma ou muito pouca confiança e grau moderado de confiança, na primeira aplicação e na segunda, 50% responderam entre grau moderado de confiança e bastante confiança. Ainda foi observado um aumento significativo na habilidade para perguntar no seguimento sobre o padrão de uso de álcool ou outras drogas do paciente, aumentando de 37% na primeira para 53% ( $p=0,05$ ) na segunda aplicação. Na primeira aplicação, 50% responderam entre nenhuma ou muito pouca confiança e grau moderado de confiança e na segunda, 50% responderam entre grau moderado de confiança e bastante confiança.

Para as outras perguntas não foram detectadas diferenças significativas entre as duas aplicações dos questionários.

**Tabela 12** - Grau de confiança dos profissionais de saúde na sua habilidade em detectar e aconselhar os usuários de risco pós-treinamento.

Afirmativas sobre atividades	Grau de confiança (%)					
	NMPC		GMC		BC	
	1A 2A		1A	2A	1A	2A
a) Fazer perguntas para coletar informações sobre o risco de problemas relacionados ao álcool ou outras drogas nos pacientes.	21	16	53	17	26	37
b) Avaliar a história familiar de problemas de álcool ou outras drogas.	16	16	42	47	42	37
c) Avaliar no paciente os sinais e os sintomas presentes de dependência ao álcool ou outras drogas.	26	21	58	53	16	26
d) Fazer perguntas usando um questionário de detecção de álcool ou outras drogas, tal como o CAGE, AUDIT, MAST ou ASSIST.	37	11	32	53	32	37 <sup>p</sup>
e) Fazer perguntas de natureza pessoal ou delicadas quando entrevistar um paciente sobre seu consumo.	26	16	53	47	21	37 <sup>p</sup>
f) Expor suas preocupações profissionais médicas sobre o padrão de uso beber e os riscos à saúde do paciente.	16	11	58	47	26	42
g) Recomendar o consumo de baixo risco para seu paciente.	37	16	37	42	21	42
h) Fornecer material educacional aos pacientes para ajudá-los a diminuir seu consumo.	21	5	53	42	26	53
i) Encaminhar o paciente para avaliação diagnóstica ou tratamento.	21	10	42	37	37	53 <sup>p</sup>
j) Perguntar no seguimento sobre o padrão de uso de álcool ou outras drogas do paciente.	21	11	42	36	37	53 <sup>p</sup>

NMPC: Nenhuma ou muito pouca confiança; GMC: Grau moderado de confiança; BC: Bastante confiança. <sup>p</sup> Diferença significativa entre a 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> aplicações ( $p \leq 0,05$ , teste de Wilcoxon). As questões em que a soma das porcentagens não resultou em 100%, refere-se às questões deixadas em branco pelos profissionais.

#### **6.4. Avaliação das dificuldades dos profissionais de saúde durante a aplicação dos instrumentos de detecção precoce e da intervenção breve para o uso de drogas na US um ano após o treinamento.**

Compareceram 6 coordenadores do projeto das 8 unidades participantes (a equipe treinada da Unidade Butiatuvinha desistiu de participar do projeto ao longo do ano) faltando à reunião os coordenadores das unidades Nova Orleans e Vila Clarice .A seguir serão apresentados os principais obstáculos relatados pelos coordenadores do projeto nas US, agrupando-os por unidade.

##### **Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho**

O grande intervalo de tempo entre o treinamento e o início da aplicação do projeto, a saída de profissionais que tinham sido treinados para a aplicação do projeto, a existência de muitos programas ocorrendo ao mesmo tempo na unidade, a falta de sensibilização da autoridade sanitária no sentido de dar suporte à execução do projeto e a falta de tempo para aplicação dos instrumentos na rotina diária foram os obstáculos enumerados pelo coordenador do projeto nesta US.

##### **Unidade de Saúde Camargo**

Os principais obstáculos relatados pela coordenadora do projeto nesta US foram: a falta de tempo para realizar a detecção e a intervenção breve, o estresse dos profissionais devido à preocupação dos pacientes para que fossem atendidos pelos médicos dentro do horário de suas consultas, a deficiência na organização por parte da coordenadora do projeto na unidade para a efetiva aplicação dos instrumentos apesar de todos os integrantes da equipe da US terem sido

sensibilizados quanto à importância do projeto e ainda, a constatação de que muitos profissionais não se sensibilizaram e não queriam participar da implementação do projeto.

#### **Unidade de Saúde Bacacheri**

Os principais problemas encontrados pela coordenadora do projeto nesta US foram: baixa produtividade pois somente uma profissional estava aplicando os instrumentos na unidade (as outras foram transferidas) e esta mesma profissional estava envolvida em muitos outros programas desenvolvidos na US; a percepção que os pacientes negavam o seu verdadeiro uso de drogas; muitos pacientes que foram convidados a participar do projeto e negaram participar do mesmo; pouca motivação da equipe para dar suporte para que a profissional pudesse aplicar os instrumentos da pesquisa; o número excessivo de pacientes na US e a falta de sensibilização da autoridade sanitária no sentido de dar suporte à execução do projeto .

#### **Unidade de Saúde Parigot de Souza:**

A principal dificuldade na unidade relatada pelo coordenador do projeto foi a falta de tempo para aplicar os instrumentos e realizar a intervenção breve. Também citou outros problemas, como: a falta de espaço físico para poder conversar em particular com o paciente e aplicar os instrumentos; a falta de motivação da equipe em relação ao projeto; a crença de que as pessoas que compareceram ao treinamento estavam desejosas de fugir da rotina de trabalho e não estavam motivadas para o tema do projeto e o “preconceito da equipe em abordar o assunto por acharem estar invadindo a privacidade do paciente”.

**Unidade de Saúde Moradias da Ordem:**

As barreiras citadas por essa coordenadora foram: a falta de tempo para aplicação dos instrumentos e a crença de que os pacientes não querem falar sobre seu uso de drogas ilícitas.

**Unidade de Saúde Moradias Belém:**

Os problemas encontrados nessa US foram a falta de sensibilização da equipe e o fato de que o profissional que estava aplicando os instrumentos não tinha recebido o treinamento de 16 horas.

### **6.5. Avaliação da entrevista com os gestores.**

Quanto às razões para participação deste projeto foi ressaltado que seria uma oportunidade do programa de saúde mental de Curitiba-PR, contribuir e fazer parte de uma pesquisa sobre o uso de drogas no Brasil. As unidades básicas poderiam aprender a prevenir o uso de drogas e ainda estariam contribuindo para quebrar o “tabu” da resistência em tratar esse tipo de problema.

Quanto à expectativa em relação ao projeto e os benefícios esperados, foi ressaltado a questão da prevenção dos transtornos decorrentes do uso de drogas. O tratamento da dependência custa caro, por isso a prevenção é importante, ainda espera-se obter dados concretos para mostrar a sociedade programas preventivos que funcionam. Acreditam que o projeto trará mais segurança aos profissionais da APS ao lidar com saúde mental e mais motivação para fazer esse trabalho.

Quanto às contribuições que a organização trará ao projeto foi ressaltado o trabalho de incentivo que irão realizar com as autoridades sanitárias das unidades de saúde, pois são peças chave para o projeto, no sentido de participarem das reuniões de sensibilização da equipe.

Os coordenadores entrevistados não pensam em avaliar se os objetivos do projeto foram alcançados, esperam que os pesquisadores responsáveis pelo projeto tragam os resultados até eles. Eles esperam receber documentação de todos os resultados obtidos com a pesquisa inclusive do estudo das crenças, atitudes e habilidades dos profissionais da APS em

relação a aplicação de instrumentos de detecção precoce e intervenção breve para o uso de drogas em Curitiba-PR.

Os principais obstáculos à execução do projeto apontados foram: falta de recursos humanos, mudança do governo em cada eleição fazendo troca constante de pessoal nas unidades. Eles acreditam que se for feita uma capacitação permanente nas unidades esses obstáculos podem ser superados, tornando esse programa parte da rotina das US como aconteceu com Hanseníase, Tuberculose, que hoje não é mais atendido por especialistas apenas.

## **7. DISCUSSÃO**

### **7.1. Avaliação das crenças, atitudes e habilidades antes do treinamento:**

Na primeira aplicação do QE1 avaliando as crenças, atitudes e habilidades dos profissionais de saúde em relação à aplicação de instrumentos de detecção precoce e intervenção breve para o uso de drogas na APS da cidade de Curitiba-PR antes de receberem um treinamento observou-se que existem algumas delas que precisam ser modificadas para a implementação efetiva do projeto nas US.

#### **Crenças**

Os profissionais acreditavam ser importante detectar usuários de risco antes de se tornarem dependentes de álcool ou de outras drogas, sugerindo que esses profissionais compreendiam a importância do uso de instrumentos de detecção precoce. O fato de esses profissionais terem sido voluntários para participarem do treinamento sobre detecção precoce de problemas decorrentes do uso nocivo de álcool e outras drogas e intervenção breve pode representar um importante viés, pois se pode dizer que esses profissionais estariam motivados para o treinamento. A maioria disse sentir-se à vontade para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de substâncias e ter tempo suficiente durante sua rotina de trabalho para questioná-los a respeito de seu consumo. Metade dos profissionais manifestou possuir grandes expectativas no tratamento de usuários de risco.

No entanto, alguns deles acreditavam que pedir aos pacientes para dar informações específicas sobre seu padrão de consumo de álcool e outras drogas poderia levá-los a não retornar para a próxima consulta e ainda acreditavam que os pacientes não contam a verdade diante deste tipo de questionamento.

Esses resultados sugerem que os profissionais compreendem e querem assumir seu papel como profissional da APS para detectar precocemente usuários de risco, embora alguns tenham receio da veracidade das informações obtidas e tenham medo que o paciente não retorne.

Em relação ao **interesse do profissional**, a maioria achou de extrema importância lidar com problemas relacionados ao uso de substâncias dos pacientes e consideraram essas questões tão importantes quanto outros problemas de saúde. Acreditavam, também, que poderiam ajudar muito seus pacientes através de aconselhamento para a redução do consumo de substâncias, sendo que poucos deles acreditavam que os profissionais da APS sejam cépticos em relação à medicina comportamental. Outros estudos também demonstraram que tanto enfermeiras como médicos tem atitudes positivas para discutir o uso de álcool com seus pacientes e acreditam que sabem como falar e motivar seus pacientes a aderir ao tratamento (AALTO et al., 2001). Os resultados da primeira aplicação do QE1 não confirmaram as crenças como o ceticismo quanto à eficácia do tratamento por IB e a concepção que os problemas com álcool, na realidade, não são da competência dos profissionais da atenção primária à saúde que foram descritas por GLANVILLE e colaboradores (1998).

### **Atitudes**

Em relação ao como lidar, ao papel e ao interesse do profissional em relação aos usuários de risco, a grande maioria dos profissionais possui uma atitude positiva em relação ao seu papel na APS em abordar o problema de uso nocivo de substâncias dos seus pacientes e não acha que apenas especialistas devam lidar com esse tipo de problema. É importante ressaltar novamente, no

entanto, que os sujeitos da pesquisa foram profissionais voluntários que estavam motivados com o problema.

### **Práticas e Habilidades**

Não era muito freqüente para esses profissionais abordar o problema relacionado ao uso de álcool e outras drogas, a maioria deles disse fazer esse questionamento algumas vezes ou raramente. É importante ressaltar que entre os profissionais que responderam os questionários, quatro deles trabalhavam diretamente com usuários de substâncias e que portanto, faziam esse tipo de questionamento sempre. Mesmo quando eles sabem que o paciente faz uso nocivo de substâncias, poucos disseram aconselhar o paciente a reduzir o consumo. Talvez o motivo para essa prática seja a falta de habilidades, pois se observou que em relação ao **como lidar** menos da metade dos profissionais disse que seu conhecimento sobre os problemas relacionados ao álcool ou outras drogas era adequado. Em relação ao **papel e interesse do profissional**, alguns profissionais disseram não saber o que perguntar para obter informações sobre o consumo de substâncias pelos seus pacientes e não saber orientar efetivamente seus pacientes a como reduzir seu consumo. Quase a metade dos profissionais relatou ter muito pouca ou nenhuma habilidade para aplicar instrumentos de detecção precoce de álcool ou outras drogas, tal como o CAGE, AUDIT, MAST ou ASSIST.

Num trabalho realizado na Finlândia entrevistando enfermeiros e médicos da APS foi demonstrado que a grande maioria achava importante detectar precocemente os usuários abusivos na rotina diária do seu trabalho. Relataram conhecer o suficiente para conversar com os pacientes sobre o consumo de álcool e como motivá-los a procurar um tratamento. A grande maioria relatou não

estar familiarizada com instrumentos de detecção precoce, não conhecer suficientemente os pressupostos teóricos da IB, e tampouco estar apto a realizar a IB. (AALTO et al., 2001). Desta forma, pode-se inferir que, nesse estudo citado, os profissionais achavam importante detectar o uso precoce, mas a sua atitude era de encaminhamento dos pacientes com problemas, acreditando não estar suficientemente preparados para intervir no padrão de uso de álcool pelos pacientes.

Entre as barreiras citadas pelos participantes do presente estudo, o medo de que o paciente não diga a verdade sobre o seu consumo de álcool e outras drogas e o medo de que o paciente não retorne para a próxima consulta também foram descritos por outros autores (THOM; TELLEZ, 1986; LOCK et al., 2002). Em contradição a resultados descritos por outros autores (WELLER et al., 1992; LOCK et al., 2002), os profissionais participantes do presente estudo consideraram as questões relacionadas ao uso nocivo de álcool e outras drogas tão importantes quanto outras questões de saúde. Mais uma vez, é importante considerar uma limitação do presente estudo, pois os participantes eram profissionais motivados com o tema.

Uma outra crença demonstrada por alguns profissionais do presente estudo, embora não sendo pela maioria, refere-se à não ter grandes expectativas no tratamento de usuários de risco, podendo se considerar como mais uma barreira para a implementação de programas de detecção e intervenções precoces na prática. Um estudo com médicos clínicos gerais da Dinamarca, observou que esses profissionais acham que poucos pacientes podem ser encorajados a modificar seu comportamento de consumo de álcool e em geral

não acreditam no efeito da IB para modificar o comportamento de beber (BEICH et al., 2002), confirmando dessa forma nossos resultados.

Os resultados da primeira aplicação confirmaram a necessidade de treinamento adequado dos profissionais da APS para modificar as principalmente crenças e habilidades em relação aos usuários de álcool e outras drogas visando a mudança na sua prática rotineira. Alguns estudos que avaliaram o resultado de programas de treinamento de profissionais de APS para detectar e intervir precocemente sobre um padrão de uso nocivo de álcool demonstraram a modificação das crenças, atitudes e habilidades em relação aos usuários de álcool. (AALTO et al., 2003; ANDERSON et al., 2003; BEICH et al., 2002; KANER et al., 2003; BABOR et al., 2004).

## **7.2. Avaliação dos profissionais da qualidade do treinamento:**

Apesar da avaliação geral do treinamento ter sido considerada boa ou ótima pela maioria dos profissionais, deve-se considerar a limitação desse tipo de avaliação, pois os entrevistados geralmente desejam corresponder às expectativas do palestrante.

Dentre as principais críticas feitas, destaca-se a falta de mais atividades práticas aumentando a carga horária do curso como o principal fator para a melhora da qualidade desse tipo de treinamento. Outra sugestão dos profissionais foi o acompanhamento inicial das atividades nas unidades de saúde.

Outros estudos em que profissionais de saúde receberam treinamento para aplicação de instrumentos de detecção e intervenção breve para uso excessivo de álcool também relataram a falta de atividades práticas como um fator limitante (AALTO et al., 2001; BEICH et al., 2002; RONZANI et al., 2005).

Num trabalho realizado em nove países sob a coordenação da OMS, foi demonstrado que médicos clínicos gerais questionam os pacientes quanto ao seu uso de álcool e realizam algum tipo de intervenção com os pacientes que apresentam problemas decorrentes do uso quando foram treinados para tal prática e quando recebem suporte adequado no ambiente de trabalho (ANDERSON et al., 2003).

### **7.3. Avaliação das crenças, atitudes e habilidades após o treinamento:**

Para avaliação das mudanças ocorridas antes e após o treinamento, foram observados apenas os profissionais que participaram das duas aplicações do QE1. A comparação do perfil sócio demográfico das duas amostras revelou homogeneidade. Desta forma, uma análise das diferenças entre as duas amostras antes do treinamento não foi realizada. Além disso, o motivo da perda dos 15 profissionais na segunda aplicação, não foi devido à desistência pessoal, mas devido às questões de remanejamento que ocorreram durante o estudo. Desta forma pode-se inferir que a perda não comprometeu o grau de motivação para a participação no projeto dos 19 profissionais que permaneceram, assim todas as comparações foram feitas entre esses 19 profissionais que responderam a ambas aplicações.

A rigor, pode-se observar que após o treinamento as modificações ocorreram em relação às áreas que mais necessitavam de mudanças, ou seja, nas **crenças** de como lidar e do papel do profissional ao lidar com usuários de risco, e nas **habilidades** dos profissionais em aplicar os instrumentos de detecção precoce e da intervenção breve para uso de drogas. As **atitudes** em relação ao

como lidar, papel e interesse do profissional já eram positivas antes do treinamento e não sofreram mudanças.

### **Crenças**

A crença sobre as expectativas dos profissionais em relação ao tratamento de usuários de risco foi modificada significativamente após o treinamento, visto saber-se que a descrença sobre a possibilidade de melhora dos pacientes em relação a problemas associados ao uso de álcool e outras drogas é uma barreira importante para implementação de programas preventivos na área de drogas (BEICH et al., 2002). Observou-se também mudança na crença do papel do profissional de saúde em fazer perguntas de forma natural sobre o padrão do uso de álcool ou outras drogas dos pacientes, já que o embaraço do profissional ao fazer esse tipo de questionamento pode ser constrangedor ao paciente. BEICH e colaboradores citaram em seu estudo que alguns clínicos gerais consideraram uma invasão de privacidade perguntar a todos os pacientes sobre seu padrão de beber e não se sentem à vontade para fazê-lo (BEICH et al., 2002).

### **Habilidades**

Uma mudança importante ocorreu no grau de preparação do profissional para aconselhar seus pacientes a não beber e a não usar drogas ilícitas, mostrando um dos principais objetivos do treinamento sendo atingido. Podemos observar, porém, que houve mudança em aconselhar em outras questões de saúde (não fumar, praticar exercícios), que não foram abordadas no treinamento, sugerindo que houve uma mudança na preocupação geral das questões de saúde do paciente, além da questão da droga.

Também se observou a melhora na habilidade para saber o que perguntar a fim de obter informações sobre o consumo de álcool ou outras drogas dos pacientes e como ajudar o paciente a reduzir seu consumo mostrando que o treinamento para a aplicação dos instrumentos de detecção precoce e aplicação de intervenção breve foi eficaz ao menos na teoria.

As outras mudanças observadas foram no grau de confiança para desenvolver técnicas específicas na área de detecção precoce e intervenção breve para usuários de risco como: fazer perguntas sobre o consumo de álcool e outras drogas aos pacientes (aplicando o ASSIST), recomendar o consumo de baixo risco (aplicando a IB) e fornecer material educacional aos pacientes para ajudá-los a reduzir seu consumo (entrega dos *folders* e manuais), perguntar no seguimento sobre o padrão de uso de álcool ou outras drogas ao paciente (aplicando o ASSIST *follow-up*), mostrando que os profissionais sentiram-se capacitados após o treinamento para exercer essas atividades em seu ambiente de trabalho.

Essas melhoras nas habilidades dos profissionais para aplicar os instrumentos de detecção e IB após um treinamento, foram observadas e sugeridas em vários outros estudos (BABOR et al., 2004; BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2000; LOCK et al., 2002; AALTO, 2001; BENDTSEN; AKERLIND, 1999).

**7.4 Avaliação das dificuldades dos profissionais de saúde durante a aplicação dos instrumentos de detecção precoce e da intervenção breve para o uso de drogas nas US um ano após o treinamento.**

Apesar de os profissionais de saúde terem relatado no questionário mudanças nas suas habilidades e crenças para aplicação de instrumentos de detecção precoce e intervenção breve para uso de drogas após o treinamento, observou-se que essas mudanças não foram suficientes para mudar a prática profissional. A implementação do projeto nas unidades de saúde, de fato, não ocorreu após um ano do treinamento teórico e mesmo após diversas reuniões de sensibilização e treinamentos práticos que foram realizados em cada unidade de saúde durante o período.

O principal obstáculo relatado pelos coordenadores e por quase a totalidade dos coordenadores, foi a falta de tempo, contradizendo a afirmação que a maioria fez na primeira e na segunda aplicações do QE1, pois achavam que tinham tempo suficiente durante a consulta de rotina para perguntar sobre o consumo de álcool e sobre o consumo de drogas aos pacientes. O excessivo preenchimento de formulários exigidos pela Organização Mundial da Saúde para o andamento da pesquisa pode ter sido a causa da falta de tempo, pois para a aplicação do ASSIST e IB na forma que aprenderam no treinamento, o profissional despenderia em torno de 20 minutos (apenas aos pacientes que atingissem a pontuação para uso de risco). Para o preenchimento dos formulários da pesquisa que foi apresentado nos treinamentos práticos nas unidades, esse tempo na verdade aumentou para cerca de 50 minutos. Um dos profissionais médico treinado relatou o seguinte durante o treinamento prático em sua unidade:

*“Para mim é impossível aplicar o ASSIST, aplicar a intervenção breve e preencher esses nove formulários durante o período que tenho para uma consulta de rotina que é de no máximo 30 minutos”.*

Metade dos coordenadores presentes citou que a mudança na equipe profissional foi um obstáculo, pois as pessoas que haviam sido treinadas não estavam mais na unidade, confirmando a necessidade de treinamento e capacitação constantes sugeridas também pelos gestores (ver item 7.5).

Outros coordenadores citaram a falta de sensibilização da equipe, incluindo autoridades sanitárias. Mesmo após o treinamento e as várias reuniões de sensibilização realizadas nas unidades de saúde, observou-se que de fato a equipe como um todo não foi sensibilizada. Entre as possíveis causas poderíamos citar o remanejamento dos profissionais que foram sensibilizados em cada US, a falta da presença das autoridades sanitárias em todas as reuniões de sensibilização e a efetividade das reuniões de sensibilização.

Um coordenador citou que a distância entre o treinamento prático e o início da implementação do projeto foi um obstáculo, pois a motivação dos profissionais foi perdida. Esse fato realmente ocorreu durante a implementação do projeto, pois houve uma demora para a impressão do todo o material que seria fornecido às US sendo que o espaço de tempo entre o treinamento e o início foi de aproximadamente 7 meses, embora durante esse período reuniões de sensibilização nas unidades aconteceram.

### **7.5 Avaliação da entrevista com os gestores:**

As principais barreiras citadas pelos gestores para implementação do projeto, foram a mudança constante na equipe multiprofissional das unidades de saúde devido ao remanejamento de pessoal e eleições municipais e a falta de recursos humanos. Esses problemas apontados foram evidentes durante a execução desse trabalho, pois dos 34 profissionais que participaram do

treinamento apenas 19 responderam o QE1 na segunda aplicação, que ocorreu ao longo de 4 meses após o treinamento, mostrando que 15 foram remanejados para outras UBS ou serviços de saúde. . Também a implementação do projeto coincidiu com o período eleitoral no município de Curitiba, e com a mudança na prefeitura, outros profissionais também foram remanejados após um ano do treinamento. A solução apresentada pelos entrevistados para contornar esse tipo de problema foi a criação de um programa de capacitação constante nas unidades de saúde do município.

Os gestores reconheceram a existência de um “tabu” entre os profissionais de saúde para tratar problemas relacionados à saúde mental e em particular ao uso de drogas acreditando que a implementação de projetos como esse poderia ajudar a diminuir esse problema e ainda, traria mais segurança aos profissionais da APS para lidar com saúde mental além de mais motivação para fazer esse trabalho.

Um estudo concluiu que alguns métodos são efetivos para vencer barreiras e motivar os profissionais a realizar programas de prevenção primária e secundária para o uso de drogas, entre eles: primeiramente identificar as barreiras através de aplicação de questionários e grupos focais, participação constante dos profissionais em programas de treinamento, *workshops* e atividades práticas aplicadas aos pacientes, lembretes direcionados aos clínicos e pacientes, telefonemas de avaliação de seguimento, cartazes específicos nas salas de espera dos pacientes, retorno dos pacientes e colegas da evidências dos resultados (THOMPSON et al., 1995). Um estudo realizado na Universidade de Connecticut (USA), sugeriu outras estratégias para vencer essas barreiras como: introdução de disciplina na graduação nos cursos de medicina, enfermagem e

outros na área de saúde e a criação de manuais, nos quais alunos e profissionais de saúde aprendessem a aplicar instrumentos de detecção precoce e IB para usuários de risco (BABOR; HIGGENS-BIDDLE, 2000).

Do presente estudo pode-se questionar que essas crenças relatadas pelos profissionais podem estar refletindo o meio sócio-cultural no qual eles se inserem, além da falha na sua formação profissional que carece de uma maior abordagem nesse sentido, isto é, diretamente relacionado com o tema de prevenção ao uso indevido de drogas.

Em um outro estudo foram comparados os graus de confiança entre profissionais treinados e que aplicaram a detecção e a IB em pacientes com alunos do terceiro ano do curso de medicina também treinados mas que não tinham acesso direto a pacientes, e desta forma, o treino prático ocorreu através da técnica de *role-playing*. Os autores relataram que não houve diferença entre os sujeitos treinados quanto ao seu grau de confiança e sugeriram que o mais importante é demonstrar ao profissional durante o treinamento a eficácia da detecção e intervenção, pois de acordo com uma teoria citada por esses autores, a “Teoria do Comportamento Planejado” (AZJEN, 1985), os profissionais de saúde realizarão voluntariamente atividades que eles acreditam ser eficazes e fáceis de aplicar.

Dessa forma, várias estratégias são propostas tanto em trabalhos anteriores de outros autores como pelos gestores que participaram da entrevista do presente trabalho para vencer as barreiras encontradas na prática rotineira dos profissionais de saúde. Parece que todas as estratégias propostas apresentam em comum a atuação na formação do profissional, quer seja através de educação continuada quer seja através da inclusão desse tema nos currículos dos cursos

da área da saúde. As outras barreiras citadas como remanejamento constante de pessoal, mudanças políticas e falta de recursos humanos seriam vencidas em parte e indiretamente através do treinamento constante e, de preferência, na forma de programa institucional de saúde que levaria à mudança de atitude baseada em evidência, à semelhança de outros programas de prevenção que existem como hipertensão, diabetes e outros.

## 8. CONCLUSÃO

- As crenças dos profissionais da APS como: medo da reação do paciente, dúvida sobre a veracidade das informações fornecidas e a falta de expectativa em relação ao tratamento de usuários de risco apresentam-se como obstáculos para a implementação de projetos de prevenção do uso de drogas em APS.
- A falta de habilidades para questionar e aconselhar os pacientes a reduzir o consumo de drogas também é um obstáculo que necessita ser vencido através de treinamento e capacitação constantes.
- O treinamento para implementação de projeto de detecção precoce e intervenção breve para uso de drogas deve ter mais conteúdo prático e acompanhamento inicial nas unidades de saúde.
- Um treinamento específico para implementação de projetos de prevenção do uso de drogas consegue modificar algumas crenças e principalmente melhorar as habilidades para aplicar instrumentos de detecção precoce e intervenção breve para o uso de drogas principalmente em teoria.
- Os gestores da secretaria da saúde mental de Curitiba possuem grandes expectativas em relação ao projeto, porém reconhecem as limitações do sistema como: falta de pessoal, remanejamento constante da equipe e existência de “tabus” dos profissionais em relação ao usuário de drogas que dificultam a implementação do projeto prevenção ao uso de drogas.
- Na prática, observa-se que barreiras como: remanejamento constante de profissionais das unidades de saúde, falta de tempo para aplicações dos instrumentos conforme exigências da pesquisa, falta de sensibilização da

equipe nas unidades de saúde dificultaram a implementação do projeto de prevenção ao uso de drogas.

- As possíveis soluções para vencer essas barreiras são: educação continuada e capacitação constante dos profissionais das unidades de saúde de preferência na forma de programa institucional, modificação das crenças e criação das habilidades na formação do profissional de saúde criando-se cursos de educação continuada e disciplinas na graduação nas quais o aluno aprenderia a detectar precocemente e intervir para ajudar o paciente a reduzir seu consumo de drogas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AALTO, M; PEKURI, P, SEPPÄ, K. **Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project.** Drug Alc Depend, 2003; 69: 9-14.

AALTO, M; PEKURI, P; SEPPA, K. **Enfermeiros e médicos da saúde primária: atitudes, conhecimentos e crenças a respeito da intervenção breve para bebedores pesados.** Addiction, 2001; 96: 305-311.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 4th ed. Washington, DC: American Psychiatry Association. 1994.

ANDERSON, P; KANER, E; WUTZKE. **Attitudes and management of alcohol problems in general practice:** descriptive analysis based on findings of a World Health Organization International collaborative survey. Alc Alcohol, 2003; 38(6): 597-601.

ANTI DROGAS HP. **Drogas e economia.** Disponível em <http://www.geocities.com/apollo16br/>, acessado em 25 de abril de 2005.

AZJEN, I. **Intentions to actions:** A theory of planned behavior. In: KUHL, J; BECKMAN, J. (eds), Action-control: From cognition to behavior. Heidelberg: Springer, 1985; p. 11-39.

BABOR, TF; HIGGINS-BIDDLE, JC. **Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health.** Addiction 2000; v. 95, n. 5, p. 677-686.

BABOR, TF; HIGGINS-BIDDLE, JC; SAUNDERS, JB; MONTEIRO, MG. **The alcohol use disorders identification test (AUDIT):** guidelines for use in Primary Care. World Health Organization, Second Edition, 2001; Document n. WHO/MSD/MSB/01.

BABOR, TF; HIGGINS-BIDDLE, JC; HIGGINS, PS; GASSMAN, RA; GOULD, BE. **Training medical providers to conduct alcohol screening and brief interventions.** Substance Abuse, 2004; 25(1):17-26.

BABOR, TF; JR. SAUNDERS J & GRANT M. **Audit, the alcohol use disorders identification test:** guidelines for use in primary health care. 1989; WHO/MNH/DAT.

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

BALLESTEROS, J; DUFFY, JC; QUEREJETA, I; ARINO, J; GONZÁLEZ-PINTO, A. **Efficacy of Brief interventions for hazardous drinkers in primary care:** systematic review and meta-analyses. Alc. Clin. Exp. Res. 2004; v. 28, p. 608-618.

- BASHIR, K; KING, M; ASHWORTH, M. **Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines**. British Journal of General Practice.1994; n. 44, p. 408-412.
- BEICH, A; GANNIK, D; KIRSTI; M. **Screening and brief intervention for excessive alcohol use**: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. 2002; BJM; 325:1-5.
- BENDTSEN, P; AKERLIND, I. **Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers**. Alcohol Alcohol, 1999; v. 34, n. 5, p. 795-800.
- BIEN, TH; MILLER, WR; TONIGAN, S. **Brief intervention for alcohol problems: a review**. Addiction, 1993; n. 88, p. 315-336.
- CARLINI, EA; GALDURÓZ, JCF; NOTO, AR; NAPPO, SA. **Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. CEBRID/SENAD, 2002.
- CONTANDRIOPOULOS, A-P; CHAMPAGNE, F; POTVIN, L; DENIS, J-L; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**. Colaboradores: L. Belanger, H. Nguyen; revisão: M. Girese; 3a ed./versão em português, trad. S. Ribeiro
- COPELAND, J; SWIFT, W; ROFFMAN, R; STEPHENS, R. **A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder**. Journal of Substance Abuse Treatment, 2001; 21, p. 55-64.
- CORDOBA, R; DELGADO, MT; PICO, V; ALTISENT, R; FORES, D; MONREAL, A; FRISAS, O; LOPEZ DEL VAL, A. **Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL)**: a Spanish multi-centre study. Family Practice, 1998; 15(6), p. 562-588.
- DUNN, C; DEROO, L; RIVARA, FP. **The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains**: a systematic review. Addiction, 2001; 96, p. 1725-1742.
- FLEMING, M. F; MUNDT, MP; FRENCH, MT; MANWELL, LB; STAUFFACHER, EA; BARRY, KL. **Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings**. Medical Care, 2000; 38(1), p. 7-18.
- FORMIGONI, MLOS; BOERNGEN-LACERDA, R; RONZANI, TM; GONÇALVES, PS. **Detecção do Uso de Drogas e avaliação do impacto de uma intervenção breve em serviços de Atenção Primária à Saúde**. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, e Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Início: 27/05/2003. 44 páginas. WHO – World Health Organization. Projeto em andamento.
- GALDURÓZ, JCF; NOTO, AR; NAPPO, SA. **IV Levantamento de uso de drogas psicotrópicas em estudantes brasileiros**. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 1997.

GALDURÓZ, JC. F; NOTO, AR; NAPPO, SA; CARLINI, EA. **First household survey on drug abuse in São Paulo Brasil/1999**: principal findings. São Paulo Medical Journal, 2003; v.121, n. 6, p. 231-237.

GLANVILLE-J; H-M; AUSTON, I. **Finding information on clinical effectiveness**. British Medical Journal 1998; 317(Jul 18); 200-203.

GORENSTEIN, C; ANDRADE, LHSG; ZUARDI, W. **Escalas de avaliação Clínica em Psiquiatria e Farmacologia**. São Paulo, 2000.

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

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

JEKEL, JF. **Epidemiology, biostatistics and preventive medicine**. Philadelphia, Saunders; 1996.

KANER, E; LOCK, C; HEATHER, N; MCNAMEE, P; BOND, S. **Promoting brief intervention by nurses in primary care**: a cluster randomized control trial. Patient Education and Counseling; 2003.

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

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

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

MILLER, WR; WILBOURNE, PL. **Mesa Grande**: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders (review). Addiction, 2002; 97(3), p. 265-277.

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

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

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

POWELL, RA; SINGLE, HM. **Focus groups**. Int J Qual Health Care.1996; v. 8, p. 499-504.

PROCHASKA, JA; DI CLEMENTE, CC; NORCROSS, JC. **In search of how people change**. Applications to addictive behaviour. Am. Psych. 1992; v. 47, p. 1102-1114.

RIBEIRO, MS; ALVES, MJM; FREITAS, PSC; MARRA, AC; MENDONÇA, EB; LINHARES, FF; CRESPO, FL. **Validação de Instrumentos de Rastreamento e Estudo da Prevalência do Alcoolismo no Hospital Geral**. Relatório final do Programa de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/CNPq, 2001.

RICHMOND, R; MENDELSON, C; KEHOE, L. **Family physicians' utilization of a brief smoking cessation program following reinforcement contact after training**: a randomized trial. Prev Med, 1998; v. 27, n. 1, p. 77-83.

ROCHE, A.M, PARLE, MD, STUBBS, JM, HALL, W. SAUNDERS, JB. **Management and treatment efficacy of drug and alcohol problems: what do doctors believe?**. Addiction, 1995; v. 90, n. 10, p. 1357-1366.

RONZANI, TM; RIBEIRO, MS. **Identidade e Formação Profissional do Médico**. Revista Brasileira de Educação Médica, 2003; v. 27, n. 3, p. 229-236.

RONZANI, TM; STRALEN, CJ. **Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro**. Revista de Atenção Primária à Saúde, 2003; v. 6, n. 2, p. 99-107.

RONZANI, TM; RIBEIRO, MS; AMARAL, MB; FORMIGONI, MLOS. **Implementação 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; v. 21, p.109-118.

RONZANI, TM. **Novas políticas e velhas práticas**: um estudo sobre identidade de médicos de PSF. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte; 2002.

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

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

SENFT, RA; POLEN, MR; FREEBORN, DK; HOLLIS, JF. **Brief Intervention in a primary care setting for hazardous drinkers**. American Journal of Preventive Medicine. 1997; 13(6), p. 464-470.

SOUZA, SPS. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde.** Um olhar focalizado no Programa de Saúde de Família, Rio de Janeiro, Tese de mestrado, Instituto de Medicina Social - UERJ, 2001.

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

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

THOM B; TELLEZ, C. **A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice.** British Journal of Addiction 1986; 81: 405-418.

THOMPSON, RS; TAPLIN, SH; MCAFEE, TA; MANDELSON, MT. & SMITH, AE. **Primary and secondary prevention services in clinical practice, twenty years' experience in development, implementation and evaluation,** Journal of the American Medical Association, 1995; 273, 1130-1135.

TOSCANO JR, A. **Um breve histórico sobre o uso de drogas.** In: S. D. SEIBEL; A. TOSCANO JR (eds). Dependência de drogas. São Paulo: Editora Atheneu; 2001; Cap. 12, p. 7-24.

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

WELLER D, LITT J, POLS R, ALI R, SOUTHGATE D., HARRIS R. **Drug and alcohol related health problems in primary care.** Medical Journal of Australia; 1992; 156: 43-48.

WHO ASSIST WORKING GROUP - ALI, R; AWWAD, E; BABOR, T; BRADLEY, F; BUTAU, T; FARRELL, M; FORMIGONI, MLSSO; ISRALOWITZ R; LACERDA, RB; MARSDEN, BM; MCREE, B; MONTEIRO, M; PAL, H; RUBIO-STIPEC M; VENDETTI, J. **The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST):** development, reliability and feasibility. Addiction, 2002; 97: 1183-1194.

WHO ASSIST WORKING GROUP - HUMENIUK, R; ALI, R; BABOR, T; FARRELL, M; FORMIGONI, MLSSO; JITTIWUTIKARN J; LACERDA, RB; LING, W; MARSDEN, BM; MONTEIRO, M; NHIWATIWA, S; PAL, H; POZNYAK, V; SIMON, S. **Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) and pilot brief Intervention:** A WHO technical report of Phase II findings. 2005; (in press).

WHO Brief Intervention Study Group. **A randomised cross-national clinical trial of brief interventions with heavy drinkers.** American Journal of Public Health, 1996; 86(7), p. 948-955.

WOLFF, K; WELCH, S; MARSDEN, J; STRANG, J; FARRELL, M. **Biological indicators of substance use and related disorders. Background paper prepared for WHO Program on substance abuse, drug abuse screening project; 1997.**

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of mental and behavioural disorders:** Diagnostic criteria for research (Geneva, WHO); (1993a); The ICD-10, WUTZKE, SE; SHIELL, A; GOMEL, MK; CONIGRAVE, KM. **Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption.** Social Science & Medicine; 2001; 52(6), p. 863-870.

**ANEXOS**

## **ANEXO 1: CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE:**

### **DETECÇÃO DO USO DE DROGAS E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO BREVE EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** Organização Mundial de Saúde

Principais investigadores: Thomas F. Babor, PhD, MPH e Bonnie McRee, MPH (Centro de Coordenação nos Estados Unidos) e Dra. Maria Lucia O. Souza Formigoni (Investigadora Principal responsável no Brasil, Departamento de Psicobiologia da UNIFESP)

#### **Introdução**

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

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

#### **Declaração de consentimento informado**

**Resumo do projeto.** Este é um projeto de pesquisa sobre um tratamento curto ajudar as pessoas a diminuir ou parar de beber ou usar outras drogas. Caso você decida participar, na primeira consulta você responderá a um questionário sobre seu uso de álcool ou outras drogas. Tudo que você disser será mantido em segredo. Serão pedidas algumas informações sobre você, como idade, sexo, nível de escolaridade e estado civil. A entrevista durará aproximadamente 20 minutos. Será marcada uma nova consulta daqui a três meses, quando você responderá novamente as mesmas perguntas e algumas outras. Você receberá R\$10,00 pela sua participação na pesquisa, para ajudá-lo nas despesas de transporte. Esta quantia será paga após a realização da segunda consulta.

**Sigilo.** Seu nome será colocado em uma folha numerada, separada do resto do questionário, que será guardada pelo pesquisador. Somente um número estará no questionário, com as informações que você fornecer. Seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, nem será fornecido para ninguém, sem o seu consentimento por escrito.

**Benefícios.** Não há nenhum tipo de risco físico aos indivíduos que participam desta pesquisa. Os possíveis benefícios que você possa ter incluem um maior conhecimento sobre seu uso de álcool e outras drogas e os efeitos na sua saúde e na sua vida. Além disso, sua participação nos ajudará a desenvolver um tratamento mais satisfatório para indivíduos com problemas causados pelo uso de álcool e outras drogas.

**Obrigações do entrevistado** Sua obrigação neste estudo é ser honesto quando responder as questões, e estar disponível no tempo certo planejado para as entrevistas. Você não

deve concordar em participar do estudo se você não acreditar que possa comparecer às duas consultas.

**Outras informações.** Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Ao escolher não participar deste projeto, seu atendimento neste serviço de saúde não será prejudicado. Se você tiver alguma dúvida sobre este estudo ou sua participação nele, você pode entrar em contato com a Dra. Maria Lúcia O. S. Formigoni ou com Telmo Ronzani, pelo telefone 55390155 (horário comercial).

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

**Autorização.** Eu, abaixo assinado, entendi as explicações acima e concordo em participar voluntariamente deste projeto de pesquisa. Eu receberei uma copia assinada desta folha de consentimento.

---

nome do entrevistado

---

assinatura do entrevistado

---

Data

---

assinatura de uma testemunha

---

Data

## **ANEXO 2**



Área do comportamento	Sempre	Quase sempre	De vez em quando	Raramente / Nunca	Não se aplica
c) Consumo de álcool	<input type="checkbox"/>				
d) Dieta/alimentação	<input type="checkbox"/>				
e) Nível de estresse	<input type="checkbox"/>				
f) Uso de droga ilícita	<input type="checkbox"/>				

4. Qual a porcentagem dos pacientes adultos que você atende, você estima que tem problemas relacionados ao uso de álcool?

%

5. Nos últimos 12 meses, dos pacientes adultos que você atendeu, aproximadamente quantos você tratou dos problemas relacionados ao consumo pesado de

**Álcool**

- Nenhum  
 1 - 5 pacientes  
 6 - 11 pacientes  
 12 - 24 pacientes  
 25 - 49 pacientes  
 50 ou mais pacientes  
 Não se aplica

**Outras drogas?**

- Nenhum  
 1 - 5 pacientes  
 6 - 11 pacientes  
 12 - 24 pacientes  
 25 - 49 pacientes  
 50 ou mais pacientes  
 Não se aplica

**Parte 3: Questões sobre o seu papel como Profissional da Atenção Primária**

1. Você se sente preparado(a) para aconselhar os pacientes em cada uma das áreas de comportamento da lista apresentada a seguir?

Área do comportamento	Muito preparado(a)	Um pouco preparado(a)	Um pouco despreparado(a)	Muito despreparado(a)
a) Não fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Exercitar-se regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Reduzir o consumo de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Evitar excesso de calorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Reduzir o estresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Não usar drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O quão competente você se julga em ajudar os pacientes a promover mudanças em cada uma das áreas de comportamento apresentadas a seguir?

Área do comportamento	Muito competente	Um pouco competente	Um pouco incompetente	Muito incompetente
g) Não fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Exercitar-se regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Reduzir o consumo de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Evitar excesso de calorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Reduzir o estresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Não usar drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte 4: Questões sobre suas atitudes e crenças em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas pelos seus pacientes**

1. As seguintes afirmativas relacionam-se com o **como lidar** com usuários de risco. "Usuários de risco" são pessoas cujo uso de álcool **ou outras drogas** pode levar a problemas de saúde (por ex., pressão alta, acidentes, flebites, neuropatias) ou a problemas sociais (por ex., dificuldades com o cônjuge), mas exclui pessoas claramente dependentes. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma alternativa para álcool e outra para outras drogas, que variam de "**concorda totalmente**" a "**discorda totalmente**".

Afirmativas de crenças de comportamentos	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
a) Perguntar aos pacientes sobre seus hábitos de beber álcool <b>ou</b> usar <b>outras drogas</b> fornecerá muitas informações sobre seus riscos de problemas relacionados ao uso de substâncias.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Demonstrar minhas preocupações como profissional da saúde sobre os hábitos de beber ou uso de <b>outras drogas</b> de um paciente e os riscos relacionados para sua saúde resultará na sua redução do consumo de substâncias.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Apenas falar aos pacientes sobre seu consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> os levará a um aumento de uso.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tendo recebido informação e treinamento adequados, os profissionais da atenção primária poderão ajudar os pacientes a reduzir seu consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> .	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Aconselhar os pacientes com problemas relacionados ao álcool <b>ou outras drogas</b> a procurar assistência num serviço externo é o melhor que eu posso fazer por eles.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Falar aos pacientes sobre riscos à saúde relacionados ao álcool <b>ou outras drogas</b> os ajudará a reduzir seus próprios problemas relacionados ao álcool.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com bebedores ou usuários de risco.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				

Afirmativas de crenças de comportamentos	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Aconselhar pacientes a reduzir seu consumo causará a eles um trauma psicológico	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Eu acho que conheço o suficiente sobre as causas dos problemas relacionados ao álcool ou outras drogas para desempenhar meu papel ao lidar com os bebedores ou usuários de risco.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Eu acho que posso aconselhar apropriadamente meus pacientes sobre o consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> e seus efeitos.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Eu acho que não tenho muito a oferecer aos pacientes usuários ou bebedores de risco.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Meu conhecimento sobre os problemas relacionados ao álcool <b>ou outras drogas</b> é adequado.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Mesmo quando é reconhecido que o uso de álcool <b>ou outras drogas</b> está contribuindo para os problemas de saúde do paciente, não é papel do profissional de atenção primária falar ao paciente sobre seu padrão de uso.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Não é confortável aos profissionais da atenção primária perguntar aos pacientes sobre o seu uso de álcool <b>ou outras drogas</b> .	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afirmativas de crenças de comportamentos	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Os profissionais da atenção primária deveriam saber como recomendar limites (i.e. diminuir mas não necessariamente parar com o uso álcool ou outras drogas) aos seus pacientes que bebem pesadamente ou usam drogas com certa frequência,mas que não são dependentes	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) É importante para um profissional da atenção primária distinguir entre usuários de risco e aqueles que são dependentes do álcool <b>ou outras drogas</b> .	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Os profissionais da atenção primária tem a responsabilidade de perguntar aos pacientes sobre seu padrão de uso se suspeitarem que o paciente tem um problema relacionado ao uso de álcool <b>ou outras drogas</b> , mesmo quando o problema não é a razão principal da procura de tratamento.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) A detecção precoce do uso inadequado do álcool <b>ou outras drogas</b> pode melhorar a chance do sucesso do tratamento.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Usuários ou Bebedores problemáticos podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Informar os pacientes dos possíveis riscos à saúde associados com seu padrão de beber ou usar drogas poderá levá-los a não retornar para a próxima consulta.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Pedir aos pacientes para dar informações específicas sobre seu padrão de beber ou uso de drogas causará uma reação defensiva.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afirmativas de crenças de comportamentos	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Falar aos pacientes sobre seus problemas relacionados ao uso de álcool <b>ou outras drogas</b> os tornará dependentes de mim para apoio.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Encaminhar os pacientes para avaliação e/ou tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool <b>ou outras drogas</b> revelará que o paciente não teve cobertura necessária pelo serviço.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) Quando um paciente for identificado com problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, os outros profissionais de saúde perderão o respeito por ele.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Encaminhar os pacientes para avaliação e/ou tratamento dos problemas relacionados ao álcool <b>ou outras drogas</b> resultará em não receber mais um <i>feedback</i> sobre o paciente.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. As afirmativas seguintes referem-se ao papel do profissional da atenção primária em detectar pacientes com problemas relacionados ao álcool **ou outras drogas**, incluindo dependência e padrão de uso de risco. Tipicamente, a detecção consiste em perguntar aos pacientes 5-10 questões curtas sobre a quantidade de álcool **ou outras drogas** que eles consomem e que sintomas eles sentem. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma alternativa para álcool e outra para outras drogas, que variam de "**concorda totalmente**" a "**discorda totalmente**".

Afirmativas sobre a detecção do álcool ou outras drogas	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
a) Eu acho que não é papel do profissional da atenção primária perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> .	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				

Afirmativas sobre a detecção do álcool ou outras drogas	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eu sinto como invasão de privacidade perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> .	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Geralmente, quando se pergunta sobre seu consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> , os pacientes não contam a verdade.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eu não sei o que perguntar para obter informações sobre seu consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> .	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Os pacientes ficarão zangados se o profissional da atenção primária perguntar sobre seu consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> .	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Não existe tempo suficiente durante uma consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> e problemas de saúde relacionados.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) A Instituição na qual trabalho não inclui perguntas formais para obter informações sobre	<b>Álcool</b>				

<b>Afirmativas sobre a detecção do álcool ou outras drogas</b>	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
o consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> dos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
h) Em geral, consumir álcool <b>ou outras drogas</b> não é um problema maior de saúde.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outras drogas</b>					
i) Existem problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool <b>ou outras drogas</b> com os quais eu tenho que lidar na minha prática.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outras drogas</b>					
j) Eu acho que apenas especialistas deveriam fazer perguntas dessa natureza.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outras drogas</b>					
k) Poderia existir um risco de conseqüências legais se o paciente for identificado como usuário de risco.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outras drogas</b>					
l) Eu me sinto desconfortável perguntando sobre o padrão de uso de álcool ou drogas dos pacientes.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outras drogas</b>					

<b>Afirmativas sobre a detecção do álcool ou outras drogas</b>	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
m) Eu não sei como identificar usuários de risco que não apresentem sintomas óbvios de consumo excessivo.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Os profissionais da atenção primária não têm habilidades interpessoais para perguntar sobre o consumo de álcool <b>ou outras drogas</b> .	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Os profissionais da atenção primária estão muito ocupados com os problemas médicos.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. As afirmativas abaixo referem-se ao seu interesse profissional sobre o padrão de uso de álcool **ou outras drogas** e os riscos de saúde relacionados a esse uso ou sobre o aconselhamento para diminuir ou parar com o uso de álcool ou drogas. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a que melhor descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma para álcool e outra para outras drogas, que variam de "concorda totalmente" a "discorda totalmente".

<b>Afirmativas sobre o aconselhamento breve</b>	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
a) Eu acho que não é papel do profissional da saúde fazer essas declarações ou dar esses conselhos.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eu acho que usuários ou bebedores de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao "fundo do poço".	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Em geral, os profissionais da saúde não podem ajudar muito seus pacientes na redução do consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Afirmativas sobre o aconselhamento breve</b>	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir seu consumo.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Afirmativas sobre o aconselhamento breve</b>	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
e) Os pacientes ficarão zangados ou incomodados se eu aconselhá-los sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Não há tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) A Instituição na qual trabalho não tem um protocolo formal para esse tipo de intervenção	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Eu acho que apenas especialistas deveriam fazer intervenções e aconselhamento dessa natureza.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Eu acho que posso aconselhar adequadamente meus pacientes sobre o álcool ou outras drogas e seus efeitos.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Em geral, é gratificante trabalhar com usuários ou bebedores de risco.	<b>Álcool</b>				

Afirmativas sobre o aconselhamento breve	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) O sistema de saúde não paga pelo aconselhamento sobre o álcool ou outras drogas aos profissionais de saúde na prática geral.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afirmativas sobre o aconselhamento breve	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
l) Eu não estou à vontade para fazer essa intervenção.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Não há benefícios profissionais por oferecer esses conselhos.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Eu acho que posso aconselhar meus pacientes adequadamente a diminuir ou a parar com o consumo de álcool ou outras drogas	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Existem problemas de saúde mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas para lidar.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Em geral, meus colegas e eu somos cépticos sobre medicina comportamental.	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
q) Não é fornecida informação aos profissionais da atenção primária sobre como encaminhar	<b>Álcool</b>				

<b>Afirmativas sobre o aconselhamento breve</b>	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
pacientes aos especialistas em dependência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) É fácil generalizar os casos realmente ruins de dependência para todos os pacientes com problemas relacionados ao álcool ou outras drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Álcool</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Outras Drogas</b>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que indique o grau de confiança que você tem na sua habilidade em desempenhar cada uma das seguintes atividades.

<b>Afirmativas sobre atividades</b>	Sem confiança	Muito pouca confiança	Grau moderado de confiança	Bastante confiança
a) Fazer perguntas para coletar informações sobre o risco de problemas relacionados ao álcool ou outras drogas nos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avaliar a história familiar de problemas de álcool ou outras drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avaliar no paciente os sinais e os sintomas presentes de dependência ao álcool ou outras drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fazer perguntas usando um questionário de detecção de álcool ou outras drogas, tal como o CAGE, AUDIT, MAST ou ASSIST.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fazer perguntas de natureza pessoal ou delicadas quando entrevistar um paciente sobre seu consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Expor suas preocupações profissionais médicas sobre o padrão de uso beber e os riscos à saúde do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Recomendar o consumo de baixo risco para seu paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fornecer material educacional aos pacientes para ajudá-los a diminuir seu consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Encaminhar o paciente para avaliação diagnóstica ou tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

j) Perguntar no seguimento sobre o padrão de uso de álcool ou outras drogas do paciente.

**ANEXO 3**

### **Anexo 3 : QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO**

Gostaríamos de saber sua opinião sobre o treinamento dado. Por favor, assinale a alternativa que melhor se aplica para cada aspecto do treinamento mencionado.

1- **AVALIAÇÃO GERAL** (De forma geral, como você avalia o treinamento?).

- 1- péssimo
- 2- ruim
- 3- razoável
- 4- bom
- 5- ótimo

2- **CONTEÚDO DO CURSO** (Qual sua opinião especificamente sobre os assuntos e temas abordados no treinamento?).

1- inadequado aos objetivos propostos  
 2- adequado, mas pontos importantes não foram abordados (mencione: \_\_\_\_\_)

3-adequado, mas alguns aspectos foram excessivamente detalhados (mencione: \_\_\_\_\_)

- 4- muito bom
- 5- ótimo

3- **FORMA DE APRESENTAÇÃO DAS AULAS** (Qual sua opinião sobre a forma como as aulas foram dadas?)

- 1- péssima
- 2- ruim
- 3- razoável
- 4- boa
- 5- ótima

4- **APLICABILIDADE** (A informação passada no curso tem aplicabilidade na sua prática diária de trabalho?)

- 1- nenhuma aplicabilidade (não vai servir para nada para minha realidade de trabalho)
- 2- pouca aplicabilidade (poucos aspectos podem ser aproveitados para minha realidade de trabalho)
- 3- aplicabilidade parcial (alguns aspectos podem ser aproveitados na minha realidade de trabalho)
- 4- boa aplicabilidade (vários aspectos podem ser aproveitados para minha realidade de trabalho)
- 5-excelente aplicabilidade ( será muito útil para minha realidade de trabalho)

5- **CARGA HORÁRIA** (A carga horária do treinamento é suficiente para transmitir as informações que são necessárias?).

- 1- a carga horária é muito pequena
- 2- a carga horária deveria ser um pouco maior
- 3- a carga horária está adequada aos objetivos propostos
- 4- a carga horária poderia ser um pouco menor
- 5- a carga horária é excessiva

Caso tenha assinalado alternativas 1, 2, 4 ou 5, por favor sugira o número de horas adequado: \_\_\_\_\_ horas

Por favor, faça críticas, sugestões e comentários sobre o treinamento NO VERSO DESTA FOLHA. Sua opinião é muito importante para que possamos aprimorá-lo. OBRIGADO!

---



---



---



---

## **ANEXO 4**

Anexo 4: Roteiro de Entrevista com Gestores

Nome da pessoa que respondeu ao levantamento:

Cargo desempenhado:

Nome da sua organização:

Razões para a participação deste projeto:

O que sua organização espera obter com este projeto (e por que):

Como esse conhecimento adquirido pode beneficiar sua organização?

Quais as contribuições que a sua organização dará para este projeto (financeiro ou serviço)?

Como a sua organização avaliará se os objetivos do projeto foram alcançados?

Qual informação ou documentação que sua organização espera deste projeto?

Quais serão os principais obstáculos esperados para o sucesso do projeto?

O que dá a você a confiança de que esses obstáculos serão ultrapassados?

Você acha que esse projeto poderá fazer parte da rotina do seu serviço?

O que dificultaria isso acontecer?