

CLÁUDIO JERÔNIMO DA SILVA

**IMPACTO DE UM CURSO EM DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
DO USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL SOBRE A
ATITUDE E CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA
REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo - Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira

SÃO PAULO

2005

Silva, Cláudio Jerônimo

Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária à saúde. / Cláudio Jerônimo da Silva. -- São Paulo: UNIFESP, 2005.

xv, 190f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação do Departamento de Psiquiatria.

Título em inglês: The Impact of Alcohol Misuse Training Program on the Attitude and Knowledge of Primary Health Care Workers.

1. Educação Médica (Medical Education). 2. Rede Primária de Saúde (Health Primary Care). 3. Intervenção Breve (Brief Intervention). 4. Alcoolismo (Alcohol Misuse). 5. Atitude (Attitude)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Departamento de Psiquiatria

Chefe do Departamento:

Prof. Dr. José Cássio do Nascimento Pitta

Coordenador da Pós-Graduação:

Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge

CLÁUDIO JERÔNIMO DA SILVA

**IMPACTO DE UM CURSO EM DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO USO
NOCIVO E DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL SOBRE A ATITUDE E
CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA
REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Presidente da Banca: Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Cecília Petta Roseli Marques

Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres

Profa. Dra. Sandra Pillon

Profa. Dra. Vilma Aparecida da Silva

Suplentes:

Prof. Dr. Neuri Botega

Profa. Dra. Ilana Pinsky

Aprovado em: ____ / ____ / _____

“(...) A tentar saber, escreveu “Aquilo”, pois o que ele conseguia era aludir. E releu a frase.

E foi então – foi então que teve seu primeiro grande prazer emocionado com que fatalmente se ama o que fez. A frase ainda úmida tinha a graça de uma verdade. E ele gostou dela com o alvoroço de uma criação. É verdade que um segundo depois (...) percebeu a contragosto o grande equívoco de escritor: fora sua própria limitação que reduzira a frase ao que ela era (...). Mas, como ele era pessoa difícil de ser derrubada, pensou o seguinte: “não tem importância, porque, se com essa frase eu consegui sugerir que a coisa é muito mais do que consegui dizer, então na verdade eu fiz muito: eu aludi”! E então (...) ficou contente como um artista: a palavra “Aquilo” continha em si tudo o que ele não conseguira dizer! (...)”.

Clarisse Lispector – “A maçã no escuro”

A Deus

Pela vida.

Pela sabedoria para viver.

Pela família que me deu.

Pelos amigos que me ajudou a encontrar.

Pela esposa que me ajudou a conquistar.

*Pelas coisas que vivi e que contribuíram
para quem sou hoje*

Por tudo!

Aos meus pais, pelo fôlego de vida; pelo fôlego que ainda me dão.

*À minha avó Ana (in memorian), por seus ensinamentos calados,
nas manhãs de domingo da minha infância.*

*À minha esposa Kelly, pela dedicação, pela sensibilidade, pela
beleza, pela parceria e por nosso amor.*

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira, pela orientação precisa, segura, sábia, amena e deliciosa; pela parceria; pela amizade; pelas chances todas; pela confiança; pela presença constante, que se fez mais constante ainda nos momentos difíceis.

Aos meus colegas de profissão – todos os profissionais da Rede Primária da cidade de Jundiaí que aceitaram participar deste estudo.

Ao então secretário da Saúde da cidade de Jundiaí, Dr. Renato Tardelli Pereira e a toda sua equipe, por acreditarem na nossa proposta e nos apoiar.

Aos meus amigos do CEAD de Jundiaí, especialmente Regina, Cláudia, Renata e minhas grandes inspiradoras Selma e Leila.

À Profa. Dra. Florence Kerr-Corrêa, pelos primeiros ensinamentos em Psiquiatria, pelo exemplo, pelo início de tudo; pelo incentivo de sempre.

Aos meus professores de Botucatu, Albina Torres, Sumaia Smaira, Maria Eunice e todos os outros amigos e professores.

À Profa. Dra. Vilma Aparecida da Silva, pela parceria e compreensão; pela disponibilidade da amiga com que se pode contar e da professora que sabe responder.

À Profa. Dra. Sandra Pillon, pela amizade; pela generosidade; por ter me fornecido a base sobre a qual desenvolvi meu estudo.

À Profa. Dra. Elizabete Salvador, pelo incentivo, pela disponibilidade, pelo trabalho, pela alegria e força e sensação de boas perspectivas que me transmite.

Aos meus amigos da UNIAD – Luís André; Ilana Pinsky, Neliana Figlie, Marcelo Ribeiro, Alex Rorato e todos os outros.

À Mitti, estatística, pela disponibilidade, pela paciência nas aulas e competência profissional.

À minha assistente Arielen, por ter ajudado a me organizar; por ter organizado minhas coisas; por termos trabalhado tanto, sem deixar de nos divertir.

Aos meus secretários e amigos Rose e Altino, pelos serviços prestados, pela constância, pela competência, pela amizade.

À secretária da pós-graduação, Zuleika, pela competência, disponibilidade e bom senso.

Ao Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) pelo financiamento deste projeto (processo 00/05749-9) e pelo profissionalismo institucional exemplar.

Sumário

Dedicatória.....	vi
Agradecimentos.....	viii
Lista de Figuras.....	xi
Listas de Tabelas.....	xii
Resumo.....	xiv
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Epidemiologia do uso do álcool.....	3
1.2 Álcool e a rede de atenção primária à saúde.....	9
1.3 Intervenção breve e rede de atenção primária à saúde.....	13
1.4 Ensino e dependência química.....	22
1.5 Álcool, atitude, comportamento.....	31
1.6 Justificativa do estudo.....	40
1.7 Objetivos.....	42
2. HIPÓTESES A SEREM TESTADAS.....	43
3. METODOLOGIA.....	44
3.1 Desenho do estudo.....	47
3.2 Amostra.....	47
3.3 Construção do modelo de curso.....	49
3.4 Instrumentos de avaliação.....	51
4. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	54
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	57
6. RESULTADOS.....	59
6.1 Estudo piloto.....	60
6.2 Estudo final.....	70
7. DISCUSSÃO.....	110
8. CONCLUSÃO.....	122
9. ANEXOS.....	124
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	178
Abstract	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema do processo de mudança do comportamento.....	17
Figura 2 - Esquema do processo de recaída passando pelo lapso.....	18
Figura 3 - Esquema da relação entre educação, ensino e didática.....	24
Figura 4 - Níveis de abordagem para o treinamento na área de dependência química (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1980).....	27
Figura 5 - Relação entre os estímulos, a Atitude e as classes de respostas avaliativas.....	34
Figura 6 - Adaptação do Modelo de Eagly, 1994, para teoria cognitiva - adaptada ao modelo de conceituação cognitiva (Beck, 1994).....	35
Figura 7 - Esquema de Conceituação Cognitiva e desenvolvimento das Atitudes..	36
Figura 8 - Esquema dos métodos estatístico utilizados.....	56
Figura 9 - Organograma da composição da amostra (de conveniência).....	73
Figura 10 - Box-plot dos escores totais antes e depois e teste de comparação de médias.....	81
Figura 11 - Gráfico com os desvios padrão dentro dos grupos segundo o número de grupos formados pela Análise de Cluster.....	85
Figura 12 - Faces de Chenoff: relação dos fatores de Atitude segundo os grupos...	91
Figura 13 - Perfil médio de conhecimento antes e depois do curso.....	94
Figura 14 - Perfil médio de atitudes antes e depois do curso.....	95
Figura 15 - Gráfico de Dispersão entre os escores de atitudes e conhecimentos antes e depois do curso.....	96
Figura 16 - Box-plot da nota de atitude total por período de análise.....	98
Figura 17 - Gráfico de médias das notas de atitude por período de análise.....	99
Figura 18 - Box-plot da nota de conhecimento total por período de análise.....	103
Figura 19 - Gráfico de médias das notas de atitude por período de análise.....	103
Figura 20 - Perfis de médias das notas de conhecimento segundo período de análise por grupo.....	105
Figura 21 - Perfis de médias das notas de atitude segundo período de análise....	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise de itens confiabilidade (alpha de cronbach) das atitudes antes e depois.....	61
Tabela 2 - Porcentagem de acertos nas questões 1, 2 e 3 antes e depois do curso.....	64
Tabela 3 - Porcentagem de acertos no teste antes e depois do Curso.....	66
Tabela 4 - Estatísticas descritivas para as não respostas.....	67
Tabela 5 - Distribuição de sujeitos por número de questões não respondidas do questionário de conhecimentos.....	68
Tabela 6 - Distribuição de sujeitos por número de perguntas não respondidas do teste de conhecimento.....	69
Tabela 7 - Questões para avaliação de Atitude, resultado de análise prévia do Instrumento de Atitude, que originalmente continha 66 itens...	75
Tabela 8 - Resultado dos escores: média, erro padrão, desvio-padrão, percentis e teste t de Student com o respectivo p-value segundo cada item da escala de Atitudes.....	78
Tabela 9 - Relação dos itens do instrumento de Atitude cuja mudança para melhor, após a administração do curso, apresentou significância estatística (pelo teste t de Student para amostras pareadas).....	79
Tabela 10 - Relação dos itens do instrumento de Atitude cuja mudança, após a administração do Curso não apresentou significância estatística (pelo teste t de Student para amostras pareadas).....	79
Tabela 11 - Medidas resumo para os escores totais antes e depois e teste de comparação de médias.....	80
Tabela 12 - Apresentação do Autovalor, percentual da variância explicada e percentual acumulado, segundo os cinco fatores resultantes da Análise Fatorial do Instrumento Atitude.....	82
Tabela 13 - Cargas Fatoriais referentes aos cinco fatores resultantes da Análise Fatorial, segundo o item do instrumento Atitude.....	82
Tabela 14 - Coeficiente das combinações lineares entre os fatores e os itens do questionário Atitude.....	83
Tabela 15 - Itens do Instrumento Atitude agrupados segundo os fatores.....	84
Tabela 16 - Grupos formados pela Análise de Cluster (Método Hierárquico de Ward) e freqüências absoluta e relativa de sujeitos da amostra que passam a compor cada grupo.....	86
Tabela 17 - Medidas resumo dos cinco fatores por grupo segundo a diferença das médias de pontuações do instrumento Atitude antes e depois, desvio padrão e pontuações mínimas e máximas para um dos cinco grupos.....	88
Tabela 18 - Principais diferenças entre os grupos segundo os fatores de Atitude..	89
Tabela 19 - Número de casos atendidos semanalmente segundo os grupos e a formação.....	92
Tabela 20 - Distribuição de atendimento médio semanal de pacientes com diagnóstico de dependência do álcool por grupos.....	93

Tabela 21 - Medidas resumo das variáveis Atitudes e Conhecimentos antes e depois do curso e teste t de Student para amostras independentes...	93
Tabela 22 - Correlação de Pearson entre os escores de atitudes e conhecimentos antes e depois do curso.....	95
Tabela 23 - Medidas-resumo da nota de atitude total por período de análise....	97
Tabela 24 - Teste F para comparação de médias de atitude entre períodos de análise.....	99
Tabela 25 - Medidas-resumo dos itens antes e depois de dois anos de curso e teste t de Student.....	100
Tabela 26 - Medidas-resumo dos itens no final do curso e depois de dois anos de curso e teste t de Student.....	101
Tabela 27 - Medidas-resumo da nota de conhecimento total por período de análise.....	102
Tabela 28 - Teste F para comparação de médias de atitude entre períodos de análise.....	104
Tabela 29 - Medidas-resumo da nota de atitude total por período de análise segundo grupo.....	104
Tabela 30 - Medidas-resumo das opiniões de atitude dos itens por período de análise segundo grupos e teste t de Student.....	106
Tabela 31 - Medidas-resumo das opiniões de atitude dos itens por período de análise segundo grupos e teste de Wilcoxon.....	107
Tabela 32 - Medidas-resumo da nota de conhecimento por período de análise segundo os grupos.....	108
Tabela 33 - Teste F para comparação de médias de conhecimento entre períodos de análise.....	109

RESUMO

Introdução: O uso do álcool é um problema de saúde pública. Diversos problemas estão associados a ele. A rede primária é o primeiro local de acesso ao serviço público; portanto, os profissionais devem estar preparados para fazer diagnóstico precoce e aplicar Intervenção Breve aos usuários do álcool, mas existem barreiras: a falta de treinamento, a falta de políticas públicas eficazes, e as Atitudes negativas em relação aos dependentes do álcool. **Objetivos:** Elaborar um curso para ser aplicado aos profissionais da Rede Primária de Saúde com foco na mudança dos Conhecimentos e das Atitudes negativas. Espera-se que o curso ajude os profissionais a identificarem precocemente usuários de álcool de alto risco, usuários nocivos e dependentes e a aplicarem Intervenção Breve (IB). A IB pode ser aplicada em 10 ou 15 minutos de consulta e tem se mostrado eficaz. **Método:** Foi elaborado um curso de curta duração e ministrado a uma amostra de conveniência de 178 profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e agentes de saúde). Três escalas foram utilizadas: escala de Atitudes; escala de Conhecimentos e Informações Gerais. Elas foram aplicadas em três momentos diferentes: antes de ser ministrado o curso; imediatamente após; e uma medida de *follow-up* depois de dois anos. **Resultados:** Da amostra inicial, seis profissionais foram eliminados do estudo. A amostra final contou com 172 participantes. Para o *follow-up*, devolveram os questionários 141 profissionais. Quanto à formação, a amostra constituiu-se de 19 enfermeiros (11%); 23 (13,4%) técnicos de enfermagem ou agentes de saúde; 10 psicólogos (5,8%) e 100 médicos (58,1%). Em relação a treinamento em dependência química, 107 profissionais (62,2%) não tinham recebido nenhum treinamento na graduação; Depois de formados, 165 (95,9%) não tinham recebido nenhum treinamento. Procedeu-se a uma Análise Fatorial da escala de Atitudes e 5 fatores foram formados. Na Análise de Cluster, os profissionais foram agrupados segundo os fatores: preparação; pessimismo sobre o prognóstico; etiológico moral; preconceito pessoal; controle do uso. Na análise de comparações múltiplas verificou-se principalmente que o grupo 1 é o mais preconceituoso de todos. É formado na sua maioria, por técnicos. O grupo 2 considera-se o mais despreparado e menos moralista. O grupo 4 é o que reúne

os profissionais que mais discordam de que o usuário de álcool possa ter controle sobre o próprio uso. É o menos moralista de todos os grupos. Formado principalmente por médicos, destaca-se por ser o que menos atende. A mudança de Conhecimento teve aumento significativo em todos os grupos -- entre o início e após o curso e entre este e o *follow-up* ($p\text{-value} < 0,001$). Não houve efeito de grupo ($F = 1,10$; $p\text{-value} = 0,0359$) – houve melhora uniforme em todos os grupos. Com relação às Atitudes, houve efeito de grupo ($F = 3,62$; $p\text{-value} = 0,008$). O grupo 3 apresentou melhora mais acentuada que os outros. O teste F para comparação das médias mostrou efeito do curso entre os períodos inicial e pós-curso ($F = 221,34$; $p\text{-value} < 0,001$) e o período de *follow-up* de dois anos ($F = 86,14$; $p\text{-value} < 0,001$). **Conclusão:** O curso mostrou ser eficaz na mudança das Atitudes e de Conhecimento. A melhora de conhecimento foi homogênea entre os grupos formados pela Análise de Cluster e a melhora das Atitudes apresentou diferenças entre os grupos. Houve melhora tanto entre o período inicial e pós-curso como entre o período de *follow-up* de dois anos.

1. INTRODUÇÃO

A vinicultura é a primeira referência à agricultura, desde a criação do Homem, a que a Bíblia faz referência, no livro *Genesis*. Está escrito: “*E começou Noé a ser lavrador da terra e plantou uma vinha. E bebeu do vinho até se embriagar*” (Gênese, 9:32). Registros arqueológicos mostram que os primeiros indícios de consumo do álcool datam de 6000 a.C. Do Egito Antigo, encontram-se pinturas nas paredes de certas criptas que demonstravam passo a passo, o processo de produção da cerveja, que também datam de 6000 a.C. Os egípcios também bebiam vinho em grandes quantidades e atribuíam ao deus Osíris a introdução do vinho aos humanos. Os anciões gregos também usavam grande quantidade de vinho e atribuíam ao deus Baco ou Dionísio a apresentação da bebida aos humanos (Hanson, 2001).

Inicialmente, o conteúdo alcoólico das bebidas era baixo, porque dependiam exclusivamente da fermentação. A partir da Revolução Industrial, registrou-se aumento da oferta e, conseqüentemente, do consumo (Hanson, 2001). Logo após, vieram os problemas decorrentes do uso do álcool, que, atualmente, assumiram proporção de problema de saúde pública.

Há pelo menos 8.000 anos o mundo vem sofrendo as conseqüências do uso do álcool e até o momento, são raros os estudos que demonstraram eficácia e efetividade da prevenção e do tratamento dos problemas ligados a ele. Os profissionais de saúde não recebem formação adequada e nem suficiente; permanecem ligados a uma medicina curativa, cujo foco está nas conseqüências do uso de bebida e não na medicina preventiva, que visa ao diagnóstico precoce, evitando maiores agravos à saúde dos pacientes (Duncan, 2004). É premente o investimento em pesquisas que ajudem o profissional a diagnosticar precocemente o uso inadequado de bebida alcoólica, o que só é possível por meio de uma formação adequada. Este é o tema do presente estudo.

1.1 Epidemiologia do uso do álcool

Os dados aqui apresentados foram obtidos de cinco fontes principais: (i) Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid); (ii) Organização Mundial da Saúde (OMS); (iii) Banco de dados da *National Library of Medicine – Pub-Med*; (iv) Banco de dados *Scielo*; (v) Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito.

As publicações foram selecionadas segundo os critérios: (i) ano de publicação – últimos cinco anos, quando possível; caso contrário, últimos dez anos; (ii) tamanho da amostra (n) – somente publicações abrangentes, cuja seleção amostral permitisse inferência nacional; (iii) artigos cujos critérios de seleção da amostra e randomização eram adequados; (iv) os dados internacionais foram obtidos de publicações selecionadas pelo *Pub-Med*, apenas para variáveis ainda não estudadas no Brasil.

1.1.1 Prevalência do uso de álcool

A maioria dos brasileiros consome bebida alcoólica. O estudo epidemiológico mais abrangente pesquisou o uso de álcool em 107 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes, numa população total de 47.045.907 pessoas (27,7% da população brasileira). Em uma amostra de 8.589 habitantes, 68,7% das pessoas entrevistadas haviam usado bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida, sendo que 77,3% eram do sexo masculino e 60,6% do sexo feminino (Carlini et al, 2001).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) realizou quatro levantamentos epidemiológicos sobre o uso de drogas entre os estudantes de 1^o e 2^o graus em 10 capitais brasileiras. Os levantamentos foram feitos nos anos 1987, 1989, 1993 e 1997 (Galduróz et al, 1997b). Nas dez capitais pesquisadas, o álcool foi a droga mais utilizada pelos estudantes. O uso na vida esteve acima dos 65% dos alunos entrevistados, em qualquer dos quatro anos estudados.

Outro dado preocupante é que o uso experimental vem ocorrendo mais cedo a cada levantamento. No IV levantamento (Galduróz et al, 1997a), 50% dos alunos entre 10 e 12 anos já tinham experimentado bebida alcoólica. O I levantamento domiciliar também mostrou que, em 2001, 48,3% dos adolescentes entre 12 e 17 anos já fizeram uso de álcool na vida, sendo 52,2% do sexo masculino e 44,7% do sexo feminino, confirmando, assim, os dados observados no IV levantamento de 1997.

Apesar de o álcool ser usado e aceito pela maioria das pessoas, apenas uma minoria desenvolve dependência (Monteiro, 2001). A maioria das pessoas, entretanto, bebe em padrões que as podem colocar em risco para uma variedade de problemas sociais ou de saúde, repercutindo na saúde pública (Edwards et al, 1994).

1.1.2 Prevalência da dependência do álcool

O primeiro levantamento domiciliar em 107 cidades brasileiras (Carlini et al, 2002) observou que, entre 12 e 17 anos, a porcentagem de dependentes foi de 5,2%, IC¹ 95% (3,2-7,1). A faixa etária com maior prevalência de dependência do álcool foi observada entre 18 e 24 anos: 23,7%, IC 95% (20,5-26,8) e entre 25 e 34 anos: 13,5%, IC 95% (11,2-15,9). O total de dependentes observados foi de 11,2, IC 95% (9,1-13,3) sendo 17,1% do sexo masculino, IC 95% (14,4-19,7) e 5,7% do sexo feminino, IC 95% (4,3-7,1).

Os dados confirmam que a grande maioria das pessoas que usa álcool não é dependente. O foco dos profissionais da saúde deveria estar voltado não somente para a parcela dependente, mas para essa parcela maior, não dependente, mas que corre riscos de ter problemas relacionados ao uso: por exemplo, (i) pode beber em padrão inadequado (por exemplo, intoxicando-se) ou em ocasiões inadequadas (por exemplo, ao dirigir) e assim sofrer agravos à saúde e (ii) ao estar exposta ao uso constante, pode caminhar em um *continuum* para Uso Nocivo e Dependência futuros.

¹ **N do A.:** IC = Intervalo de confiança.

1.1.3 Padrão de consumo de álcool e problemas relacionados

É amplamente conhecida a relação entre o volume de álcool consumido e a extensão de problemas a ele ligados, tanto para o indivíduo como para a população (Rehm et al, 2003). Uma análise realizada na Áustria encontrou correlação estatisticamente significativa entre a média de consumo de álcool e 60 tipos diferentes de doenças (Ridolfo et al, 2001). Entretanto, estudos recentes mostram uma evidente influência que o padrão de uso de bebida exerce na correlação álcool / doenças e álcool / mortalidade (Rehm et al, 2003; Rehm et al, 2001b).

A Organização Mundial da Saúde promoveu encontro em Genebra, Suíça, em janeiro e maio de 2001, entre profissionais de vários países, para discussão do projeto *Global Burden of Disease*. O Brasil foi representado na reunião e recebeu um financiamento para realização de um levantamento epidemiológico, realizado na cidade de Jundiaí, São Paulo (Silva, 2004) que contribuiu para o banco de dados do projeto, cujas análises apresentamos a seguir.

O *Global Burden of Disease* calcula a influência de cada fator de risco (entre eles, o álcool) no total de doenças em cada região do mundo. Utilizam-se de quatro medidas principais: (i) mortalidade; (ii) anos de vida perdidos devido à incapacidade; (iii) anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacidade – que é o somatório dos outros dois componentes de todos os anos perdidos – *Disability-Adjusted Life Years (DALY)*.

O *DALY* mostra, portanto, o percentual de anos de vida perdidos, por doenças ou mortes prematuras, atribuído ao consumo de álcool. No ano 2000, o valor médio foi 4% para o mundo todo (Rehm et al, 2003). O Brasil pertence ao grupo B² da OMS, no qual está a maioria dos países em desenvolvimento. Nesse grupo, a porcentagem atribuída ao álcool aparece como primeira causa de possível injúria à saúde, no valor de 6,2%, que representam a porcentagem de anos de vida que uma pessoa perde do total de anos esperados de vida para ela (expectativa de vida) em razão do consumo de álcool.

² **N do A.:** Grupo B = Grupos da OMS segundo alguns índices de desenvolvimento.

1.1.4 Consumo de álcool não relatado e análise de risco comparativa

O risco que o álcool oferece à saúde era, até recentemente, calculado com base apenas no consumo *per capita* – que é o total de álcool consumido em um país dividido pelo número de habitantes maiores de 15 anos. Não era considerado o padrão de uso da população e nem o consumo de álcool não relatado. O consumo *per capita* de álcool não é um bom parâmetro para avaliar o risco que uma população corre de ter agravos à saúde pelo uso do álcool. Deve-se levar em conta a quantidade de álcool consumida contabilizando eventuais produções e consumo clandestino, além do padrão de consumo predominante naquela população e do nível global de saúde (Rhem et al, 2001a).

Nos países em desenvolvimento, a gravidade dos problemas relacionados ao álcool é influenciada por uma variedade de fatores, como desnutrição, dieta pobre, infecções endêmicas, condições econômicas, entre outras. Os indicadores apontam maior impacto para o mesmo nível de consumo de álcool nesses países do que nos países cujas questões citadas são de menor impacto social (Room et al, 2003). Estudo realizado na cidade de Pelotas, sul do Brasil, mostrou que a prevalência dos transtornos mentais menores (TMM) era de 22,7% (17,9% dos homens e 26,5% das mulheres). Significativa correlação linear foi encontrada com o nível de educação e renda média: menor nível econômico e menores salários correlacionavam-se com aumento da prevalência de TMM. Pessoas que se divorciaram no último ano tinham prevalência três vezes maior de TMM do que pessoas que não passaram por essa experiência (Lima et al, 1996). Esse estudo sugere que eventos de vida e fatores socio-econômicos podem explicar uma substancial proporção de TMM.

O consumo de álcool não relatado diz respeito a três principais categorias de produção e obtenção de bebida alcoólica: (i) toda produção caseira de bebida alcoólica; (ii) toda bebida alcoólica importada de um país por outro, quer em pequena escala ou em forma de contrabando, em grande escala; (iii) todo álcool consumido ou comprado por visitantes estrangeiros. A bebida consumida por estes é registrada como vendida no país de origem, porém consumida em outro país, ou por alguém que não compõe a população que vive no país de origem da bebida (WHO, 2001a).

Embora seja de suma importância documentar o consumo de álcool não relatado, não é tarefa fácil levantar tais dados. Cada uma das categorias apresentadas anteriormente assume maior ou menor importância para dificultar a coleta de dados, de acordo com a cultura, o nível de desenvolvimento do país, políticas públicas de produção, distribuição e consumo do álcool.

Baseando-se em todos os parâmetros (volume de consumo, incluindo consumo de álcool não relatado e padrão de uso do álcool), o projeto *Global Burden of Disease* possui um índice que quantifica o peso de vários fatores de risco exercem sobre o total de doenças mais prevalentes em um país ou região (Rehm et al, 2003). Trata-se da *Comparative Risk Analysis* (CRA). Para efetuar os cálculos, foram utilizadas pontuações para o padrão de uso do álcool (Rehm et al, 2003).

Para todos os países que compõem esse grupo, no qual está o Brasil, a cerveja é a bebida de primeira escolha e, os destilados, a segunda. O consumo médio total é de 9 litros por habitantes maiores de 15 anos. Quase 30% do total de álcool consumido é de fonte ilegal. O padrão de uso, numa escala de 1 a 4, está entre os mais altos (índice de 3.1), o que indica um padrão de uso 3 vezes mais perigoso para a saúde do que o do Japão, por exemplo, cujo índice é 1,2.

1.1.5 Álcool e outros problemas

O consumo de álcool está ainda implicado em uma variedade de problemas que nem sempre são reconhecidos. Existem poucos dados no Brasil sobre epidemiologia do álcool, especialmente dados que comprovem a correlação do álcool com esses diversos problemas (ocupacionais, sociais, familiares, entre outros). Por exemplo, uma pesquisa conduzida na Austrália mostrou alta correlação entre uso de álcool e morte por queda, incêndios e afogamento (Ridolfo, 2001). Outros estudos na cidade de Cabo, na África do Sul, indicaram que, nos acidentes de carro, 60% dos pedestres traumatizados tinham concentração de álcool no sangue acima de 0,06g/dl (Peden et al, 1996). Nesse caso, além de políticas voltadas aos motoristas, faz-se necessária uma atuação sobre o comportamento dos pedestres.

Com relação aos acidentes de trânsito, um amplo estudo multicêntrico foi conduzido pela Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito, em 1997, no Recife, em Salvador, Brasília e Curitiba. Os homens foram as principais vítimas de acidentes de trânsito (71,5%). Cerca de 35% dos acidentados estavam na faixa etária de 20 a 29 anos. Os homens solteiros representaram 57% de todas as vítimas. Com relação à alcoolemia, 61% tinham concentrações acima 0,01g/dl. Quase 30% tinham concentração acima do limite permitido pelo Código Nacional de Trânsito Brasileiro, que é de 0,06g/dl. A faixa etária que apresentou níveis maiores que 0,06g/dl foi a de 20 a 39 anos. Noventa e sete por cento dos homens tinham álcool na corrente sanguínea, sendo que em 33,5% a concentração excedia 0,06g/dl. Sessenta e três por cento das mulheres tinham algum nível alcoólico no sangue, sendo que 9,6% delas tinham níveis acima do permitido pela lei (Abdetran, 1997).

1.1.6 Epidemiologia e saúde pública

Em saúde pública, os dados epidemiológicos são de notável importância. Conhecendo o perfil das doenças - quais as pessoas são predominantemente afetadas; quais estão expostas aos fatores de risco; qual o número de ocorrência da doença em um período do tempo e qual a etiologia - os legisladores em saúde pública podem elaborar políticas públicas eficazes.

Essa revisão nos aponta quatro aspectos principais de suma importância: (i) O consumo global de álcool é extremamente alto no mundo todo e também no Brasil; (ii) o padrão de consumo (local de uso, quantidade por ocasião, por exemplo) influencia no resultado no final dos prejuízos ligados ao uso do álcool; (iii) existe uma quantidade considerável de consumo de álcool, cuja origem é ilegal e, portanto, o controle de qualidade desses produtos é nulo. A qualidade duvidosa se superpõe aos principais efeitos do álcool aumentando os riscos à saúde da população; (iv) o consumo de álcool e os problemas dele advindos têm enormes proporções e, certamente, tais problemas chegarão à Rede Primária de Saúde, já que esta é a porta de entrada para o sistema de saúde brasileiro.

De posse desse conhecimento, pelo menos algumas ações governamentais poderiam ser traçadas: (i) controlar de forma mais rigorosa a produção de bebidas; (ii) estabelecer políticas públicas que diminuam o acesso, e a demanda, idade limite de uso, pontos de vendas; (iii) treinar profissionais da Rede Primária de Saúde para identificar o uso do álcool de alto risco e para fornecer aconselhamento e Intervenção Breve. O terceiro item é o objeto deste estudo.

1.2. Álcool e a rede de atenção primária à saúde

É amplamente divulgada, na literatura médica, a importância da Rede de Atenção Primária à Saúde para realização de diagnóstico precoce e do tratamento de saúde mental. O diagnóstico precoce permite a aplicação de Intervenção Breve que reduz o consumo e melhora a qualidade de vida do paciente com problemas devidos ao álcool (Durant et al, 1994; Fleming et al, 1997a; Kristenson et al, 1983; Ockene et al, 1999; Saltz et al, 2003).

A Rede Primária geralmente representa o primeiro contato do paciente com Serviço de Saúde. Nos Estados Unidos, 70% dos americanos adultos visitam um médico pelo menos uma vez a cada dois anos, para consultas de rotina ou problemas de saúde específicos (Fleming et al, 1999). Uma análise epidemiológica conduzida em “*primary care setting*”, nos EUA, mostrou que 20% dos homens e 10% das mulheres que procuraram o médico no período de um ano eram bebedores de alto risco ou dependentes (Manwell et al, 1998). Em outro estudo conduzido na Rede Primária de Atenção à Saúde na Inglaterra, observou-se que 50% de homens e 40% de mulheres que freqüentavam os Serviços apresentavam uso nocivo do álcool (Aalto et al, 1999). O *World Health Report* (WHO, 2001b), cujo tema foi saúde mental, estimou que cinco problemas neuropsiquiátricos estivessem entre as vinte causas de anos vividos com incapacidade em 2000. São eles: depressão, transtorno por uso de álcool, esquizofrenia; transtorno afetivo bipolar e demências (WHO, 2001b).

Conquanto sejam doenças comuns, o uso de alto risco, uso nocivo e dependência do álcool são diagnosticados e tratados pelos médicos muito raramente (Walsh, 1995). Eles não tratam o uso nocivo ou a dependência de álcool e droga com a mesma freqüência e precisão que o fazem com outras doenças crônicas (Klamem, 1997). O foco dos profissionais está nas ocorrências físicas e não no uso de drogas subjacente (Cleary, 1988). Como consequência, o diagnóstico é tardio. Uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde demonstrou que o período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool ou outra droga e a primeira intervenção profissional é de cinco a dez anos, para o álcool e um pouco menos, para a droga (WHO, 1987).

A demora para iniciar o tratamento, e o tratamento inadequado, pioram o prognóstico e reforçam uma atitude negativa em relação a este: a idéia de que os dependentes raramente melhoram (Walsh, 1995). Apesar de amplamente divulgado o papel preventivo do profissional da saúde, tanto as instituições formadoras como os sistemas de saúde reforçam o paradigma curativo e a prevenção ou diagnóstico precoce raramente são colocados em prática nos serviços de saúde (Roche et al, 1995; Ronzani et al, 2003). Alguns estudos ainda salientam a importância em alterar a organização do sistema de saúde e o entendimento dos gestores de saúde sobre a necessidade de priorizar tais estratégias (Lopez-de-Munain et al, 2001; Lock, 1999).

Esse panorama possivelmente esteja relacionado à falta de treinamento adequado. É o homem educado que tem consciência do seu contexto e estratégias para modificá-lo. A dependência química vem sendo tratada como um problema secundário nas escolas de graduação. Um estudo conduzido na Inglaterra, em 28 escolas médicas, revelou que os estudantes recebiam, em média, apenas 14 horas de ensino na área de álcool e drogas (Glass, 1989). O ensino pode ser eficaz para mudar a prática do profissional na Rede Primária (Ballester, 2000; Valentin, 2004). Entretanto, um estudo multicêntrico envolvendo cinco países latino-americanos procurou avaliar possíveis mudanças nas práticas diagnósticas e de tratamento após um programa de treinamento para depressão. Embora tenha ocorrido mudança no conhecimento e em algumas atitudes relacionadas à doença, houve pouco impacto sobre a prática clínica (Brasil, 2001).

Assim, ainda que os programas de treinamento ministrados aos profissionais da Rede Primária pareçam eficazes, podem não ser efetivos, provavelmente pela dificuldade de aplicação dos conhecimentos adquiridos em um sistema de saúde que impõe severas restrições. O sistema de saúde, tal como está organizado, apresenta uma barreira ao acesso. Babor et al (2000) propõem ações que envolvam: (i) os profissionais; (ii) os gestores (municipais; estaduais e federais); e (iii) a comunidade.

No Brasil, um estudo epidemiológico realizado em três capitais (Brasília, São Paulo e Porto Alegre) mostrou que os principais transtornos mentais na população eram: (i) transtornos de ansiedade e fóbicos – entre 8 e 18%, dependendo das características socioculturais e do nível de desenvolvimento de cada região estudada; (ii) depressão sem sintomas psicóticos, para o sexo feminino – 14%; e (iii) dependência do álcool, para o sexo masculino – 9% (Almeida-Filho et al, 1999). No segmento Porto Alegre, a prevalência foi maior para o uso de substâncias psicoativas, incluindo o tabaco (24,6%), transtorno de ansiedade (23%) e transtornos afetivos (10,7%) (Busnello, 1992). Pesquisa conduzida na Rede de Atenção Primária à Saúde na cidade de São Paulo indicou que 22% a 79% dos pacientes que apresentavam transtornos psiquiátricos menores não foram diagnosticados pelos profissionais da rede (Mari, 1987). Iacaponi et al, 1989 encontraram que o consumo de álcool, com risco para desenvolvimento de dependência, foi de 5% da Rede Primária de Saúde em São Paulo.

Até o final do século XX, a Rede de Atenção Primária, no Brasil, era composta de Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em cada bairro, próximas dos moradores. Contudo, o modelo de atendimento mantinha foco na assistência curativa e no sistema hospitalar. Em 1991 criou-se o Programa de Agentes Comunitários que, posteriormente, em 1994, foi incorporado ao Programa de Saúde da Família (PSF) (Brasil, Ministério da Saúde, 2005). O PSF é formado por equipes multidisciplinares compostas de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe atende, em média, 3,5 mil pessoas (Brasil, Ministério da Saúde, 2005). O agente comunitário de saúde é um dos

protagonistas da execução do programa; é a ponte entre a população e o sistema básico de saúde. Ele visita regularmente as famílias da área em que atua, dá orientação e discute o caso clínico com outros membros da equipe. A principal missão do projeto PSF é a mudança de atenção do foco curativo para a prevenção dos agravos à saúde; promoção de saúde e recuperação.

Entre os anos de 2003 e 2004 houve significativa expansão do PSF. O número de equipes passou de 16.847 para 19.182. O PSF atendia, em janeiro de 2003, 91 milhões de brasileiros (Brasil, Ministério da Saúde, 2005). Embora o projeto PSF, sem dúvida, represente um avanço na área de Assistência Primária, nem todos os quesitos do projeto vêm sendo contemplados. Dados que não podem ser generalizados, pois fazem parte da observação particular do autor, mostram que na cidade de São Paulo há desnível em relação ao que é comemorado pelo Governo Federal: falta de capacitação; equipes incompletas; falta de habilidade para trabalho em equipe; alta rotatividade de profissionais são algumas das verificações que carecem de comprovação científica.

O Ministério da Saúde criou, em 2004, o Proesf – Programa de Expansão da Saúde da Família, que tem como objetivo a expansão, qualificação e avaliação do PSF. Recursos da ordem de US\$ 550 milhões devem ser aplicados na expansão da atenção básica até 2008 (Brasil, Ministério da Saúde, 2005). Algumas iniciativas no campo da capacitação vêm ocorrendo (Feuerwerker, 2000). Entretanto, muitas delas partem das universidades, que captam recursos dos órgãos de financiamento à pesquisa – por exemplo, este estudo, financiado integralmente pelo Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), ou de órgãos Internacionais, também por iniciativas que, mormente não partem do governo.

Com relação à Rede Primária de Saúde, ainda persistem pelo menos dois grandes desafios: (i) expandir o PSF e qualificá-lo para o serviço que desempenha. Os próprios profissionais reconhecem a falta de suporte para lidar com problemas referentes à dependência química (King et al, 1998); e (ii) organizar uma rede de atendimento, integrada, funcional e com complexidade crescente para atender às demandas diversas do dependente químico. Segundo Morin, 2002, o Homem cômico do seu contexto é um

homem educado. E só os homens educados, e cômnicos do seu contexto, podem exercer ação modificadora. Um programa de educaçãõ continuada pode ser o passo inicial para a mudançã das Atitudes, do Conhecimento e do prõprio contexto de atuaçãõ do profissional.

1.3 Intervenção breve e rede de atençãõ primária de saúde

1.3.1 Procedimento de busca

Para revisar e discutir esse assunto fizemos uma seleçãõ de artigos que continham no título "*Brief Intervention*"; "*alcohol*" e "*primary care*" e cujo desenho fosse ensaio clínico randomizado. Seleccionamos ainda revisões sistemáticas e metanálise. Utilizamos dois bancos de dados: "*The National Library of Medicine – Pub-Med*" e "*The Cochrane Database*".

Um grande número de artigos foi encontrado. Pela leitura dos *abstracts* foram seleccionados os artigos com metodologia condizente com um ensaio clínico, com critérios claros de seleçãõ e randomizaçãõ da amostra e desfecho pré-definido. Uma comparaçãõ entre os estudos é muito difícil. Pequenos detalhes, como tempo de intervençãõ, local de aplicaçãõ, estrutura da intervençãõ, padrões adotados sobre o beber de alto risco sofrem variações entre os diversos estudos. Seleccionamos os principais, como ensaios clínicos e metanálises.

1.3.2 Definiçãõ e objetivos da intervençãõ breve

O termo "Intervençãõ Breve" (IB) refere-se a qualquer Intervençãõ de tempo limitado, centrado em estratégias de aconselhamento que focam mudançã do comportamento. Parte de uma conceituaçãõ teórica, geralmente de orientaçãõ cognitivo-comportamental, que gera abordagens práticas de resultados mais rápidos e evidentes (Fleming et al, 1999). Além disso, apresenta uma relaçãõ custo/benefício muito favorável (Fleming et al, 2000), fator de extrema importãncia em vista da escassez de recursos materiais dos sistemas de saúde no Brasil. Isso justifica o emprego desta abordagem na Rede de Atençãõ Primária à Saúde.

O objetivo da Intervenção Breve não é somente a abstinência, mas também a redução do consumo para níveis seguros. A Intervenção Breve pode ser útil para motivar o paciente para a adesão medicamentosa e abstinência. A falha na continuidade do uso da medicação é um ponto crítico com esses pacientes: um problema para o qual a Intervenção Breve pode ser útil (Beich et al, 2002).

Ainda que a Intervenção Breve seja insuficiente para casos mais graves de dependência, ela pode ajudar os profissionais da saúde a identificar os pacientes e encaminhá-los para tratamento especializado. Em termos de modificação de comportamento-problema, os pacientes podem estar ainda em um “estágio de pré-contemplação” (DiClemente et al, 1999) e não alcançarem o “estágio de ação”. Para esses, a Intervenção Breve pode facilitar a resolução da ambivalência e resistência e aumentar o êxito do tratamento

A Organização Mundial da Saúde (Heather, 1996) esclarece que as IB não devem ser vistas como uma técnica homogênea, mas como um conjunto de estratégias que variam quanto à estrutura, meta, ao ambiente de execução e até aos fundamentos teóricos e filosóficos. Com essa amplitude na definição, uma série de intervenções pode ser tomada com IB, assegurando sua eficácia em estudos sobre outros modelos de tratamento.

É fundamental uma definição mais precisa de IB, estabelecendo diretrizes sobre as quais possam ser acrescentadas particularidades locais sem estremecer as bases estruturais e, assim, tornar possível a comparação entre os diversos estudos.

1.3.3 Técnica e estrutura das sessões

Para iniciar qualquer Intervenção, é necessário que se tenha o diagnóstico do uso de álcool (dependência ou uso nocivo) e uma avaliação da motivação do paciente.

1.3.3.1 Como motivar o paciente

A grande maioria dos usuários de álcool e drogas que procuram ou são encaminhados para tratamento encontra-se extremamente ambivalente

quanto à suspensão do consumo: ao mesmo tempo que desejam parar o uso, porque lhes está causando problemas, desejam continuar usando, porque lhes causa prazer. A ambivalência é um conflito psicológico que precisa ser superado durante o tratamento (Jungerman, 1999).

O papel do profissional é ajudar os pacientes a resolverem essa ambivalência, identificando os motivos que os levam a usar o álcool e os motivos pelos quais deveriam parar. É comum que os pacientes tenham uma visão dissociada dos efeitos bons e ruins da bebida, Quando vão beber têm pensamento direcionado para o que a bebida vai lhes proporcionar de bom naquele momento: “vai relaxar”; “vai esquecer o problema”, “vai compartilhar momentos agradáveis com os amigos”, “vai se sentir mais desinibido”, etc. Nesse momento, o pensamento não evoca os efeitos ruins que podem decorrer a embriaguez, tais como: inadequação, irritação, sintomas de abstinência no dia seguinte, etc. O médico deverá ajudá-los a pensar nos dois aspectos (bons e ruins) do uso da bebida, ao mesmo tempo, como dois lados de mesma moeda e deverá fazer um balanço para auxiliá-los na decisão. O médico pode ajudar o paciente a imaginar a vida com e sem álcool, sob os aspectos bons e ruins de cada alternativa e elaborar, conjuntamente, os objetivos principais do tratamento.

A motivação é um processo dinâmico, que pode ser influenciado por vários fatores. A conduta do médico frente à ambivalência é muito importante. Ele deve ser empático, paciente, ativo e firme.

Segundo Di Clemente e Prochaska (Laranjeira et al, 1996) existem sete estágios de modificação comportamental, durante o processo de mudança: (i) pré-contemplação; (ii) contemplação; (iii) preparação; (iv) determinação; (v) ação; (vi) recuperação; (vii) recidiva. Com base nesses estágios é possível empregar medidas terapêuticas com a finalidade de vencer as resistências do paciente, fazendo-o avançar no reconhecimento de seu problema e promover mudança. A Figura 1 ilustra tais estágios: (i) *Pré-contemplação* - essa fase do tratamento, os pacientes apresentam pouca ou nenhuma preocupação com os problemas associados ao uso de álcool. A maioria deles não deseja modificar comportamentos, pois acha que não possui qualquer tipo de problema

relacionado ao consumo excessivo de bebida alcoólica. Muitas vezes, são pressionados pelos familiares a procurar tratamento. É importante, nesse momento, auxiliá-los na avaliação dos problemas (Samet, 1997; McConnaughy, 1983); (ii) *Contemplação* - na “contemplação”, os pacientes já se preocupam com os problemas associados ao uso de álcool, porém não apresentam um plano para modificar o comportamento. Estão começando a tomar consciência das conseqüências adversas do consumo excessivo de álcool. É comum buscarem informações sobre os problemas causados pelo uso, visando à compreensão das dificuldades pelas quais estão passando. Entretanto, ainda não se engajaram em um plano para modificar comportamentos (Samet, 1997; McConnaughy, 1983). As medidas terapêuticas são: listar as vantagens e desvantagens do consumo e o registro diário das recaídas, bem como reforçar os motivos pelos quais deveria se tratar; (iii) *Preparação* - na “preparação”, os pacientes preocupam-se com os problemas associados ao uso de álcool e já esboçam um plano para se tratar. Nesse estágio, a decisão de modificar o comportamento é assumida, contudo ainda não foi acionado o plano (Samet, 1997; McConnaughy, 1983). A medida terapêutica principal é reforçar a crença de que é possível ao paciente modificar o seu comportamento-problema; (iv) *Determinação* - na “determinação”, o paciente coloca em prática seu plano para modificar o comportamento-problema, engajando-se ativamente num programa de tratamento. (Samet, 1997; McConnaughy, 1983). A medida terapêutica principal é oferecer aos pacientes informações sobre vários tipos de tratamento disponíveis. (v) *Ação* - na “ação”, o paciente inicia uma mudança de comportamento para interromper o uso; (vi) *Manutenção* - na “manutenção”, os pacientes rediscutem seus objetivos e a mudança dos comportamentos antigos. O objetivo é manter as estratégias a longo prazo, a fim de continuarem abstinentes.

A identificação da fase de mudança do comportamento na qual se encontra o paciente é de fundamental importância no direcionamento da terapêutica não - farmacológica. Se o paciente se encontra numa fase de pré-contemplação, ele não se reconhece como dependente e nem relaciona os seus problemas ao uso de bebida. Estabelecer, nesse caso, estratégias para evitar ir

ao bar ou situações que o lembrem da bebida não são eficazes. O paciente precisa estar convencido de que tem problema ligado ao uso do álcool. Só a partir desse momento vai conseguir estabelecer ações que o previnam do uso.

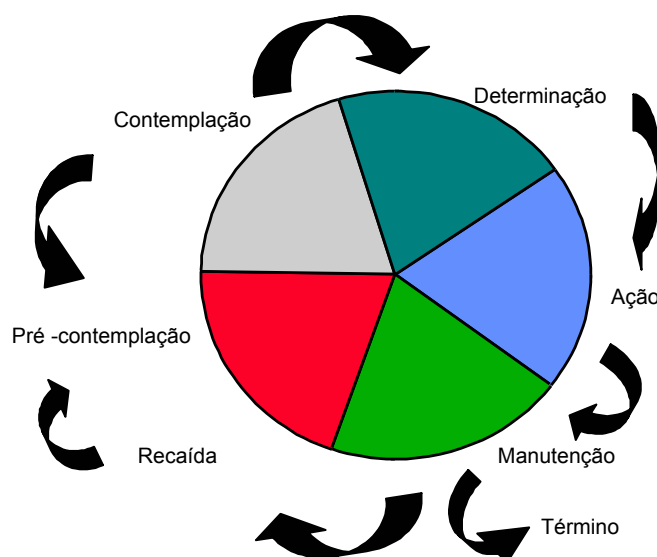


Figura 1 – Esquema do processo de mudança do comportamento.

1.3.3.2 Recaída e lapso

Entre a abstinência e a recaída existe uma área cinzenta - o lapso. É definido como uma falha (um escorregão), porém o uso da substância não atinge os níveis anteriores à abstinência. Se o paciente voltar a usar a droga nos mesmos padrões anteriores, então terá recaído. Antes da recaída, entretanto, existe o lapso, que não precisa necessariamente terminar na recaída (Marlatt, 1994).

A recaída é a volta ao consumo de bebida nos mesmos padrões ou em padrões semelhantes aos anteriores à abstinência. Ela não significa um fracasso, mas deve ser entendida e discutida para ser evitada. A Figura 2 representa o lapso entre a abstinência e recaída.



Figura 2 – Esquema do processo de recaída passando pelo lapso.

1.3.3.3 Passos da intervenção breve

Existem cinco passos a serem seguidos na aplicação de uma Intervenção Breve (Fleming, 1999): (i) *Avaliação e feed back*: a aplicação de questionário para triagem do problema é o primeiro passo. O CAGE ou AUDIT (Figlie et al, 1997) auxilia o profissional nessa avaliação. É importante ter em mente os critérios diagnósticos de Dependência e Uso Nocivo. Uma vez estabelecido o diagnóstico, o profissional deve dar retorno ao paciente sobre o resultado da avaliação efetuada, tanto em relação ao uso da bebida quanto aos outros diagnósticos (hipertensão, gastrite, neuropatias). Se o paciente apresentar sintomas de síndrome de abstinência, deve-se iniciar o tratamento pela desintoxicação, - seguindo o Consenso Brasileiro sobre Síndrome de Abstinência do Álcool (Laranjeira et al, 1999). (ii) *Negociação da meta de tratamento*: o profissional deve estabelecer uma meta de tratamento em concordância com o paciente. Se ele estiver fazendo uso nocivo, pode-se seguir a meta do beber controlado. Se apresentar dependência já instalada, a melhor meta é a abstinência. (iii) *Técnicas de modificação de comportamento*: é muito importante diagnosticar o estado de motivação do paciente. Isso vai ajudar a manutenção da meta estabelecida. Se o paciente estiver numa fase pré-contemplativa, ou seja, ainda não se reconhecer como dependente ou que seus problemas têm relação com o uso de álcool, a meta deve ser motivá-lo para tratamento. Ele precisa, antes, estabelecer mudanças no seu comportamento, estar convencido de que a quantidade que está bebendo lhe está causando prejuízos. O Quadro 1 mostra o balanço entre os prós e contras relacionados ao uso de álcool. A avaliação laboratorial e investigação das áreas de vida com problemas relacionados ao consumo auxiliam nesse momento. Se o paciente estiver numa fase contemplativa, ou seja, souber que a bebida o está prejudicando, mas ainda não conseguir estabelecer

nenhuma mudança de comportamento, instruções objetivas quanto à mudança da rotina e do ambiente podem ser úteis como: não ter bebida em casa, não frequentar ambientes nos quais se bebe, evitar a companhia dos amigos que bebem. (iv) *Material de auto-ajuda*: pode-se fornecer ao paciente material didático informativo sobre uso de álcool. (v) *Seguimento*: para garantir efetividade a longo prazo, o seguimento pós-alta deve ser bem planejado: desde uma visita mensal ao consultório até uma visita domiciliar.

Quadro 1 – Quadro para avaliação dos riscos e benefícios de usar álcool.

	Usar	Parar de usar
Vantagens	“Relaxa” Reúne os amigos Esquece os problemas	Melhora o desempenho no emprego Melhora a relação com a família Economiza dinheiro Melhora a saúde
Desvantagem	Perde o controle e a crítica do que faz Coloca em risco a saúde física Sente-se deprimido no dia seguinte Ressaca	Perde os amigos Não sei como me divertir sem o álcool

1.3.3.4 Estrutura das sessões

Os componentes da Intervenção Breve podem ser incorporados em uma consulta com duração de 10 a 15 minutos. O número de visitas varia de acordo com a gravidade. Se o paciente fizer Uso Nocivo, três ou quatro visitas serão suficientes. Se o paciente apresentar sintomas de abstinência, na primeira semana poderão ser necessárias duas visitas. Se os sintomas forem leves, uma visita por semana, por três semanas e mais uma visita por mês, por três ou quatro meses, serão suficientes (Fleming et al, 1997b).

1.3.4 Eficácia e efetividade da intervenção breve

O primeiro ensaio clínico sobre Intervenção Breve foi conduzido por um grupo de pesquisadores suecos no final dos anos 1970, como parte de um estudo cujo foco era prevenção para doenças cardiovasculares (Kristenson, 1983). Como muitos sujeitos do estudo também bebiam pesadamente, foi incluída uma intervenção para o comportamento de uso de álcool. Os resultados foram positivos e, desde então, centenas de estudos foram conduzidos para testar a efetividade da IB em usuários de álcool, em diferentes locais, diferentes populações, diferentes países. Entretanto, alguns pontos ainda permanecem pouco esclarecidos, principalmente quando o local de aplicação é a Rede Primária de Saúde.

Metanálises demonstraram que na maioria dos ensaios com IB os desfechos foram positivos, indicando redução nos níveis de consumo de álcool (Biens et al, 1993; Kahan et al, 1999; Wilk et al, 1997). Além disso, estas análises sugerem que os clínicos possam esperar que 10 a 30% dos pacientes mudem seu comportamento de uso de bebida alcoólica.

Poucas publicações foram realizadas exclusivamente em comunidades de Atenção Primária. Porém, alguns estudos (Wallace et al, 1998; Israel et al, 1996; Fleming et al, 1997a; e Ockene et al, 1999) têm apresentado boas evidências que apoiam a eficácia da Intervenção Breve em locais de Atenção Primária.

Outro ensaio clínico de Intervenção Breve, conduzido em uma variedade de *settings* feito pela Organização Mundial da Saúde (Barbor et al, 1996) também mostrou resultados positivos associados à Intervenção Breve. A validade desses achados é sustentada pelo fato de que todos os ensaios incluíam amostras grandes e alta diversidade de pacientes. Este estudo da Organização Mundial da Saúde foi feito em 10 países, com uma amostra de 1.661 pacientes, 299 mulheres e 1.362 homens. A média de consumo diário foi cerca de 25% menor no grupo de Intervenção Breve quando comparado com o grupo-controle. Os resultados sugerem que, aproximadamente, um em cinco pacientes expostos à Intervenção Breve (20%) responderá favoravelmente.

O projeto Treat - *Trial for Early Alcohol Treatment* (Fleming et al, 1997b), estudou 774 pacientes com idade de 18 a 65 anos, randomizados para Intervenção Breve ou para grupo-controle. Os resultados mostraram significativa diminuição de internação em hospitais-dias no grupo Intervenção Breve quando comparado com o grupo-controle. Após um ano de seguimento, o grupo da IB tinha visitado duas vezes menos os hospitais do que o grupo-controle.

Na maioria dos ensaios houve participação de médicos e de outros profissionais da saúde, como enfermeiros, mostrando êxito na condução da Intervenção Breve. Os ensaios tiveram, em média, um *follow-up* de 12 meses.

Apesar das evidências, a Intervenção Breve para pacientes com problemas relacionados ao consumo de álcool ainda não tem sido amplamente utilizada em *settings* de Atenção Primária.

Uma metanálise realizada por Bechi et al (2003) mostrou resultados importantes sobre efetividade das Intervenções Breve. Embora seja eficaz em condições ideais de pesquisa, a implantação da Intervenção Breve na Rede Primária de Saúde enfrenta barreiras. Beich encontrou, em seu estudo, num total de 1.000 pacientes que receberam *screening* para uso de álcool, 90 (9%) positivos e, portanto, necessitados de mais uma avaliação. Entretanto, apenas 25 pacientes (2,5%) foram selecionados para a aplicação da IB. Depois de 12 meses, dois ou três desses pacientes tiveram reduzido o consumo abaixo do nível máximo recomendado.

Várias barreiras têm sido apontadas para a dificuldade de implantação da IB. Um estudo, também de Beich et al (2004), mostrou médicos que participaram de um programa de Intervenção Breve (39 profissionais selecionados aleatoriamente se sentiam ambivalentes) quanto à implantação da IB em suas rotinas. Não estavam suficientemente preparados e o programa de promoção da saúde ao impor um pacote de IB na Rede Primária, havia criado mais problemas do que solução.

Portanto, a eficácia da IB não é suficiente para sua implantação. As atitudes dos profissionais em face da percepção de seus papéis precisam mudar; o sistema de saúde precisa oferecer suporte e os profissionais devem ser adequadamente treinados, antes de iniciar um programa de implantação de IB na Rede Primária.

1.4 Ensino e dependência química

1.4.1 Procedimento de busca

Os dados apresentados foram obtidos das seguintes fontes: (i) livros-texto sobre Educação, Didática, Ensino, indicados por profissionais da área de Pedagogia; (ii) livros-textos sobre Educação, Ensino e Didática dos cursos superiores, obtidos por busca, via internet, nas principais livrarias nacionais e internacionais (livraria Cultura; Amazon; Barbes Noble); (iii) artigos científicos obtidos no banco de dados da *National Library of Medicine – Pub-Med*. Os critérios de busca tiveram como base as palavras “ensino”, “treinamento”, “dependência química”, “álcool”, “alcoolismo” “avaliação”. Foram selecionados os artigos publicados nos últimos cinco anos.

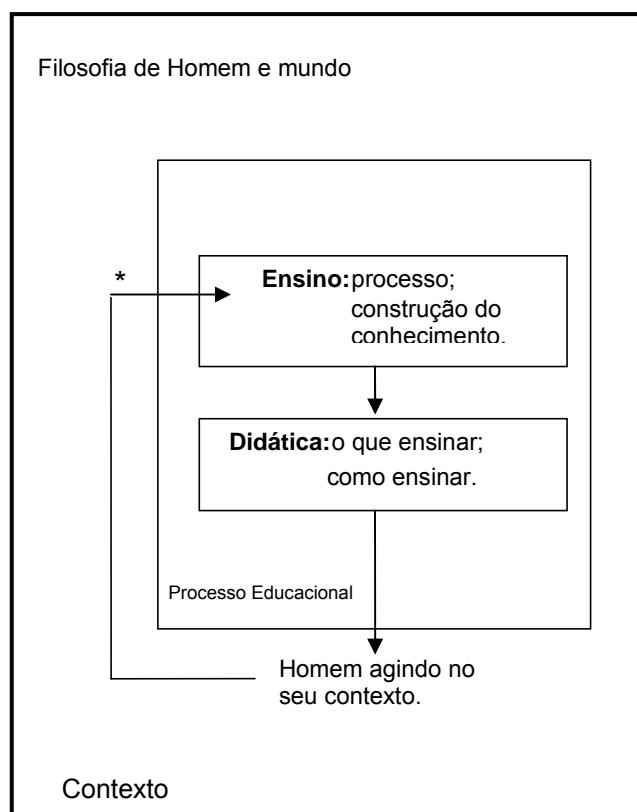
1.4.2 Conceitos fundamentais

Ensino pode ser definido como todas as ações, os métodos, os meios e a criação de um ambiente adequado para construir conhecimento, estimular as habilidades, gerar e mudar atitudes (Consolaro, 2001). Pode-se dizer que o ensino é o instrumento de ação da educação. Assim, o conceito de ensino deve ser consequência do conceito de educação. Nérice, 1993 conceitua ensino como o “processo que visa modificar o comportamento do indivíduo por intermédio da aprendizagem com o propósito de efetivar as intenções do conceito de educação”.

Assim, faz-se necessário conceituar educação. Este conceito é muito mais amplo. Segundo Nérice, 1993 “é o processo que visa a revelar e a desenvolver as potencialidades do indivíduo frente a realidade, afim de que possa atuar de maneira consciente (com conhecimento), eficiente (com tecnologia) e responsável (com ética) para que as necessidades e aspirações humana sejam atendidas”. A educação, portanto, corresponde a todo processo de desenvolvimento humano nas suas qualidades físicas, mentais, morais, estéticas e, principalmente, na relação com o meio social. É pela educação que se estabelece a visão de mundo (ideais, valores, moral).

Se o ensino depende do conceito de educação, a didática depende do conceito de ensino. A didática é o instrumento de ensino. Ela estuda a técnica de ensino em todos os seus aspectos práticos e operacionais. Podemos dizer que é a arte e a ciência do ensino (Consolaro, 2001). Existem diversos modelos de didática. Cada modelo tem vantagens e desvantagens. Entretanto, todo modelo deve levar em conta o processo ensino-aprendizagem. Segundo Haidt, 2001 ensinar e aprender são como faces de uma moeda. A didática não pode tratar o ensino, por parte do professor, sem considerar simultaneamente a aprendizagem por parte do aluno. O estudo da dinâmica da aprendizagem é essencial para uma didática, cujo princípio básico não é a passividade, mas a atividade.

Portanto, a educação está baseada na concepção do homem e do mundo (Haidt, 2001). E o ensino também se baseará nessa filosofia (Nerice, 1993). A didática, sendo um instrumento do ensino, deve se preocupar para além da técnica, mas também com o conteúdo do ensino (Morin, 2002). O conteúdo deve estar conectado ao contexto. Morin, 2002 afirma que o conhecimento da informação ou dos dados isolados é insuficiente. É preciso situar as informações no seu contexto para que adquiram sentido. Morin afirma que “para ter sentido, a palavra necessita do texto, que é próprio contexto”. A Figura 3 esquematiza a relação entre Educação, Ensino e Didática.



*Homem em ação no processo educacional.

Figura 3 – Esquema da relação entre educação, ensino e didática.

Com esses conceitos, fica mais fácil entender que no contexto atual, o homem deve entrar em um processo que o eduque para agir no seu próprio contexto. Desse modo, a educação deve contemplar necessidades e desejos do indivíduo (homem), mas também as necessidades e ocorrências do contexto (sociedade). Este conceito pode ser aplicado ao ensino médico e ao das outras profissões ligadas à saúde.

O médico atual, além de buscar contemplar desejos e aspirações pessoais dentro de sua profissão, tem a incumbência de dar respostas ao contexto em que está inserido. Fazem parte desse contexto a conjuntura econômica, a social, a cultural e o conhecimento das doenças mais prevalentes, bem como do tratamento delas, dentro do contexto citado. Por exemplo, medicações caras não são efetivas em determinados contextos. O profissional da saúde será efetivo se estiver a serviço também da nossa sociedade, na qual o álcool representa um problema de saúde pública.

1.4.3 Didática

Do ponto de vista didático, devemos procurar fazer com que as tarefas ou situações planejadas exijam do aluno uma previsão inicial, uma estimativa ou um julgamento concreto. Ensinar a resolver problemas não consiste somente em dotar os alunos de habilidades e estratégias eficazes, mas também criar neles o hábito e a atitude de enfrentar a aprendizagem como um problema para o qual deva ser encontrada uma resposta. Os indivíduos têm melhor performance ao lidar com problemas quando estes são apresentados num contexto conhecido. Quando conhecimentos são ligados a inferências causais motivacionais, tendem a ser mais lembrados. O uso de casos clínicos serve à construção de pontos de organização temática, que podem conduzir às generalizações apropriadas (Galambos, 1986; Pace, 1990; Pozzo, 1998).

A habilidade cognitiva pode ser desenvolvida por intermédio do ensino. A simulação de problemas leva o aluno a analisar, definir objetivos e propor soluções. Ao longo do processo cognitivo, várias instâncias da memória podem ser estimuladas, exercitando o conhecimento em suas formas declarativa processual e conceitual. Em outras palavras, além de entender a informação, é preciso saber como e por que aplicá-la (Tennyson, 1987).

O uso de materiais didáticos centrais em situações reais da vida profissional desenvolve a capacidade intelectual frente aos problemas diários e também pode ser utilizado para estudo individual e discussão em pequenos grupos (Hancock, 1991).

A prática do aprendizado com base em problemas (ABP) leva os estudantes a experimentarem também incertezas, por exemplo, sobre o quê e quanto estudar. Ao explorar essa situação, eles desenvolvem maior tolerância à incerteza (Block, 1996; Mamede, 2001). Algumas vantagens do ABP são: (i) melhor adaptação às mudanças freqüentes no conhecimento; (ii) melhor habilidade para utilizar recursos disponíveis; (iii) promover cooperação interdisciplinar para resolução de problemas. Dentre as desvantagens: (i) necessidade de maior grau de responsabilidade do aluno no aprendizado; e (ii) despreparo dos professores (Brandon, 1997). No ensino superior, os professores não são adequadamente preparados para ensinar. Pouco conhecem sobre ensino e didática. Assim, a grande maioria permanece transmitindo informações e não gerenciando na construção do conhecimento.

1.4.4 Tipos e conteúdo de treinamento em dependência química

O treinamento pode variar em três tipos de abordagem (*Advisory Council on the Misuse of Drugs*, 1980): treinamento básico; treinamento avançado; treinamento especializado. Tal variação pode ser acomodada em três níveis (Figura 4).

(i) Nível básico: Deve incluir informações sobre as drogas, os problemas associados ao seu uso, e explorar as próprias Atitudes e as da sociedade com relação ao usuário de drogas. Objetiva reconhecer que o problema é associado à droga e dar informações de forma acolhedora, mas sem a pretensão de necessariamente resolvê-lo. O treinamento deverá incluir como e quando encaminhar para um especialista, raro no sistema de saúde. Este nível preencheria as necessidades dos seguintes grupos: estudantes de medicina; e de enfermagem; médicos generalistas; assistentes sociais; professores das redes primária e secundária de ensino. Nesse contexto, estaria indicado o ensino da Intervenção Breve para o tratamento da Dependência do Álcool, a ser aplicado na Rede Primária de Saúde.

(ii) Nível avançado: Aplica-se a um número menor de profissionais: aqueles envolvidos com serviços que exijam habilidades mais específicas do que os do primeiro grupo. Com esse treinamento, os profissionais devem estar aptos a dar suporte e treinamento básico aos outros profissionais. Em alguns casos mais complicados, a assumir a responsabilidade do tratamento. O treinamento poderia ser aplicado a todos os profissionais da Saúde Mental: médicos psiquiatras; psicólogos; assistentes sociais e enfermeiros especializados em Saúde Mental.

(iii) Nível especializado: Para aqueles que estão diretamente envolvidos com problemas de usuários de drogas e possam oferecer um serviço efetivo aos pacientes mais graves. Deverão conhecer diferentes tipos de intervenção, aconselhamento, interação entre drogas e bebidas, pesquisa e avaliação. Conhecer a história do uso de drogas no Brasil e estar apto a oferecer treinamento em todos os níveis. Qualquer profissional especialista em dependência química deve ter acesso a esse treinamento.

Tal estrutura de treinamento – dividida nos três níveis - não deve ser considerada de forma rígida. As propriedades inerentes a cada profissão devem ser levadas em consideração. É uma tentativa de estabelecer diretrizes básicas que possam apoiar metas únicas para todos os profissionais.



Figura 4 – Níveis de abordagem para o treinamento na área de dependência química (*Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1980*).

1.4.5 O ensino da dependência química no Brasil

Com base no que foi exposto no item anterior, o profissional da saúde deveria sair das escolas preparado para atuar em um contexto no qual o uso do álcool é altamente prevalente. É por meio da educação que o homem pode adquirir habilidades para atuar no seu contexto e modificá-lo. Alguns dados apresentados a seguir apontam uma discrepância entre a formação do médico no Brasil e o contexto no qual vivemos. Só o homem educado pode atuar no contexto e a própria educação está inserida no contexto. Portanto, cabe ao homem educado promover mudanças no processo educacional.

O relatório da Federação Mundial de Educação Médica, escrito no Congresso de Edimburgo em 1993 (Lima-Gonçalves, 2002), salienta os problemas e dúvidas presentes no contexto de atuação do médico: padrões demográficos, de morbidade e mortalidade têm se modificado; os médicos têm se revelado, em geral, incompetentes para monitorar os custos de suas decisões clínicas; os serviços de saúde têm falhado no atendimento das necessidades da

população; o custo da assistência médico-hospitalar tem aumentado na última década; as forças de mercado que atuam na área da saúde têm distorcido a Medicina em direção ao comércio; o número de especialistas tem aumentado além das necessidades, enquanto diminuem os generalistas; a prevenção das doenças é desvalorizada. O médico vem atuando nesse contexto. Em qual medida ele vem sendo preparado para a tarefa?

A mudança das escolas médicas deve enfatizar a construção do conhecimento, as atitudes e ter como pano de fundo, o contato precoce e consistente com a pesquisa científica (Lima-Gonçalves, 2002). Além do conteúdo curricular das escolas médicas, dois outros são aspectos preocupantes: (i) a distribuição de médicos no território brasileiro e (ii) o número de médicos generalistas e especialistas que saem anualmente das escolas médicas. A região Sudeste, em 1998 concentra a maior parte dos recursos destinados ao ensino médico e Residências. Embora tenha havido pequeno decréscimo na última década, 57% das instituições de ensino estão no Sudeste e 68% do total de residentes. Quanto à manutenção dos programas, nas regiões Sudeste e Centro-Oeste as Residências médicas são mantidas, principalmente, pelos governos estaduais, enquanto nas regiões Norte e Nordeste, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) – do governo federal - é o grande financiador (Lima-Gonçalves, 2002). Segundo dados da Associação Brasileira de Ensino Médico (2005), o número de médicos formados na região Norte foi de 329 em 1996; na região Nordeste, 1.211; na Centro-Oeste, 246; na Sul, 1.236; e na região Sudeste foi de 4.297 médicos formados.

Outro dado preocupante é o número de médicos especialistas. Dados da Comissão Nacional de Residência Médica (2005) apontam que as especialidades mais procuradas são em ordem decrescente: pediatria; clínica geral; cirurgia geral; ginecologia e obstetrícia; ortopedia e traumatologia; anestesiologia; cardiologia; oftalmologia; radiologia; e psiquiatria – citando os 10 primeiros colocados. Tendo em vista que o número de vagas de Residência médica, no Brasil, segue a relação de 71,41 médicos formados para cada vaga (MEC, 2005), a grande parte dos que não conseguem vaga vão para o mercado de trabalho como generalistas. Este fato se agrava pela pequena procura por Residências na área de clínica médica geral. O Brasil

carece, portanto, de médicos generalistas com boa formação e habilidades suficientes para atender à demanda social. No capítulo sobre Rede de Atenção Primária à Saúde, vimos que o ensino da dependência química na graduação é defazado em relação à demanda. Logo, os médicos generalistas, especialmente no Brasil, precisam de um programa de educação continuada, abordando doenças mais prevalentes, dentre elas, o uso inadequado e a dependência do álcool.

1.4.6. Avaliação de Ensino

Apesar das evidências sobre a efetividade da Intervenção Breve, estudos têm demonstrado que a detecção dos problemas ligados ao uso do álcool continua baixa (Fleming et al, 2000; Damelson et al, 1999).

As razões apontadas para isso, além daquelas listadas no capítulo anterior (Intervenção Breve) são: a falta de conhecimento e confiança dos profissionais de saúde – reflexo de uma educação formal em dependência química deficiente nas escolas de graduação, residência médica e pós-graduação (Adjer et al, 1990)

Estudos sobre educação vêm sendo feitos na tentativa de treinar os profissionais, preparando-os para atuarem com eficácia nos pontos falhos da educação formal. Existem duas frentes a serem pesquisadas cuidadosamente, e soluções precisam ser apontadas com rapidez: (i) o ensino formal nas escolas de graduação, revendo as competências a serem obtidas pelos alunos; e (ii) os profissionais já formados, propondo modelos de ensino complementar para deficiências na educação formal.

Como esse estudo trata da segunda frente de atuação, selecionamos os principais estudos de avaliação em educação continuada.

Estudos pré-postestes; estudos de comparação não randomizados e randomizados e estudos não controlados têm documentado melhora nas Atitudes e Conhecimento, bem como das habilidades clínicas dos profissionais que receberam algum tipo de treinamento (Ford et al, 1994; Kokotailo, 1995; Richmond et al, 1998; Ockene et al, 1997; Roche et al, 1997; Walsh et al, 1999; Chappel et al, 1985).

King et al, 1998 conduziu um estudo controlado em três grupos de médicos: (i) grupo treinado (formado por médicos que desejavam participar do treinamento); (ii) grupo comparação 1 (formado por médicos apesar de desejarem participar, não podiam por qualquer condição pessoal e não receberam o treinamento); (iii) grupo comparação 2 (que era composto por médicos que não desejavam treinamento, mas aceitaram participar do estudo, não receberam treinamento). Os desfechos foram as notificações do *general practitioners (GPs)* no Home Office (da região a que pertenciam: Norte do Tâmis); notificação no banco de dados Regional do Norte do Tâmis; proporção de usuários de droga que recebiam prescrição de metadona na primeira consulta.

O grupo treinado foi composto por 40 GPs. O grupo de comparação 1 - 28 GPs e o grupo de comparação 2 - 30 GPs. As medidas foram realizadas no oitavo mês anterior ao treinamento (primeira medida); no oitavo mês depois do treinamento (segunda medida) e décimo sexto mês depois (terceira medida).

Os resultados apontaram uma diferença de grupo tanto no período entre a primeira medida, como entre a segunda: os grupos treinados notificaram significativamente um número maior de usuários de drogas do que os grupos de comparação (*p-value* 0,010). Houve também efeito de grupo sobre a prescrição de metadona registrada entre a primeira e a terceira medidas. Os médicos treinados prescreviam mais metadona do que os grupos de comparação (*p-value* < 0,025). Para as outras medidas não houve efeito de interação entre os grupos. Houve interação apenas em relação ao tempo.

Kahan, 2003 realizou um estudo de avaliação de workshop de três horas em estudantes do terceiro e quarto anos da escola médica de Ontário. O estudo foi controlado, randomizado e avaliou diversas habilidades na condução clínica de pacientes dependentes de álcool. Sobre as habilidades clínicas houve melhora em todas as variáveis aferidas com significância alta (*p-value* <0,001). O workshop também focalizou as Atitudes dos alunos, através de um questionário com dez questões sobre crenças relacionadas aos usuários de droga. Dois fatores encontrados pela Análise fatorial: o fator comprometimento e o fator auto-eficácia. Houve significativo aumento do comprometimento nos escores medidos logo depois do treinamento, porém o

follow-up de quatro meses mostrou queda semelhante a do grupo controle. Sobre auto-eficácia o aumento foi significativo nas medidas depois do workshop e se mantiveram no *follow-up* quatro meses depois.

São muitos estudos que mostram eficácia do ensino no manejo da dependência química. Variam os modelos dos cursos, tempo de duração, porém o conteúdo sempre permanece com foco no *screening* e Intervenção Breve. Os desfechos são: conhecimento, atitudes, satisfação do aluno, notificação de casos em agências do governo (quando possível). Quanto à eficácia todos os artigos pesquisados mostraram melhora do conhecimento (Anzai et al, 2005; Edlund et al, 2004; Barrie et al, 2004; Lock e Kaner, 2004; Banford et al, 2003; Garcia et al, 2003; Samet et al, 2003).

1.5. Álcool, atitudes e comportamento

1.5.1. Procedimento de busca

Os assuntos aqui tratados foram obtidos das seguintes fontes: (i) livros-texto consagrados por conterem modelos conceituais estabelecidos no início do século XX e que permanecem atuais; (ii) teses e dissertações obtidas com os próprios autores; (iii) artigos de revisão sistemática (estudos sobre exploração de atitudes dos profissionais em face do álcool ou, ainda, estudos de impactos sobre Atitudes de intervenções). Tais artigos foram obtidos no banco de dados da *National Library of Medicine – Pub-Med*, nos últimos cinco anos. Alguns artigos consagrados com mais de cinco anos de publicação foram utilizados, mas por escolha do próprio autor e não por busca em bancos de dados.

1.5.2 Conceitos

Atitudes podem ser definidas como uma tendência psicológica, expressa ou não expressa, de avaliar uma entidade particular, com algum grau a favor ou contra (Eagly, 1994). Tendência psicológica refere-se a um estado subjetivo interno da pessoa; avaliação refere-se a todas as classes de respostas avaliativas, sejam elas manifestas pelo comportamento ou não. Assim, existe uma variedade de respostas avaliativas: a mais evidente é o comportamento. Mas existem ainda respostas de caráter cognitivo e afetivo.

Essa tendência psicológica pode ser entendida como uma espécie de viés que predispõe o indivíduo a ter respostas avaliativas positivas ou negativas toda vez que é exposto a determinada entidade particular (Eagly, 1994). Entre os extremos de avaliação positiva ou negativa, a favor ou contra, existe um *continuum*, numa espécie de gradações infinitas. Atitudes, então, seriam variáveis contínuas. Entretanto, estudos desde a década de 1970 classificam as Atitudes em escala *Likert*, cuja primeira categoria é “concordo totalmente” e, a última, “discordo totalmente”. Porque Atitudes não podem ser, na grande maioria das vezes, diretamente observadas, faz-se necessário o uso de um instrumento que explore as avaliações subjetivas do indivíduo. Essa característica faz das Atitudes variáveis latentes, porque é construto ou fenômeno subliminar aos itens da escala, mas que se espera estar refletida nos escores dos instrumentos.

Atitudes se desenvolvem com base na resposta avaliativa. Assim, uma pessoa não tem Atitudes formadas até que responda avaliativamente a uma entidade (Eagly, 1994). A entidade particular sobre a qual recai a resposta avaliativa (Atitudes) é chamada de Objeto de Atitudes. Virtualmente, qualquer coisa é passível de ser avaliada e, portanto, assumir o papel de Objeto de Atitudes (Eagly, 1994). Um Objeto de Atitudes pode ser alguma coisa muito genérica ou pode ser partes ou construtos relativamente abstratos desse mesmo objeto.

Quando pensamos em estudar dependência química ou uso de álcool e Atitudes, há que se especificar qual aspecto do complexo “Atitudes” relacionadas ao “uso de álcool” queremos avaliar. Por exemplo, alguém pode ter Atitudes mais negativas em relação ao álcool propriamente dito (substância química). Nesse caso, ele desaprova bebida alcoólica. Isso nada diz sobre a avaliação que tal pessoa faz de quem bebe. Ela pode, perfeitamente, ter algum grau de aceitação da pessoa que bebe, por acreditar que esta possa estar sendo influenciada pelo poder “dependógeno” da bebida alcoólica.

Há uma variedade de Objetos de Atitudes referentes ao bebedor. Alguém pode ter uma avaliação favorável a queo uso do álcool seja uma questão de falta de caráter ou força moral. Neste caso, é uma Atitude de aprovação do caráter moral de uso. Ainda assim, esse avaliador pode achar

que, por fraqueza de caráter, alguém se torne dependente e, no entanto, aprovar que se dê assistência aos dependentes. Conquanto tenha uma *Atitude de concordância sobre o caráter moral do uso*, tem também uma *Atitude favorável a prestar cuidados aos dependentes*.

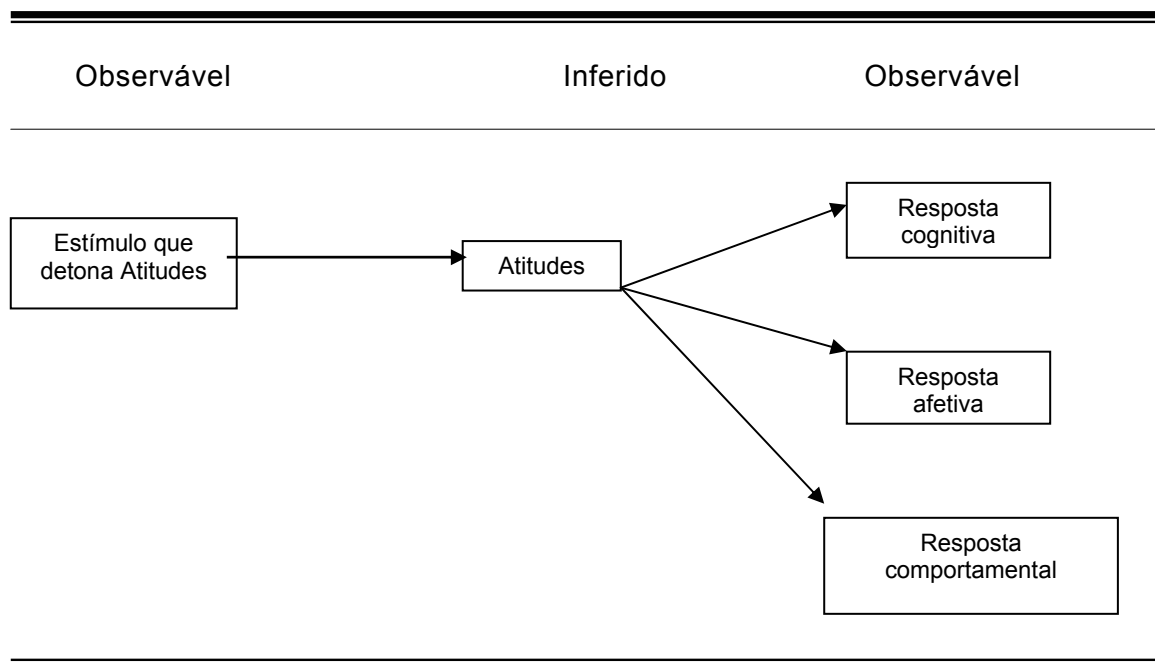
Por outro lado, alguém pode perfeitamente avaliar a dependência química como uma doença de caráter biopsicossocial. Terá Atitudes de aprovação da natureza doença psicossocial da dependência. Entretanto, essa pessoa pode não gostar de se relacionar com dependentes, porque os vê como indivíduos sem higiene adequada, com odor alcoólico, mal vestido, etc. As Atitudes serão favoráveis a que os médicos atendam os dependentes, porém, extremamente negativas com quanto à pessoa física, à moral do dependente. Mas, o importante é que o conceito de Objeto de Atitudes precisa estar claro ao pesquisador dessa área. Como estamos estudando Atitudes de profissionais em relação ao uso do álcool, faz-se necessário responder à questão: a que Atitudes nos referimos? Listemos algumas:

(i) Atitude do profissional perante sua própria confiança em tratar usuários de álcool. (ii) Atitude do profissional perante a natureza da dependência química. (iii) Atitude do profissional com respeito à sua própria responsabilidade de tratar do dependente. (iv) Atitude dos profissionais em face do prognóstico da dependência. (v) Atitude do profissional com relação à pessoa, caráter e integridade moral do dependente.

A lista poderia se estender muito. O fato é que as Atitudes não são isoladas. Elas formam um conglomerado ou sistema de Atitudes presentes numa espécie de equilíbrio. As Atitudes interagem entre si e apóiam-se mutuamente, organizando-se de forma a ter reflexos na personalidade do indivíduo (Pillon, 1998b). A Figura 5 mostra um esquema no qual as Atitudes de uma pessoa podem ser expressas em três classes diferentes: cognitiva, afetiva ou comportamental. Essa teoria, da década de 1960 (Katz, et al, 1959; Rosemberg, et al, 1960), postula que o caráter observável das Atitudes se manifesta: (i) pela cognição (pensamento que as pessoas têm sobre o Objeto de Atitudes); (ii) pelo afeto (sentimentos e emoções que as pessoas têm em relação ao Objeto de Atitudes); (iii) pelo comportamento (ações que as pessoas têm com referência ao Objeto de Atitudes).

Os pensamentos freqüentemente são conceitualizados como crenças associadas àquele Objeto de Atitudes. As respostas também estariam em associação, em menor ou maior grau, entre si (Eagly, 1994). Porém, apesar da teoria que correlaciona cognição, afetos e comportamentos, Ajzen, 1988, argumenta que cada um dos três componentes poderia possuir variação única, não compartilhada uma com a outra.

Se fizermos um paralelo com o modelo cognitivo de Aaron Beck (Beck, et al, 1993), observaremos muita semelhança. Pelo modelo cognitivo, uma crença é eliciada por meio de um estímulo qualquer e pensamentos automáticos são desencadeados, influenciando as emoções e, por fim, o comportamento.



Fonte: Eagly, 1994.

Figura 5 – Relação entre os estímulos, as Atitudes e as classes de respostas avaliativas.

À luz da teoria cognitiva, modificações poderiam complementar o esquema proposto por Eagly, 1994. O estímulo que detona as Atitudes deveria ser entendido como um estímulo particular que elicia uma crença ou conjunto de crenças genéricas sobre si mesmo, sobre a relação com outro e sobre o mundo. A partir da evocação de tais crenças, um segundo grupo de

crenças associadas ao Objeto de Atitudes é eliciado. Como veremos adiante, o modelo proposto explica como uma mesma Atitude genérica pode estar relacionada a comportamentos diferentes. Seguimos o exemplo na figura 6.

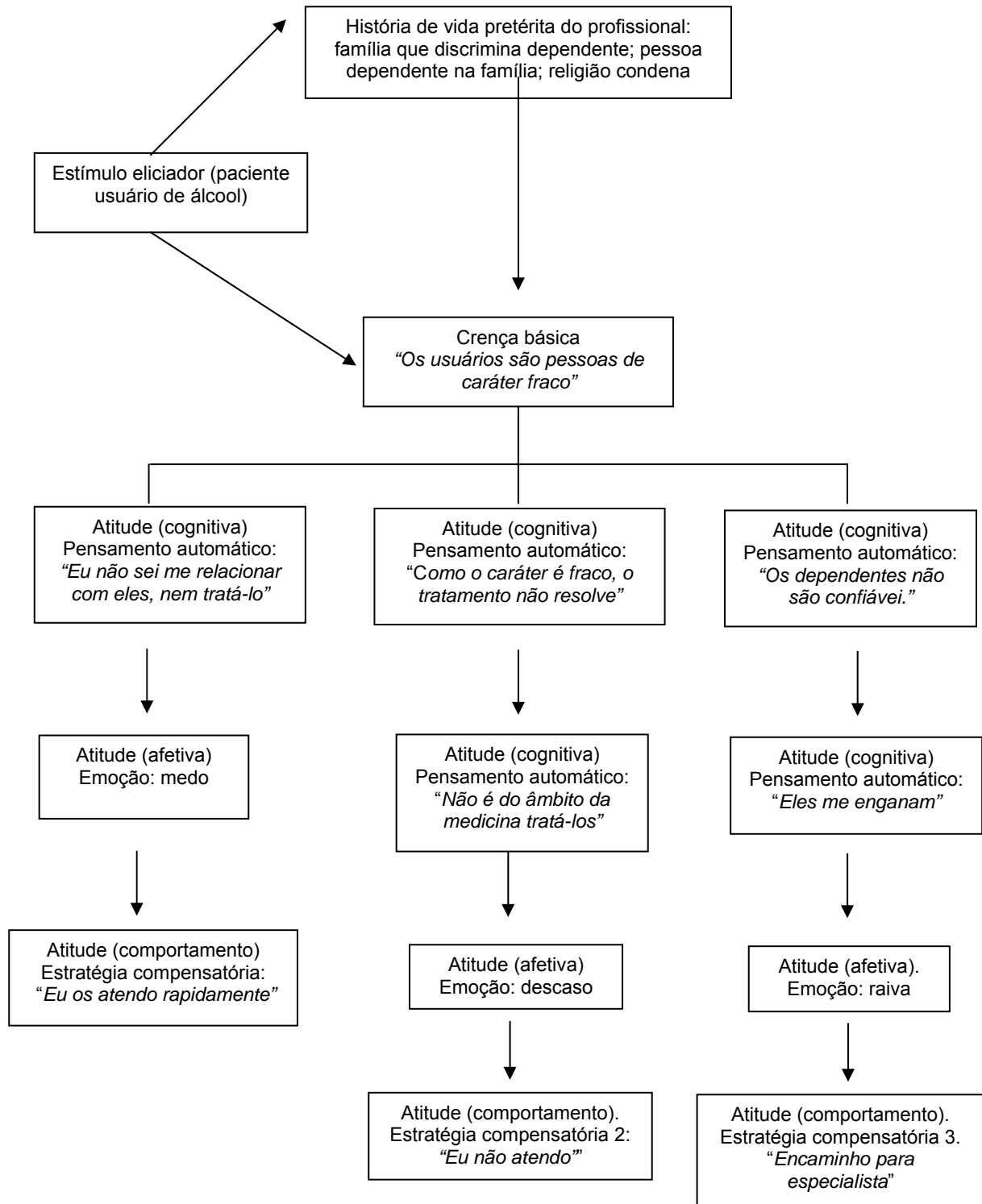
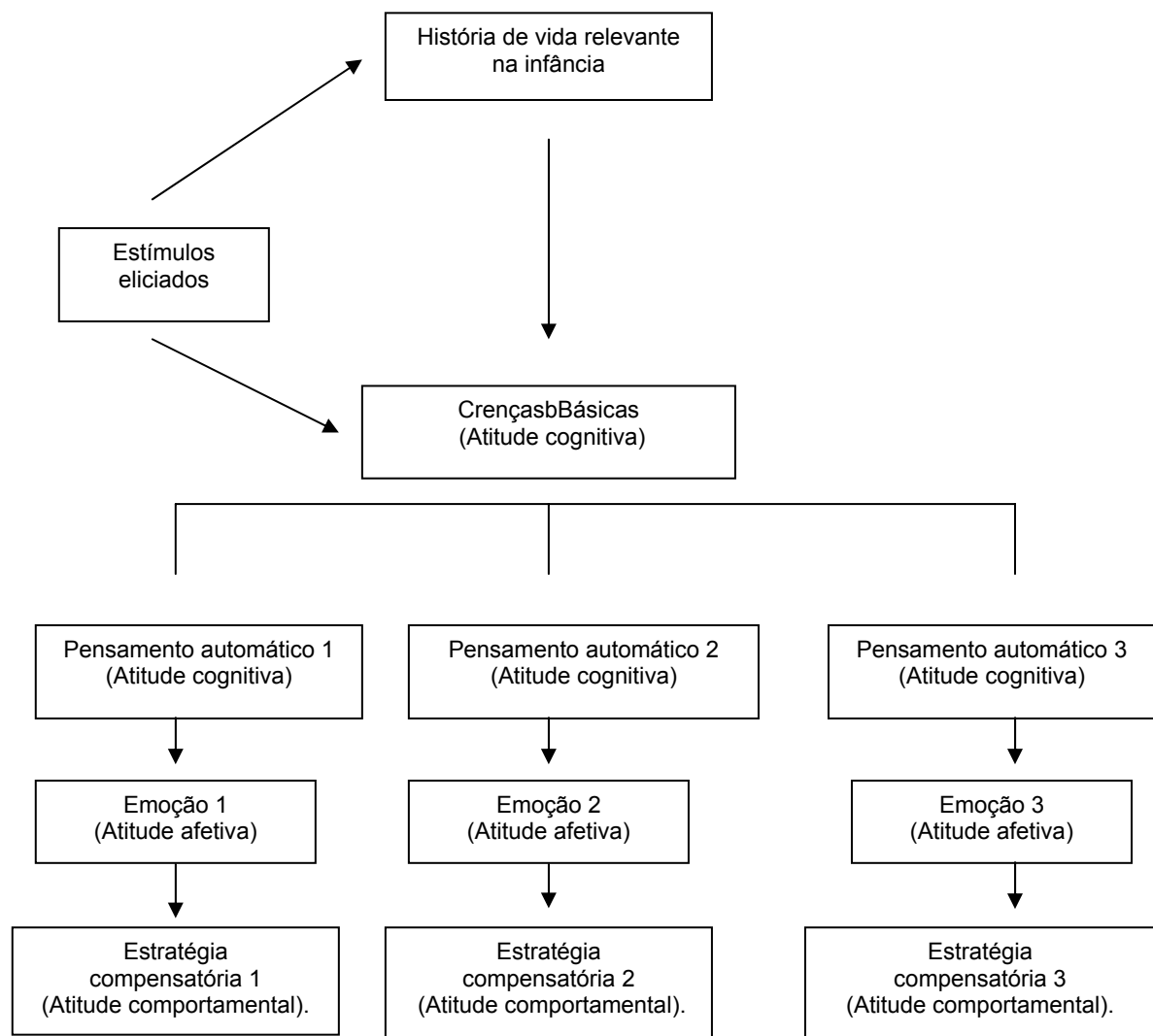


Figura 6 – Adaptação do Modelo de Eagly, 1994, para teoria cognitiva - modelo de conceituação cognitiva (Beck, 1993).

Essas crenças (central ou intermediária) têm caráter avaliativo: são as próprias Atitudes de que tratamos. Essas Atitudes (caráter cognitivo) ou Crenças (Atitude cognitiva) desencadeiam pensamentos automáticos ou uma série deles que influenciam em maior ou menor grau as emoções (Atitude afetiva). Estas, por sua vez, influenciam o comportamento (Atitude comportamental). Pela teoria aqui proposta a relação entre estímulos eliciados, Atitudes e respostas avaliativas seguiria o mesmo modelo de Conceituação Cognitiva proposto por Beck, 1993, como mostra a Figura 7.



Fonte: Beck, 1993 (adaptado).

Figura 7 – Esquema de Conceituação Cognitiva e desenvolvimento das Atitudes.

1.5.3 Atitudes e comportamento

Como observamos anteriormente, a relação entre Atitudes e comportamento é complexa. Por décadas, vários pesquisadores estudaram como se comportava essa correlação (Miller, 1960; Hovland, 1959; Kelman, 1974; Ickes, 1990). Os resultados eram contraditórios, na maioria dos estudos. Alguns autores encontravam correlação entre Atitudes e Comportamento e outros não achavam qualquer relação (Eagly, 1994). Ajzen, 1987 e Ickes, 1977 lançaram uma teoria que explicava essas contradições. Eles sugeriram os seguintes termos: (i) *critério ação-simples*, para um comportamento específico num ponto único do tempo; (ii) *critério observação-repetida*, para um índice baseado na observação de um comportamento específico em vários pontos do tempo, e (iii) *critério ação-múltipla*, para um índice fundamentado em comportamento combinado de base simples ou repetida.

Para testar essa lógica, foram estudados indivíduos que responderam a cinco medidas de Atitudes com relação à religião. Eles também responderam a uma lista de 100 comportamentos ligados à religião. Os pesquisadores encontraram medidas das Atitudes com baixa correlação com um comportamento simples, porém a correlação aumentava se as Atitudes fossem estudadas com um conjunto de comportamentos (*critério ação-múltipla*). Em suma, havia correlação entre Atitudes e Comportamento, associando-se Atitudes mais gerais com muitos comportamentos aos quais elas podem estar ligadas (Eagly, 1994).

De modo inverso, demonstramos a tese defendida no item anterior. Havíamos formulado hipótese de que quanto mais genéricas as Atitudes maior a lista de comportamentos a elas relacionados. Aqui está demonstrado que correlação entre Atitudes e Comportamentos pode ser obtida se estudarmos Atitudes Gerais e um grande conjunto de comportamentos que possam estar ligados a ela.

Assim, afirmar que as Atitudes de um grupo de profissionais são negativas sobre a *dependência química* nada diz do comportamento deles sobre os *dependentes químicos*. Podemos achar uma correlação estatística maior se tomarmos todos os possíveis comportamentos ligados às Atitudes

genéricas, mas continuaremos sem saber como tais profissionais, de fato, se comportam em situações particulares. Portanto, quanto mais específicas as Atitudes, maiores as chances de correlação com um conjunto de comportamentos mais limitados. Se analisarmos Atitudes mais genéricas, o conjunto de comportamentos associados é muito maior.

Nosso estudo procurou medir as Atitudes mais específicas possível, para chegar a uma lista de comportamento também a menor possível e, assim, inferir por meio das Atitudes, os prováveis comportamentos dos profissionais em relação à dependência química. Subdividimos a dependência química em vários Objetos de Atitudes: (i) as Atitudes do profissional com referência à sua própria confiança em atender o dependente químico; (ii) as Atitudes do profissional com relação à suas crenças sobre prognóstico; (iii) as Atitudes do profissional relativas à pessoa do dependente químico; (iv) as Atitudes do profissional ante a crença de ser possível ou não, ao dependente, controlar o uso de bebida; entre outras, que discutiremos oportunamente.

1.5.4 Os estudos sobre atitudes

Vários estudos vêm sendo publicados, nas últimas décadas, sobre Atitudes. Alguns deles têm o foco para o “diagnóstico” de Atitudes em profissionais da saúde, especialmente os que trabalham na Rede Primária. Outros têm o foco na mudança de Atitudes após uma intervenção educacional. Entretanto, poucas pesquisas têm estudado os instrumentos que medem Atitudes e tratado a questão com a complexidade necessária. Comentaremos os principais estudos:

1- Chappel, 1987, estudou cinco fatores de Atitudes entre os estudantes de medicina da *University of Nevada School of Medicine*. Ele realizou dez medidas durante cinco anos, duas por ano (de 1978 a 1982), no início e fim de cada ano. Os fatores avaliados foram: (i) “permissividade” (grau de aceitação, pelos estudantes, do uso de maconha e álcool, principalmente); (ii) “não estereótipo” (fator caracterizado pela discordância dos principais estereótipos de usuários de substância psicoativa, como:

usuários são pessoas sem higiene, não respeitam autoridade); (iii) “intervenção” (grau de concordância sobre o fato de que os médicos deviam fazer diagnóstico precoce e aumentar as chances de êxito do tratamento); (iv) “otimismo” (grau de concordância sobre a dependência do álcool ser possível de tratar com sucesso); e (v) “não-moralismo” (grau de discordância sobre um médico que tenha sido dependente não dever praticar a medicina ou um clérigo não dever beber em público).

Os resultados apresentaram variações. No primeiro ano, 1978, participaram 43 alunos. Houve melhora do fator “não estereótipo” ($p < 0,001$); “intervenção” ($p < 0,001$); “otimismo” ($p < 0,5$) e “não moralismo” ($p < 0,05$). No segundo, 1979 e terceiro anos, 1980, aumentou o escore de permissividade ao uso de droga ($p < 0,1$), porém o fator “intervenção” também mostrou aumento de escore ($p < 0,001$). Nos dois últimos anos (1981 e 1982), o fator “permissividade” voltou a ter diminuição do escore, porém não houve significância. O fator “não estereótipo” também diminuiu e o fator “não moralismo” apresentou queda do escore ($p < 0,05$). De modo geral, os estudantes passaram a ser um pouco mais “permissivos” ao uso, menos “otimistas” acerca do prognóstico e menos “moralistas” quanto à etiologia ao longo dos cinco anos.

Este estudo apresenta um desenho adequado. Mede vários Objetos de Atitudes relacionados à dependência e apresenta um bom período de *follow-up*. Entretanto, o tamanho da amostra foi pequeno e diferenças importantes podem não ter sido detectadas. O pesquisador não fez um estudo da correlação entre possíveis fatores que ocorreram nesse período e as diferenças mudanças de Atitude. Uma análise de variância (ANOVA) com a estatística F e testes múltiplos poderiam ter sido feitos para observar diferenças entre as mudanças médias dos fatores nos cinco anos de estudo e onde se localizavam essas diferenças. Do modo como está, apenas uma análise descritiva foi possível. Podemos, concluir, entretanto, que as Atitudes mudam conforme o contexto e que só o ensino em si não é o principal fator de mudança de Atitudes. É preciso saber o que ensinar e como ensinar.

2- Outro estudo realizado por Anderson et al, 2004, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde, avaliou 340 profissionais da Rede Primária de quatro países. O estudo foi um ensaio clínico randomizado, controlado, para avaliar a efetividade de um treinamento de *screening* para uso de álcool e aplicação de Intervenção Breve e Atitudes dos profissionais que trabalham com usuários de bebida. O resultado do estudo não mostrou nenhuma evidência de melhora das Atitudes pela disponibilidade de trabalhar com dependentes de álcool. Os escores de Atitudes aumentaram em um grupo de profissionais que já se sentiam comprometidos e seguros em trabalhar com dependentes, antes mesmo da Intervenção.

Este estudo, além de não descrever o Instrumento e formas com que aferiu as Atitudes, partiu do pressuposto de que, aumentando o conhecimento sobre o assunto (o curso ministrado foi sobre *screening* e Intervenção), haveria melhora de Atitudes. O modelo de curso (didática) também não está descrito. Por se tratar de um estudo multicêntrico, provavelmente com culturas diversas, o ensino e a didática, por mais padronizados que fossem, não fugiriam do seu contexto. O curso talvez tivesse efeito se ministrado com didática que contemplasse exploração e mudança de Atitudes, que estão ligadas ao contexto, além do conhecimento técnico. Se o curso não teve foco na exploração e mudança de Atitudes, era de se esperar que não houvesse modificações.

3- Kaner et al, 1999, aplicou um instrumento para avaliar as Atitudes de profissionais da Rede Primária de Saúde em Newcastle, Inglaterra. Embora 83% dos profissionais se sentissem preparados para aconselhar pacientes usuários de álcool, apenas 2% se sentiam confiantes na efetividade de suas próprias Intervenções. Outro importante resultado deste estudo foi a constatação de que a maioria dos profissionais concordava que deveria trabalhar com pacientes usuários de álcool; entretanto, um pequeno número deles percebia a si mesmo como eficazes neste trabalho. As razões apontadas para tal discrepância foram: (i) ausência de treinamento; (ii) falta de incentivos governamentais; (iii) falta de suporte de serviços voltados ao atendimento dessa clientela; e (iv) falta de tempo, durante o trabalho, para prestar aconselhamento aos usuários do álcool.

4- Um estudo sobre Atitudes e experiência educacional referente a álcool, realizado por Anderson et al, 2003, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde, em nove países, e com 1.300 profissionais demonstrou correlação entre as experiências educacionais e a assistência ao dependente de álcool. Os resultados mostraram que os profissionais que receberam melhor educação em álcool ($OR^3=1,5$; $IC^4= 1,3-1,4$), ou que estavam trabalhando em um ambiente que oferecia suporte ($OR= 1,6$; $IC: 1,4-1,9$), ou que expressavam maior segurança em trabalhar com usuários de álcool ($OR= 2,0$ $IC: 1,5-2,5$), ou que relataram maior comprometimento terapêutico com pacientes ($OR= 1,4$; $IC: 1,1-1,7$) eram aqueles que mais atendiam e que mais bem gerenciavam o tratamento do paciente. O estudo conclui que a boa educação e um ambiente com maior suportabilidade são necessários para envolver os profissionais no atendimento de pacientes com problemas por uso do álcool.

Notemos que esse estudo mediu os efeitos da educação e não do ensino e nem de um curso ou treinamento. Educação pressupõe um conceito amplo que compreende questões ambientais, culturais, experiências pessoais, além do ensino, que está a serviço da educação. Portanto, poderíamos pressupor que Atitudes dependem mais de educação do que de ensino. Além disso, um ambiente com maior suportabilidade foi considerado como necessário para o envolvimento dos profissionais na Intervenção em pacientes usuários de álcool.

5- Roche, 1995, conduziu um levantamento sobre as Atitudes de pós-graduandos e de profissionais formados na Austrália, com 1.361 indivíduos. Quase todos os pós-graduandos (99%) concordavam que era responsabilidade do médico tratar pacientes com problemas ligados a álcool ou drogas. A maioria (93%) discordava de que o papel do médico deveria estar restrito aos problemas físicos. Entretanto, 82% deles consideravam que os Alcoólicos Anônimos eram a mais efetiva das Intervenções. Bem mais do que a metade (66%) indicou que havia pouca ou nenhuma evidência de efetividade da Intervenção Breve.

³ **N. do A.:** OR = Odds Ratio.

⁴ **N. do A.:** IC = Intervalo de confiança.

6- Outro estudo que corrobora os achados apresentados até aqui foi realizado por Rowland, em 1998. Ele mostra que uma das Atitudes determinantes do atendimento aos dependentes é a percepção dos médicos de seus próprios papéis.

São muitos os estudos. Selecionamos aqui os mais importantes por demonstrarem a relação entre Atitudes e uma variedade de aspectos referentes à dependência química. Alguns estudos também indicam a falta de correlação entre Atitudes e Comportamento, quando estudados sob determinados aspectos, por exemplo: ministrar um curso técnico sem foco nas Atitudes. Além disso, como já havia sido discutido, há uma importante relação entre Atitudes e Comportamento e o contexto (ambiente que ofereça suporte ao profissional).

No Brasil, existem poucos estudos sobre Atitudes. Pillon, 1998a, pela primeira vez avaliou três instrumentos sobre Atitudes. Com uma composição entre tais Instrumentos realizou uma Análise Fatorial, chegando a um Instrumento único em língua portuguesa que mede vários fatores das Atitudes dos profissionais da saúde frente ao uso do álcool. Este Instrumento foi referência para o nosso estudo. Pillon, 2003, também estudou, pela primeira vez no Brasil, o perfil de Atitudes de enfermeiros (docentes e estudantes). Tais estudos preliminares foram base para nossa pesquisa.

1.6 Justificativa do estudo

Os dados epidemiológicos do uso de álcool e os problemas a ele relacionados justificam o porquê escolhemos o álcool como conteúdo do curso. A importância da Rede de Atenção Primária à Saúde e os dados de eficácia e efetividade da aplicação da Intervenção Breve nesse contexto justificam o público-alvo escolhido. O estudo da didática eficaz de ensino justifica as técnicas empregadas no curso.

Os desfechos escolhidos foram Atitudes e Conhecimento, embora o ideal fosse avaliar a efetividade de um curso sobre dependência química.

Entretanto, o estudo de Atitudes específicas tem mostrado alta correlação com mudanças de um conjunto de comportamentos mais específicos, correspondentes à mudança das Atitudes. Espera-se, com este estudo, dar um passo adiante na mudança de comportamento dos profissionais que prestam assistência ao usuário de álcool. Com base nesses estudos preliminares, uma pesquisa sobre efetividade pode ser mais bem desenhada. Tendo em vista que esta última é mais demorada, trabalhosa e cara, não parece prudente realizá-la sem os passos que a devem preceder.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo geral

1. Verificar se profissionais que participaram do curso apresentaram mudança no Conhecimento e em vários aspectos das Atitudes e face da dependência do álcool.

1.7.2 Objetivos específicos

1. Adequar um Instrumento de Atitudes em face da dependência do álcool.
 2. Elaborar um curso sobre diagnóstico e tratamento do Uso Nocivo e Dependência do Álcool.
 3. Ministrando o curso a uma amostra de profissionais da Rede Primária de Saúde.
 4. Avaliar a mudança de Atitudes e de Conhecimento genericamente e segundo grupos específicos formados pela Análise de Cluster em três momentos diferentes: antes do curso; imediatamente após; e depois de 2 anos.
-

2. HIPÓTESES A SEREM TESTADAS

1. Haverá melhora significativa do conhecimento sobre diagnóstico e tratamento do Uso Nocivo e Dependência do Álcool, bem como mudança positiva nas Atitudes da amostra de profissionais que fizeram o curso.
 2. Tanto a mudança das Atitudes como as mudanças de Conhecimento devem permanecer após 2 anos do treinamento.
 3. Para alguns grupos especiais de profissionais, o impacto sobre Atitudes específicas será quantitativamente diferente e essa diferença deverá ter uma correlação com características profissionais dos indivíduos que formaram os grupos.
-

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo experimental de intervenção, longitudinal, não controlado, quantitativo e qualitativo (Woodward, 1999). Um curso com duração de 8 horas, construído pelo autor foi aplicado aos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde durante três dias consecutivos, em julho de 2002. Os sujeitos do estudo foram pareados: cada indivíduo foi comparado consigo mesmo em relação à mudança de Atitudes e de Conhecimento por meio da aplicação de um instrumento de Atitudes e um de Conhecimento em três momentos distintos: antes do curso, imediatamente após o curso e uma medida de *follow-up* de dois anos após o curso, em dezembro de 2004.

3.2 Amostra

Utilizamos uma amostra de conveniência composta de 178 profissionais da saúde que trabalham na rede de Atenção Primária, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e agentes da saúde.

Os dados foram colhidos na cidade de Jundiaí, em julho de 2002, durante três dias consecutivos. Os profissionais foram separados em três grupos, de acordo com as regiões da cidade. O curso foi dividido em duas partes, sendo que a primeira continha o módulo 1: Conceitos Básicos e o módulo 2: Doenças mentais decorrentes do uso, e teve a duração de 4 horas. A segunda parte foi o módulo 3: Tratamento (farmacológico e Intervenção Breve) com duração de 4 horas. Os profissionais foram agrupados de modo que os locais que prestavam assistência não ficassem descobertos. O convite à participação do curso partiu do secretário de saúde, em forma de convocação. Os profissionais podiam escolher realizar o curso e não participar do estudo. O total de profissionais que participaram do curso foi 250, sendo que 178 retornaram as avaliações. Destes, seis indivíduos deixaram de responder a mais de 10% do total de questões e, portanto, foram excluídos da avaliação.

3.2.1 Critérios de inclusão

- Profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde da cidade de Jundiaí-SP que, convidados e suficientemente esclarecidos sobre o estudo, optaram por participar.

3.2.2 Critérios de exclusão

- Profissionais que não atuavam na Rede Primária. Estes, profissionais, se desejassem, podiam participar do curso, mas não do estudo.
- Profissionais que, esclarecidos sobre estudo, optassem por não participar.

3.2.3 Cálculo do tamanho da amostra

Procedeu-se a uma amostra piloto de 72 indivíduos. Aplicou-se o questionário de Atitudes e de Conhecimentos antes e depois do curso. Obteve-se, desta forma, um escore de atitudes antes e depois, sendo calculada a diferença dessas pontuações. Analogamente, foi obtido o escore da diferença das notas de conhecimento. Para o cálculo do tamanho da amostra efetiva, foram utilizadas essas diferenças como variáveis.

A média das diferenças para os escores médios foi de 19,89 (DP=18,48). Para um nível de confiança de 95% e um erro relativo de 14%, seria necessária uma amostra de aproximadamente 170 indivíduos. Para o escore diferença de conhecimento, foi observada uma média das diferenças de 5,25 (DP=3,53). Para um nível de confiança de 95% e um erro relativo de 10%, seria necessário um tamanho de amostra de cerca 174 indivíduos.

Para a elaboração da Análise Fatorial no questionário de Atitudes, Hair, 1998, sugere, no mínimo, o quádruplo do número de itens do questionário, sendo preciso um número mínimo de 100 casos. Para este estudo seriam necessárias 120 observações, o que já está contemplado no tamanho de amostra de 174 casos.

Fórmula do Tamanho da Amostra (Hair et al, 1998):

$$n = \left(\frac{Z_{\gamma} \sigma}{\varepsilon \mu} \right)^2$$

Onde:

γ = Nível de Confiança (em geral, 95%)

Z_{γ} = Percentil γ %

ε = Erro relativo

μ = Média

σ^2 = Desvio padrão

3.3 Construção do modelo de curso

Para construir o modelo de curso usado no estudo, houve que se pensar nos aspectos seguintes: (i) qual seria o conteúdo mais adequado do curso; (ii) qual o tempo ideal de curso; (iii) quais recursos existentes para realização do curso; (iv) quais as demandas e recursos existentes nos Postos de Saúde e Equipes de Saúde da Família, para adequarmos o conteúdo do curso aos recursos que possam ser utilizados; (v) qual o material didático; (vi) qual a didática a ser empregada. Essas necessidades foram supridas com base em várias fontes:

1. Pesquisa na Literatura sobre o que se recomendava em termos de conteúdo para cada nível de treinamento (*Advisory Council on the Misuse Drugs*, por exemplo);
 2. Pesquisa na Literatura sobre modelos de treinamento já desenhados por outros autores e instituições internacionais (NIDA; NIAA, por exemplo);
 3. Uma viagem de três meses a Londres (Inglaterra) para conhecer os modelos de treinamento existentes para os GP (*General Practitioner*), com pesquisa e visitas ao *Maudsley Institute of Psychiatry*, ao Departamento de Enfermagem de *Saint George Medical School* e *Royal Free Hospital*.
 4. Pesquisa na literatura sobre ensino e didática.
-

3.3.1 Material escrito

Com base nos levantamentos anteriores, elaboramos uma apostila contendo três módulos:

Módulo 1: Conceitos básicos da dependência química;

Módulo 2: Doenças mentais associadas à dependência química.

Módulo 3: Tratamento farmacológico e não farmacológico.

A apostila contém todos os *slides* apresentados no treinamento, com espaço para anotações (Anexo 1). Três profissionais de reconhecida experiência na área revisaram seu conteúdo.

3.3.2 Vídeo e animações computadorizadas

Para facilitar o entendimento, principalmente dos mecanismos biológicos da ação do álcool no sistema nervoso e mecanismo de ação dos medicamentos, em parceria com o Departamento de Informática em Saúde, Laboratório de Ensino a Distância, animações computadorizadas que simplificaram muito a compreensão daquelas questões foram desenvolvidas.

Para ilustrar a aplicação da Intervenção Breve, com a colaboração da TV UNIFESP, foi desenvolvido um vídeo demonstrativo do conteúdo de um atendimento a paciente. Foram comentados os passos essenciais da Intervenção Breve (IB). O vídeo tem a duração total de 60 minutos e mostra duas consultas utilizando a técnica de IB – primeiro atendimento e retorno (Anexo 2).

3.3.3 Ensino e didática

Todo o curso foi administrado pelo autor do estudo. A metodologia didática empregada foi a de “Resolução de Problema”. Os problemas eram apresentados pelo treinador, porque na realização do estudo piloto, cujos problemas foram conduzidos pelos profissionais, a tendência foi trazerem à discussão casos clínicos de alta gravidade, os quais realmente fugiam à alçada do profissional que trabalha no contexto da Rede Primária. Como a intenção era o reconhecimento precoce, os problemas foram apresentados

pelo treinador. Para a resolução de um dos problemas contidos na apostila foi utilizada uma das técnicas psicodramáticas: o *role play*. Além dessas técnicas, empregou a técnica expositiva com apresentação de vídeo e animação computadorizada.

O material consultado na literatura para compor o conteúdo do treinamento foi detalhado item 1.4 – Ensino e Dependência Química, na introdução desta Tese.

3.4 Instrumentos de avaliação

O desfecho do estudo é identificar o Conhecimento, as Atitudes e as correlações entre as características profissionais da amostra. O instrumento utilizado foi composto de três partes, sendo que a primeira foi sobre Informações Gerais; a segunda, uma escala sobre Conhecimentos e, por último, a escala de Atitudes.

3.4.1 Informações gerais

Esta parte do questionário contém questões sobre idade; sexo; tempo de trabalho na Rede Básica de Saúde; satisfação no trabalho; satisfação com a remuneração; formação; tempo de formado; treinamento sobre uso indevido de álcool na graduação ou depois de formado e número de pacientes atendidos com problema relacionado ao álcool, semanalmente. Estas variáveis foram desenvolvidas pelo autor, como apresentado no anexo 3.

3.4.2 Escala sobre conhecimentos

Essa parte do questionário contém três questões de múltipla escolha e 15 questões para assinalar verdadeiro ou falso. As questões contemplam o conteúdo técnico ministrado no curso. A escala foi desenvolvida pelo autor e avaliada por três profissionais especialistas em dependência química. Foram distribuídas de acordo com os seguintes tópicos: (i) diagnóstico de Uso Nocivo e Dependência; (ii) quantidade de uso de baixo risco; (iii) diagnóstico das

doenças mentais ou complicações comumente associadas ao uso do álcool (intoxicação aguda; síndrome de abstinência; alucinação alcoólica; deficiências cognitivas e síndrome de Wernick-Korsakoff); (iv) tratamento farmacológico da dependência e das complicações; e (v) Intervenção Breve. A escala está apresentada no anexo 4.

3.4.3 Escala de atitudes

Para avaliar as Atitudes dos profissionais de saúde utilizamos um Instrumento traduzido para a língua portuguesa e previamente validado por Pillon, 1998b, na dissertação de mestrado e 2003, em sua tese de doutorado.

Os Instrumentos foram traduzidos por dois profissionais especialistas em dependência química, do inglês para o português, por um brasileiro com domínio dos dois idiomas; e do português para o inglês, por profissional cuja língua materna era o inglês, mas que domina a língua portuguesa e a temática.

Os Instrumentos estudados foram: (i) *“The Seaman Mannello Nurses”*; (ii) *“Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale”*; (iii) *“The Marcus Alcoholism Questionnaire”*; e *“Attitude Toward Alcoholism Instrument”* desenvolvido por Tolor e Tamerim (1975).

“The Seaman-Mannello Scale” é originalmente composta de 30 avaliações, subdivididas em 5 escalas: (i) escala I – disponibilidade de tratamento; (ii) escala II – satisfação pessoal e profissional em trabalhar com pacientes dependentes de álcool; (iii) escala III - habilidade para ajudar os pacientes; (iv) escala IV – percepção das características pessoais dos pacientes; e (v) escala V - Atitudes pessoais perante uso do álcool. Este instrumento foi desenvolvido e validado por Seaman e Mannello, 1978.

“The Marcus Alcoholism Questionnaire” (Marcus, 1990) é originalmente composto de 40 avaliações divididas em: (i) Atitudes em face dos aspectos sociais referentes à dependência química; (ii) Atitudes em face dos aspectos psicológicos; (iii) Atitudes em face dos aspectos morais; e (iv) Atitudes em face dos aspectos etiológicos doença. Este instrumento, canadense, foi utilizado por Ferneau, 1988 e Allen, 1993.

“*Attitude Toward Alcoholism Instrument*” foi desenvolvido e validado por Tolor e Tamerim, 1975. É composto de 24 avaliações divididas em seis categorias: (i) etiologia psicológica; (ii) etiologia biológica (genética); (iii) etiologia moral; (iv) etiologia doença física; (v) rejeição social; e (vi) modelo de tratamento adequado. Esta escala foi utilizada também por Sullivan, 1987 e Engs, 1982.

Para a padronização das respostas, os instrumentos foram empregados na forma *Likert*: “concordo muito” = 1 a “discordo muito” = 5.

Pillon, 1998, realizou um estudo psicométrico pelo do método da Análise Fatorial, identificando que, para cada escala, houve três fatores principais. O Instrumento de Tolor e Tamerin foi reduzido a três fatores: (i) moral; (ii) doença; (iii) natureza do alcoolismo. O Instrumento de Marcus apresentou fatores como: (i) psicológico/físico; (ii) natureza do alcoolismo e (iii) moral. A escala de Seamann e Mannello: (i) doença/etiológica; (ii) beber seguro/alcoolismo; (iii) Atitudes profissionais.

As três escalas foram agrupadas em um único questionário com a finalidade de avaliar suas diferenças e semelhanças, pois, aparentemente, as Atitudes eram muito parecidas. Por outro lado, haveria superposição de vários itens, como observado no estudo individual dos fatores, no qual se constatou que determinados fatores foram compartilhados pelas três escalas. Os itens foram agregados ao acaso, compondo uma miscelânea que formatou 94 itens. Entretanto, por várias razões, como: (i) indisponibilidade de versões completas; (ii) duplicações de questões; (iii) baixos valores de Carga Fatorial; e (iv) traduções ambíguas – a escala resultou em 66 variáveis.

A partir dos estudos de Pillon, 2003, optamos por utilizar o mesmo questionário para o presente estudo, pois é um instrumento já validado e que, no momento, nos otimiza o tempo e facilita o direcionamento do nosso objetivo. O ideal seria desenvolver um novo questionário direcionado para a avaliação das Atitudes (moral, doença, etiológico, profissional e pessoal) de acordo com os principais temas discutidos durante o curso-intervenção que foi oferecido aos profissionais da Rede Primária de Saúde. A escala está apresentada no anexo 5.

4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, todos os itens do questionário de atitudes foram analisados descritivamente por intermédio de valores mínimos e máximos, dos quartis, do cálculo de médias e desvios padrão. As notas de conhecimento foram obtidas totalizando-se as respostas corretas. As respostas em branco ou “não sei” tiveram a sua pontuação zerada.

Para os escores de atitudes totais e notas de conhecimento antes e depois, a representação gráfica dos quartis, mínimo, máximo e *outliers*, foi feita com os diagramas de *Box-Plot*. Para analisar a hipótese de igualdade de médias dos itens, dos escores totais de atitudes e notas de conhecimento antes e depois foi empregado o teste t de Student para amostras pareadas.

Para facilitar o entendimento dos 24 itens de atitudes dos alunos frente aos dependentes de droga e álcool, foi feita uma análise fatorial (Kin, 1990) nos 24 itens do questionário aplicados antes do curso. Em seguida, utilizando-se os fatores obtidos, foram determinados a quantidade e os grupos de entrevistados por análise de agrupamento - análise de Cluster (Everitt, 1974). A análise de agrupamento permitiu a formação de grupos de alunos com diferentes perfis de atitudes. Dessa forma, também foi possível avaliar o efeito do curso sobre os grupos, tanto em termos de atitudes como de conhecimentos, por meio da Análise de Variâncias (Altman, 1991) com medidas repetidas. Um dos pressupostos da Análise de Variâncias (ANOVA) é a homocedasticidade (variâncias iguais entre os grupos). Em caso de violação desta suposição, a estatística do teste (F) teve os seus graus de liberdade corrigidos (Correção de Brown-Forsythe). Nos casos em que a ANOVA foi significativa, foram realizadas comparações múltiplas de Duncan (homocedasticidade) ou C de Dunnett (heterocedasticidade) para detectar quais grupos são diferentes (Altman, 1991).

Para avaliar separadamente em cada grupo os efeitos do curso sobre atitudes e conhecimento, novamente foi aplicado o teste t de Student. Entretanto, para grupos com pequeno número de casos, adotou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon (Siegel, 2000). A fim de analisar a homogeneidade da distribuição dos níveis das variáveis socio demográficas, formação acadêmica e profissional nos grupos foi usado o teste de Qui-quadrado e, em sendo esse

teste inadequado (caselas com valores esperados inferiores a cinco casos), empregou-se teste exato de Fisher. Para todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5%. A Figura 8 mostra, em forma de organograma, os métodos utilizados.

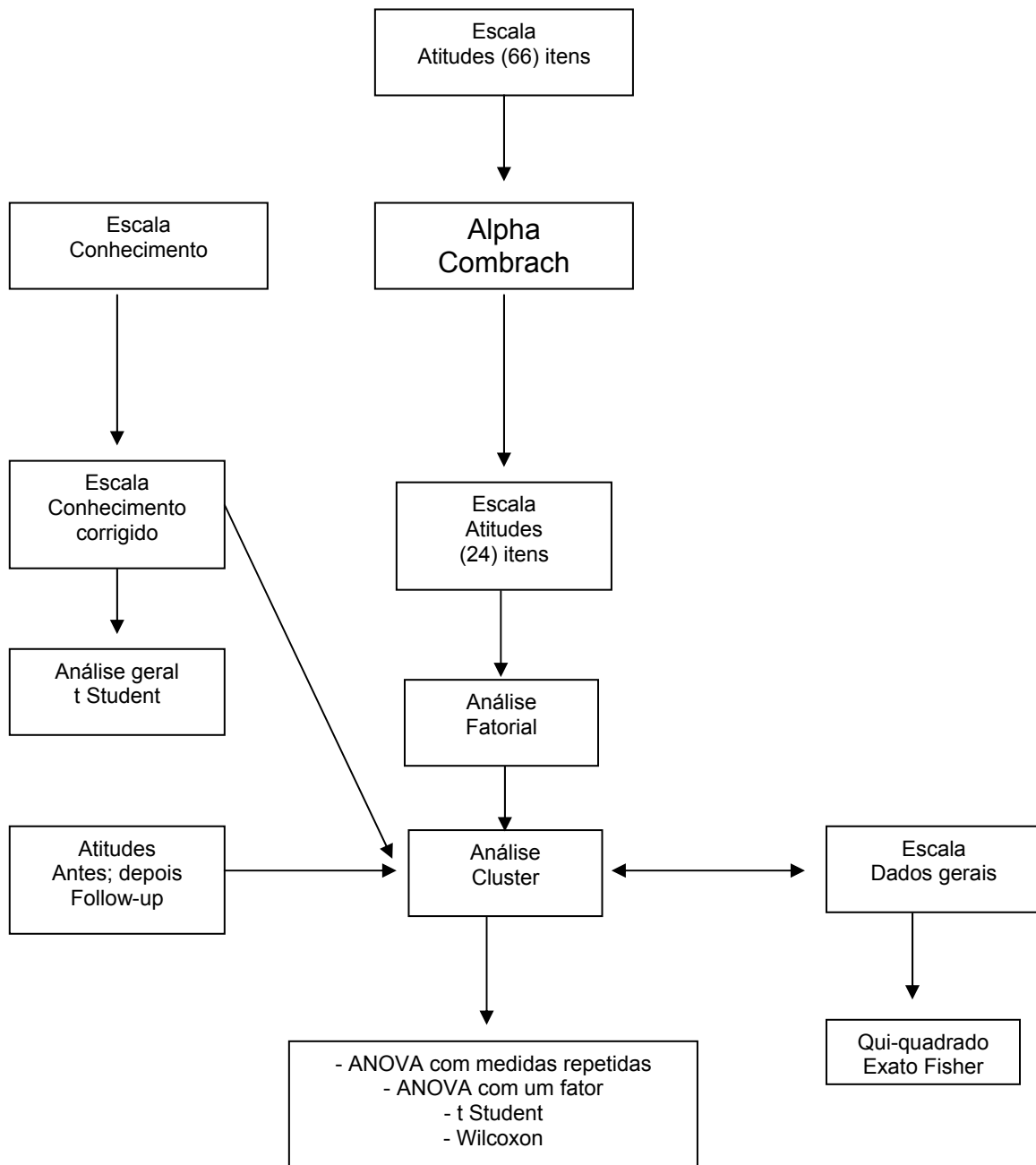


Figura 8 – Esquema dos métodos estatísticos utilizados.

5. ASPECTOS ÉTICOS

O curso foi ministrado em local estabelecido pela prefeitura de Jundiaí-SP. Os participantes foram devidamente informados sobre o estudo. Os que desejaram participar assinaram um termo de livre esclarecimento (Anexo 10), sendo garantidos anonimato e sigilo. Os profissionais foram informados previamente sobre natureza, conteúdo e destino das escalas, além do uso único e exclusivo para finalidade acadêmica. Para fazer a comparação pareada utilizou-se um código, como consta nos anexos 4, 5 e 6.

6. RESULTADOS

6.1 Estudo piloto

Em novembro de 2000, o modelo de curso construído foi, pela primeira vez, aplicado a uma amostra de 76 profissionais da Comunidade Vale do Rio Trombetas, no Pará. Trata-se de uma comunidade instalada às margens do Rio Trombetas. Os moradores foram se deslocando para a região; a princípio, os trabalhadores, mas, gradativamente, os familiares. Com o crescimento da indústria, a comunidade também cresceu, demandando uma rede de serviços que abrange de uma variedade de comércios, dentre os quais se destacam os bares, com fácil acesso à bebida alcoólica, até escolas, clubes, ambulatórios de saúde e um hospital de clínicas com uma diversidade de profissionais da saúde.

Utilizando-se de uma amostra de conveniência, composta de profissionais da saúde dos ambulatórios e do pronto atendimento do hospital, o curso foi ministrado a 76 profissionais. Como quatro deles não responderam a mais do que 10% dos questionários de Atitudes e de Conhecimento, não foram incluídos na análise.

Os objetivos do estudo piloto foram: (i) apresentar para uma amostra de profissionais todo o material desenvolvido e obter retorno avaliando a didática, o material do curso e (ii) fazer uma análise dos instrumentos Atitudes e Conhecimento visando ajustes necessários. O resultado do estudo piloto é apresentado nos itens subseqüentes.

6.1.1 Análise da escala de atitudes

Quatro sujeitos: 25, 42, 44, 46 não foram considerados para as análises porque deixaram de responder a mais de 10 % do questionário de Atitude. Quando a porcentagem de não-resposta foi inferior a 10 %, os itens não respondidos foram considerados como “não sei”. O questionário de Atitudes, composto de 66 questões, foi avaliado por intermédio do “alpha de Combrach”. Os resultados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise de itens confiabilidade (“alpha de Cronbach”) das atitudes antes e depois do curso

	ANTES		DEPOIS	
	Correlação Item-Total Corrigido	Alpha	Correlação Item-Total Corrigido	Alpha
A1	0,45*	0,79	0,22*	0,84
A2	0,27*	0,79	0,27*	0,84
A3	0,18	0,80	0,31*	0,84
A4	0,06	0,80	-0,08	0,85
A5	0,45*	0,79	0,16	0,84
A6	0,15	0,80	0,20	0,84
A7	0,04	0,80	0,01	0,84
A8	0,44*	0,79	0,00	0,84
A9	0,00	0,80	0,01	0,84
A10	0,23*	0,79	0,46*	0,84
A11	0,38*	0,79	0,19	0,84
A12	0,34*	0,79	0,36*	0,84
A13	0,24*	0,79	0,17	0,84
A14	0,32*	0,79	0,12	0,84
A15	0,21	0,80	0,42*	0,84
A16	0,10	0,80	0,36*	0,84
A17	-0,08	0,80	-0,28	0,85
A18	0,04	0,80	0,24*	0,84
A19	-0,15	0,80	0,02	0,84
A20	0,10	0,80	0,38*	0,84
A21	0,40*	0,79	0,31*	0,84
A22	0,15	0,80	0,04	0,84
A23	0,35*	0,79	-0,08	0,85
A24	0,11	0,80	0,01	0,84
A25	0,46*	0,79	0,42*	0,84
A26	0,12	0,80	0,07	0,84
A27	0,32*	0,79	0,29*	0,84
A28	0,37*	0,79	0,23*	0,84
A29	0,40*	0,79	0,06	0,84
A30	0,33*	0,79	0,12	0,84
A31	0,20*	0,80	-0,17	0,85
A32	0,36*	0,79	0,20	0,84
A33	0,39	0,79	0,29*	0,84
A34	-0,27	0,81	-0,31	0,85
A35	0,21	0,80	0,48*	0,84
A36	0,36*	0,79	0,40*	0,84

(continuação)

	ANTES		DEPOIS	
	Correlação Item-Total Corrigido	Alpha	Correlação Item-Total Corrigido	Alpha
A37	0,42*	0,79	0,32*	0,84
A38	-0,11	0,80	0,54*	0,84
A39	0,24*	0,79	0,50*	0,84
A40	-0,05	0,80	0,41*	0,84
A41	0,32*	0,79	0,27*	0,84
A42	0,20	0,80	0,13	0,84
A43	0,32*	0,79	0,75*	0,83
A44	0,11	0,80	0,32*	0,84
A45	0,02	0,80	-0,12	0,85
A46	0,20	0,80	0,50*	0,84
A47	0,40*	0,79	0,23*	0,84
A48	-0,33	0,81	0,25*	0,84
A49	0,35*	0,79	0,41*	0,84
A50	0,47*	0,79	0,63*	0,83
A51	0,07	0,80	0,30*	0,84
A52	0,37*	0,79	0,56*	0,83
A53	0,17	0,80	0,21	0,84
A54	0,39*	0,79	0,07	0,84
A55	0,16	0,80	0,41*	0,84
A56	0,27*	0,79	0,57*	0,83
A57	0,19	0,80	0,32*	0,84
A58	0,13	0,80	0,63*	0,83
A59	0,32*	0,79	0,52*	0,84
A60	0,22*	0,80	0,43*	0,84
A61	0,16	0,80	0,02	0,85
A62	0,32*	0,79	0,47*	0,84
A63	-0,22	0,81	-0,19	0,85
A64	0,18	0,80	0,19	0,84
A65	0,34*	0,79	0,55*	0,83
A66	0,34*	0,79	0,50*	0,84
alpha de Cronbach	0,798		0,843	

* Itens significativos: correlação acima de 0,22; tamanho de amostra de 72 casos; nível de significância 5%.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 1, o questionário de Atitudes (Anexo 6) tem uma boa confiabilidade, de 0,80 para a primeira etapa da pesquisa (antes) e de 0,84 para a segunda etapa (depois).

As correlações item-total para todas as questões da escala de Atitudes nos dois momentos da pesquisa estão apresentadas na tabela. Embora a confiabilidade se mostre boa, temos evidência de que o comportamento de vários itens não é compatível com o escore total das Atitudes (sua correlação com o escore total, desconsiderando o próprio item, não é significativa). Isso pode significar que existam muitos fatores relacionados às Atitudes. Uma análise fatorial exploratória revelou 20 fatores para a primeira etapa da pesquisa.

Assim, com base nestes resultados, podemos dizer que a escala de Atitudes não precisa ter tantas variáveis e pode ficar menor. Utilizando apenas os itens cuja significância estatística da correlação seja inferior a 5%, teremos um questionário com 24 itens. No final, com a escala menor, o alpha de Combrach aumentou para 0,81 na primeira etapa da pesquisa (antes do curso) e para 0,86, depois do curso.

6.1.2 Análise da escala de conhecimentos

O questionário de conhecimento (Anexo 5) foi elaborado pelo autor contemplando especificamente o conteúdo desse curso. Assim, foi construído um questionário com 18 questões. As três primeiras foram do tipo múltipla escolha e as 15 restantes foram do tipo Verdadeiro ou Falso. A Tabela 2 mostra a porcentagem de acerto nas questões de múltipla escolha.

Tabela 2 – Porcentagem de acertos nas questões 1, 2 e 3 antes e depois do curso

			ANTES			DEPOIS			
			N	%	% válido	N	%	% válido	
Q1	Responde	A	13	17,1	18,3	2	2,6	2,7	
		B*	15	19,7	21,1	34	44,7	46,6	
		C	1	1,3	1,4	3	3,9	4,1	
		D	39	51,3	54,9	33	43,4	45,2	
		E	3	3,9	4,2	1	1,3	1,4	
		Total	71	93,4	100,0	73	96,1	100,0	
		Não responde	999	5	6,6		3	3,9	
Q2	Responde	A	23	30,3	36,5	5	6,6	6,8	
		B*	31	40,8	49,2	64	84,2	87,7	
		C	8	10,5	12,7	3	3,9	4,1	
		D	1	1,3	1,6	1	1,3	1,4	
		Total	63	82,9	100,0	73	96,1	100,0	
		Não responde	999	13	17,1		3	3,9	
		Q3	Responde	A	4	5,3	6,3	3	3,9
B	25			32,9	39,7	1	1,3	1,4	
C	22			28,9	34,9	6	7,9	8,2	
D*	11			14,5	17,5	63	82,9	86,3	
E	1			1,3	1,6	73	96,1	100,0	
Total	63			82,9	100,0	3	3,9		
Não responde	999			13	17,1				

* Respostas corretas.

A Tabela 2 mostra o número de sujeitos segundo as alternativas de resposta, e as porcentagens totais, considerando todas as respostas dos avaliados – incluindo os que não responderam e a porcentagem válida, que considera só os indivíduos que responderam a todas questões.

Na questão 1, observamos que no primeiro momento (antes) só acertaram a resposta 19,4% dos avaliados. No segundo momento (depois), a

porcentagem aumentou para 44,7%. Na questão 2, no primeiro momento (antes) só acertaram a resposta 40,8% dos avaliados. No segundo momento (depois), a porcentagem aumentou para 82,9%. Para a questão 3, no primeiro momento (antes) só acertaram a resposta 14,5% dos indivíduos e, no segundo momento (depois), a porcentagem foi 84,2%. As questões com alternativas de respostas Verdadeiro ou Falso foram avaliadas separadamente. A Tabela 2 mostra a porcentagem de acertos nas questões 1, 2 e 3.

Tabela 3 – Porcentagem de acertos no teste antes e depois do Curso

			ANTES			DEPOIS		
			N	%	% valido	N	%	% valido
T01	Responde	F*	27	35,5	36,5	48	63,2	64
		v	47	61,8	63,5	27	35,5	36
		Total	74	97,4	100,0	75	98,7	100,0
	Não responde		2	2,6		1	1,3	
T02	Responde	F*	47	61,8	67,1	41	53,9	54,7
		v	23	30,3	32,9	34	44,7	45,3
		Total	70	92,1	100,0	75	98,7	100,0
	Não responde		6	7,9		1	1,3	
T03	Responde	f	30	39,5	42,9	1	1,3	1,3
		V*	40	52,6	57,1	74	97,4	98,7
		Total	70	92,1	100,0	75	98,7	100,0
	Não responde		6	7,9		1	1,3	
T04	Responde	F*	33	43,4	63,5	22	28,9	31,9
		v	19	25,0	36,5	47	61,8	68,1
		Total	52	68,4	100,0	69	90,8	100,0
	Não responde		24	31,6		7	9,2	
T05	Responde	f	14	18,4	25,5	6	7,9	8,3
		V*	41	53,9	74,5	66	86,8	91,7
		Total	55	72,4	100,0	72	94,7	100,0
	Não responde		21	27,6		4	5,3	
T06	Responde	f	28	36,8	52,8	32	42,1	43,8
		V*	25	32,9	47,2	41	53,9	56,2
		Total	53	69,7	100,0	73	96,1	100,0
	Não responde		23	30,3		3	3,9	
T07	Responde	F*	8	10,5	11,4	27	35,5	36,5
		v	62	81,6	88,6	47	61,8	63,5
		Total	70	92,1	100,0	74	97,4	100,0
	Não responde		6	7,9		2	2,6	
T08	Responde	F*	24	31,6	33,8	47	61,8	64,4
		v	47	61,8	66,2	26	34,2	35,6
		Total	71	93,4	100,0	73	96,1	100,0
	Não responde		5	6,6		3	3,9	
TA09	Responde	F*	10	13,2	15,6	45	59,2	60,8
		v	54	71,1	84,4	29	38,2	39,2
		Total	64	84,2	100,0	74	97,4	100,0
	Não responde		12	15,8		2	2,6	
T10	Responde	F*	13	17,1	19,1	40	52,6	54,1
		v	55	72,4	80,9	34	44,7	45,9
		Total	68	89,5	100,0	74	97,4	100,0
	Não responde		8	10,5		2	2,6	
T11	Responde	f	9	11,8	20,9	3	3,9	4,2
		V*	34	44,7	79,1	69	90,8	95,8
		Total	43	56,6	100,0	72	94,7	100,0
	Não responde		33	43,4		4	5,3	
T12	Responde	F*	11	14,5	26,8	39	51,3	54,9
		v	30	39,5	73,2	32	42,1	45,1
		Total	41	53,9	100,0	71	93,4	100,0
	Não responde		35	46,1		5	6,6	
T13	Responde	F*	9	11,8	23,1	28	36,8	40,6
		v	30	39,5	76,9	41	53,9	59,4
		Total	39	51,3	100,0	69	90,8	100,0
	Não responde		37	48,7		7	9,2	
T14	Responde	F*	11	14,5	17,5	62	81,6	87,3
		v	52	68,4	82,5	9	11,8	12,7
		Total	63	82,9	100,0	71	93,4	100,0
	Não responde		13	17,1		5	6,6	
T15	Responde	f	11	14,5	25,0	5	6,6	7,4
		V*	33	43,4	75,0	63	82,9	92,6
		Total	44	57,9	100,0	68	89,5	100,0
	Não responde		32	42,1		8	10,5	

* Respostas corretas.

A Tabela 3 indica o número de sujeitos para cada item do teste. As porcentagens totais, considerando as não-respostas e as porcentagens válidas, considerando os indivíduos que responderam a todas as questões. Podemos observar que, em todos os casos, a porcentagem de acertos antes do curso aumenta no segundo momento (depois do curso), exceto os itens T2 e T4. Em T2, o acerto da resposta antes passou de 61,8% para 53,9% depois. Em T4, o acerto da resposta antes passou de 43,4% para 28,9% depois.

Também observamos que os maiores aumentos da resposta correta aconteceram nos itens T3, T11, T5 e T15. No T3, o acerto da resposta passou de 52,6% para 97,4% depois. No T11, o acerto da resposta passou de 44,7% para 90,8%. Em T5, o acerto da resposta passou de 53,9% para 86,8% e, em T15, o acerto da resposta passou de 43,4% antes para 82,9% depois.

6.1.3 Análise da não resposta no teste de conhecimentos

Tabela 4 – Estatísticas descritivas para as não respostas

	Não resposta antes (Q1-Q3)	Não resposta antes (T1-T15)	Não resposta Antes (Q+T)	Não resposta depois (Q1-Q3)	Não resposta depois (T1-T15)	Não resposta (Q+T)
Média	12,72	23,07	21,35	3,95	4,82	4,68
Desvio padrão	27,74	27,49	26,14	18,03	14,30	13,97
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Maximo	100	100	100	100	100	100

Na Tabela 4 verificamos que as médias de não-respostas são mais altas antes do curso, tanto para as questões de múltipla escolha como para o teste Verdadeiro ou Falso. Como o questionário não continha a alternativa de resposta “não sei”, é possível que as pessoas tendessem a não responder se não soubessem o assunto da questão. Após o curso, a porcentagem de não-resposta diminuiu, talvez por ter aumentado o número de pessoas que sabiam a resposta correta. Assim, antes do curso, a média é 12,72% de não-

reposta. Depois do Curso a porcentagem diminuiu para 3,95%. Para o teste Verdadeiro ou Falso, antes a média de não-resposta foi 23,07%. Após o curso a porcentagem média foi 4,82%. Finalmente, no conjunto da prova de Conhecimentos (questionário de múltipla escolha e teste Verdadeiro ou Falso) a taxa de não-resposta antes caiu de 21,35% para 4,68% depois do curso. Os dados nos sugerem que seria importante colocar a alternativa de resposta “não sei” nos itens do questionário de Conhecimento. A Tabela 5 mostra o número de sujeitos que não responderam às questões de múltipla escolha antes e após o curso.

Tabela 5 – Distribuição de sujeitos por número de questões não respondidas do questionário de conhecimentos

Questões não respondidas	ANTES		DEPOIS	
	Sujeitos	% Sujeitos	Sujeitos	% Sujeitos
0	60	78,9	72	94,7
1	7	9,2	1	1,3
2	5	6,6	1	1,3
3	4	5,3	2	2,6
Total	76	100	76	100

Nota-se que a porcentagem de não-resposta diminuiu na segunda avaliação. Assim, a porcentagem de sujeitos que responderam todas as questões aumentou de 78,9%, antes do curso para 94,7%, depois do curso. A porcentagem de sujeitos que não respondeu a uma questão caiu de 9,2% para 1,3% depois; para os que não responderam duas questões, a porcentagem caiu de 6,6% para 1,3%. A porcentagem de sujeitos que não responderam três questões caiu de 5,3% para 2,6%, depois do curso. A mesma análise foi realizada com os testes Verdadeiro ou Falso. Os resultados estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição de sujeitos por número de perguntas não respondidas do teste de Conhecimento

Número de questões não respondidas	ANTES		DEPOIS	
	Sujeitos	% Sujeitos	Sujeitos	% Sujeitos
0	37	48,7	57	75,0
1	1	1,3	11	14,5
2	1	1,3	3	3,9
3	5	6,6	1	1,3
4	3	3,9		
5	5	6,6		
6	4	5,3	2	2,6
7	7	9,2	1	1,3
8	3	3,9		
9	4	5,3		
10	2	2,6		
13	2	2,6		
14	1	1,3		
15	1	1,3	1	1,3
Total	76	100	76	100

A porcentagem de não-resposta diminuiu na segunda avaliação do teste. Assim, a porcentagem de sujeitos que responderam todos os itens aumentou, de 48,7% para 75% depois do curso ministrado.

Do estudo piloto, podem-se concluir aspectos de fundamental importância para o nosso estudo, quais sejam:

(i) a escala de Atitudes pode ser reduzida a 24 questões, facilitando sua aplicação e posterior estudo. Ao aplicar a Análise Fatorial no estudo final, pudemos utilizar uma amostra de menor tamanho (já que a literatura [Child, 1990] recomenda cinco medidas para cada item da escala a ser submetida à Análise Fatorial). Com 66 itens, necessitaríamos de uma amostra de 330 indivíduos. Com 24 itens, o tamanho da amostra se reduz para 120, aumentando a viabilidade do estudo.

(ii) Em relação ao questionário de Conhecimento, seria importante rever a questão número 1 de múltipla escolha. Embora a porcentagem de acertos tenha aumentado, houve uma alternativa cujo aumento de resposta concorre com a resposta correta. Trata-se do item “d”. A questão pode estar ambígua ou o curso não ter salientado o suficiente os pontos que diferenciam as respostas d (não correta), da b (correta).

(iii) Ainda sobre o questionário de Conhecimento, a falta da alternativa de resposta “não sei” pode deixar a dúvida: os indivíduos não responderam às questões antes do curso porque não sabiam ou por outro motivo qualquer.

(iv) Os dados resultantes do estudo piloto foram um dos parâmetros para o cálculo do tamanho da amostra para o estudo final.

6.2 Estudo final

6.2.1 Caracterização da amostra

A amostra consiste em 178 profissionais da saúde que trabalham na Rede de Atenção Primária da cidade de Jundiaí – São Paulo. O secretário de saúde local convidou os profissionais da Equipe de Saúde da Família e aqueles dos 32 Postos de Saúde distribuídos pela cidade. Todos foram convidados: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e profissionais de nível técnico (enfermagem e agentes de saúde).

Foram empregados três instrumentos diferentes: (i) Dados Gerais; (ii) Atitude; e (iii) Conhecimento (respectivamente, Anexos 4, 5 e 6). Os questionários foram aplicados antes do curso, imediatamente após e depois de 2 anos do curso ministrado. Convidaram-se 550 profissionais para assistir ao curso. Participaram dele, entretanto, apenas 250 (45,4%); 178 (71,2%) dos 250 profissionais responderam aos questionários. Dos 178 indivíduos, 26 deles deixaram de responder parte das questões. Desses, cinco indivíduos não responderam a mais de 10% dos itens, quando aplicado o instrumento

antes do curso. Depois de ministrado o curso, 36 indivíduos não responderam parte do questionário, sendo que seis entrevistados não responderam a mais de 10% dos itens. Assim, esses seis indivíduos que não responderam a mais do que 10% dos itens, tanto antes como depois do Curso, foram eliminados do estudo. O tamanho final da amostra foi 172 casos (96,6% dos que participaram do estudo). A Figura 9 apresenta um organograma da amostra.

Da amostra final, 19 profissionais eram enfermeiros (11%); 23 (13,4%) eram técnicos de enfermagem ou agentes de saúde; 10 psicólogos (5,8%) e 100 médicos (58,1%). Dos 172 profissionais, 71 (41,3%) estavam formados entre 1 e 9 anos; 101 (58,7%) estavam formados a mais de 10 anos.

A distribuição do sexo foi 45,6% masculino e 54% feminino. A distribuição de idade foi de idade foi: 56 (36%) menores de 30 anos; 84 (84%) entre 31 e 50 anos e 32 (32%) maiores de 50 anos. A maioria dos profissionais trabalha na Rede Primária de Saúde entre 3 e 6 anos: n=73 (42,4%). A minoria trabalha mais de sete anos: n=33 (19,2%). Os profissionais que trabalham há menos de dois anos são 66 (38,4%).

Quanto à satisfação com o trabalho desempenhado, 92 profissionais (53,5%) sentem-se satisfeitos; 60 (34,9%) sentem-se um pouco satisfeitos; 1 (6%) sente-se plenamente satisfeitos e 19 (11%) deles não se sentem nem um pouco satisfeitos. A maioria trabalha em dois empregos: n=116 (67,8%); 38 (22,2%) trabalham em mais de três empregos e 17 (9,9%) trabalham unicamente na Rede de Atenção Primária.

O número de pacientes atendidos por jornada de trabalho é considerado mais do que suficiente por 103 profissionais (59,9%), e muito além da capacidade por 17 profissionais (9,9%). Consideraram suficiente o número de atendimentos, 52 profissionais (30,2%). Quanto à satisfação com a remuneração, pouco mais da metade dos profissionais não se sente bem remunerada no trabalho na Rede Primária: n=101 indivíduos (58,7%). Os outros 71 profissionais (41,3%) sentem-se bem remunerados.

O trabalho em equipe é considerado bom, com boas trocas de experiência e discussão de casos por apenas 2 profissionais (1,2%); o

relacionamento é considerado bom, porém sem espaço para troca de experiência e nem discussão de casos por 97 profissionais (56,4%). Já 73 indivíduos (42,4%) consideraram o relacionamento entre a equipe ruim e com conflitos constantes.

Outro dado importante, que diz respeito ao objetivo do presente estudo, é o treinamento recebido na graduação sobre dependência química: a maioria dos profissionais não recebeu nenhum treinamento em dependência e uso de álcool na graduação: n=107 profissionais (62,2%). Por outro lado, 54 profissionais (31,4%) tinham recebido algum treinamento e 11 (6,4%) não se lembravam. Depois de formados, apenas cinco profissionais tinham recebido treinamento sobre álcool (2,9%). A grande maioria, 165 deles (95,9%) não recebeu nenhum treinamento. Apenas dois profissionais (1,2%) não se lembravam. Apesar da falta de treinamento na área, os profissionais estavam atendendo, em média, quatro pacientes ou menos com diagnóstico de dependência do álcool: n=113 profissionais (65,7%); os outros 59 (34,3%) estavam atendendo, naquele período, mais de cinco pacientes com dependência química.

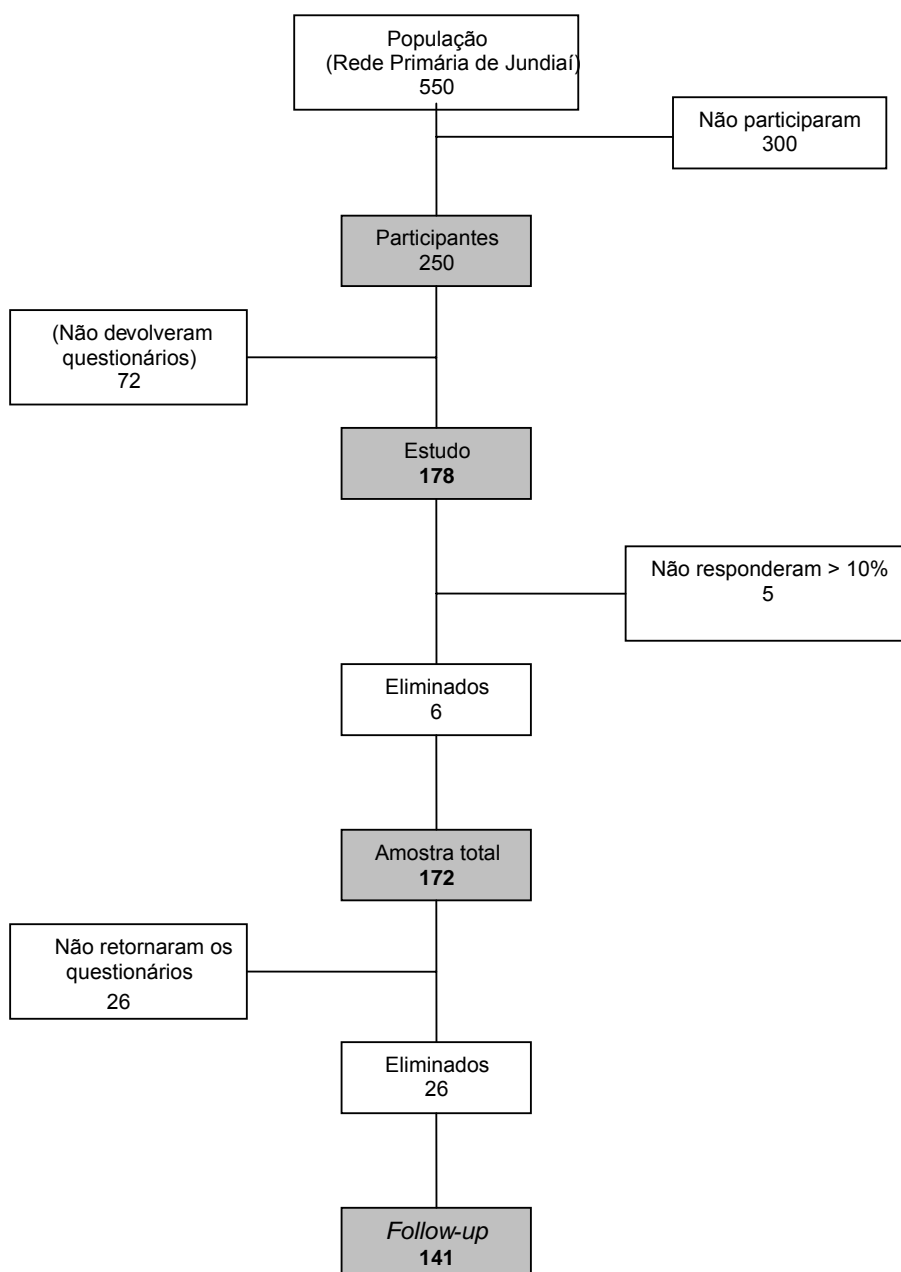


Figura 9 – Organograma da composição da amostra (de conveniência).

6.2.2 Análise geral da mudança de atitudes

Como resultado da análise da escala de Atitudes no estudo piloto, todos os itens do questionário cuja correlação com o escore total formado pelos demais itens não apresentou significância estatística menor que 5% foram eliminados. O questionário, que continha 66 itens, passou a ter 24 e apresentou alpha de Combrach de 0,81 no resultado da aplicação antes do curso ministrado e 0,86, nos resultados da segunda aplicação (imediatamente após o curso).

A escala de Atitudes ficou, portanto, com 24 itens, 13 deles relacionados diretamente com álcool ou usuário de álcool. Os itens restantes (11) referem-se ao uso ou ao usuário de drogas. Pelas características do curso ministrado, como já exposto, o álcool foi tratado como uma droga psicotrópica qualquer, de modo que os itens ligados à droga são perfeitamente aplicáveis ao álcool. Tentou-se não fazer uma separação arbitrária entre álcool e outras drogas: as duas classes de substâncias, nos aspectos em que são comuns, foram tratadas como sinônimos. A Tabela 7 mostra as questões da escala de Atitudes (24 itens) que apresentaram correlação entre cada item e escore total com nível de significância de 5%.

Tabela 7 – Questões para avaliação das Atitudes, resultado de análise prévia da escala que originalmente continha 66 itens

-
-
1. Eu não me sinto preparado para falar com um paciente sobre seu uso de álcool.
 2. As pessoas fazem uso de drogas porque querem.
 3. Falta uma boa educação moral e religiosa para o usuário de drogas.
 4. Dependentes de drogas são doentes incuráveis.
 5. Estou preparado para ajudar o paciente a aprender a usar suas experiências anteriores e tentar parar de usar drogas no seu atual tratamento.
 6. Embora eu possa ajudar o usuário de drogas ele ainda vai continuar usando.
 7. Considero uma invasão de privacidade falar sobre o uso de drogas com o paciente.
 8. Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os prejuízos da continuidade do uso de álcool.
 9. Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os benefícios de parar de beber.
 10. O alcoólatra nunca consegue beber menos do que ele deseja.
 11. Eu não estou preparado para falar com um paciente sobre seu uso de drogas.
 12. A maioria dos alcoólatras vai continuar bebendo independente da ajuda do profissional.
 13. Estou preparado para ajudar o paciente a aprender a usar suas experiências anteriores de tentar de parar de beber no atual tratamento.
 14. O alcoólatra é uma pessoa fraca moralmente.
 15. Estou preparado para ajudar o paciente a perceber situações e fatores de risco para recaída no uso de drogas.
 16. Tenho medo da reação de um usuário de drogas às perguntas feitas durante a entrevista.
 17. O alcoolismo é sinal de fraqueza de personalidade.
 18. Uma boa educação moral e religiosa é o que falta para o alcoólatra.
 19. A maioria dos pacientes usuários de drogas é de pessoas desagradáveis.
 20. O alcoólatra não consegue controlar a bebida após tomar o primeiro gole.
 21. O usuário geralmente é um desempregado.
 22. A maioria dos pacientes alcoólatras é desagradável.
 23. O usuário de drogas sempre mente.
 24. Os alcoólatras são doentes incuráveis.
-
-

A escala de Atitudes, apresentada na Tabela 7, foi aplicada em três momentos: antes do curso; imediatamente após e depois de 2 anos que o curso foi ministrado. Inicialmente, analisaremos as mudanças de Atitudes entre os dois primeiros momentos de aplicação do instrumento: antes e imediatamente após. O instrumento foi aplicado na forma *Liket*, sendo as pontuações assim representadas: concordo muito=1; concordo=2; não sei=3; discordo=4; discordo muito=5.

Procedeu-se a uma análise geral das médias de pontuações antes e depois; erro padrão e desvio padrão. A diferença entre as médias foi testada pelo teste t de Student com alfa menor do que 5%. A Tabela 8 apresenta essas medidas-resumo para cada item da escala Atitudes. Podemos observar mudanças significativas das Atitudes nos itens 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15.

Os itens 5, 8, 9, 13, e 15 mostram diminuição do escore médio depois da administração do curso. Entretanto, o teste t de Student para amostras pareadas foi altamente significativo ($p\text{-value} < 0,0001$ em todos os itens). Isso se deve ao fato de as questões estarem orientadas de tal modo que quanto maior o escore, mais negativas são as Atitudes relacionadas àqueles itens. É, portanto, de se esperar que após o treinamento o escore médio diminua e, quanto menor o escore, mais positivas são as Atitudes. Por exemplo, reportemo-nos à questão 8: “estou preparado para ajudar o paciente a identificar os prejuízos da continuidade do uso do álcool”. Pela escala, quanto maior a discordância do profissional sobre a frase, maior a pontuação e mais negativas as Atitudes. A diferença negativa das pontuações médias indica que, após o treinamento, um número significativo de profissionais passou a concordar com a frase, diminuindo, portanto, a pontuação média e melhorando as Atitudes em relação ao item.

Para alguns itens do questionário, a mudança de Atitudes não foi significativa ou piorou após o curso. Isso pode ter ocorrido por, pelo menos, dois fatores: (i) o curso não foi suficientemente eficaz nesses aspectos por não ter enfatizado a questão ou por tê-la omitido; (ii) a redação do item não está suficientemente esclarecedora ou está ambígua. A diferença das médias

de Atitudes antes e depois do curso não foi significativa nos itens 4 ($p\text{-value} = 0,7365$); 6 ($p\text{-value} = 0,2707$); 12 ($p\text{-value} = 0,6075$); 20 ($p\text{-value} = 0,6075$); 23 ($p\text{-value} = 0,2239$) e 24 ($p\text{-value} = 0,2790$).

A Tabela 9 mostra os itens cujo teste t de Student para amostras pareadas para as diferenças das médias apresentou significância. A Tabela 10 indica os itens cujo teste t de Student para amostras pareadas não mostrou significância de acordo com alfa adotado *a priori* ($\alpha < 5\%$).

Tabela 8 – Resultado dos escores: média, erro padrão, desvio padrão, percentis e teste t de Student com o respectivo *p-value* segundo cada item da escala de Atitudes

Itens	Média	Erro padrão	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Percentis			t Student	p-value
						25	50	75		
A1	2,91	0,10	1,31	1	5	2,00	3,00	4,00	-7,43	< 0,0001
D1	3,87	0,09	1,13	1	5	3,00	4,00	5,00		
A2	3,36	0,09	1,23	1	5	2,00	4,00	4,00	-2,63	0,0093
D2	3,65	0,10	1,32	1	5	3,00	4,00	5,00		
A3	3,24	0,10	1,37	1	5	2,00	4,00	4,00	-4,76	< 0,0001
D3	3,77	0,09	1,23	1	5	3,00	4,00	5,00		
A4	4,15	0,07	0,90	1	5	4,00	4,00	5,00	0,34	0,7365
D4	4,12	0,08	1,01	1	5	4,00	4,00	5,00		
A5	3,18	0,09	1,15	1	5	2,00	3,00	4,00	11,85	< 0,0001
D5	1,94	0,07	0,97	1	5	1,00	2,00	2,00		
A6	2,91	0,09	1,12	1	5	2,00	3,00	4,00	1,11	0,2707
D6	2,79	0,10	1,36	1	5	2,00	3,00	4,00		
A7	3,99	0,08	0,99	1	5	4,00	4,00	5,00	-2,45	0,0154
D7	4,22	0,07	0,88	1	5	4,00	4,00	5,00		
A8	2,64	0,09	1,12	1	5	2,00	3,00	3,00	9,38	< 0,0001
D8	1,74	0,05	0,65	1	4	1,00	2,00	2,00		
A9	2,72	0,09	1,17	1	5	2,00	3,00	4,00	10,49	< 0,0001
D9	1,70	0,05	0,61	1	3	1,00	2,00	2,00		
A10	2,27	0,08	1,08	1	5	2,00	2,00	3,00	-3,13	0,0021
D10	2,66	0,11	1,42	1	5	2,00	2,00	4,00		
A11	2,81	0,10	1,26	1	5	2,00	3,00	4,00	-8,50	< 0,0001
D11	3,83	0,09	1,14	1	5	3,00	4,00	5,00		
A12	3,24	0,09	1,13	1	5	2,00	3,00	4,00	-1,72	0,0875
D12	3,44	0,11	1,38	1	5	2,00	4,00	5,00		
A13	3,13	0,08	1,10	1	5	2,25	3,00	4,00	13,41	< 0,0001
D13	1,80	0,06	0,79	1	5	1,00	2,00	2,00		
A14	3,36	0,09	1,23	1	5	2,00	4,00	4,00	-5,19	< 0,0001
D14	3,81	0,09	1,23	1	5	3,00	4,00	5,00		
A15	3,10	0,08	1,07	1	5	2,00	3,00	4,00	12,71	< 0,0001
D15	1,90	0,06	0,83	1	5	1,00	2,00	2,00		
A16	3,33	0,10	1,25	1	5	2,00	4,00	4,00	-5,84	< 0,0001
D16	3,98	0,08	1,06	1	5	4,00	4,00	5,00		
A17	3,69	0,09	1,12	1	5	3,00	4,00	4,00	-4,87	< 0,0001
D17	4,14	0,07	0,98	1	5	4,00	4,00	5,00		
A18	3,49	0,09	1,16	1	5	3,00	4,00	4,00	-5,35	< 0,0001
D18	3,98	0,08	1,11	1	5	4,00	4,00	5,00		
A19	3,64	0,08	1,11	1	5	3,00	4,00	4,00	-2,10	0,0372
D19	3,86	0,09	1,18	1	5	4,00	4,00	5,00		
A20	2,19	0,08	0,99	1	5	2,00	2,00	3,00	-0,51	0,6075
D20	2,25	0,10	1,27	1	5	1,00	2,00	3,00		
A21	3,96	0,07	0,96	1	5	4,00	4,00	5,00	-2,13	0,0349
D21	4,10	0,07	0,95	1	5	4,00	4,00	5,00		
A22	3,38	0,10	1,25	1	5	2,00	4,00	4,00	-2,92	0,0040
D22	3,68	0,10	1,32	1	5	3,00	4,00	5,00		
A23	3,51	0,09	1,20	1	5	3,00	4,00	4,00	-1,22	0,2239
D23	3,62	0,10	1,33	1	5	2,00	4,00	5,00		
A24	4,09	0,07	0,95	1	5	4,00	4,00	5,00	-1,09	0,2790
D24	4,17	0,07	0,96	1	5	4,00	4,00	5,00		

A: Atitude antes.

D: Atitude depois.

Tabela 9 – Relação dos itens da escala de Atitudes cuja mudança para melhor, após a administração do curso, foi significativa (pelo teste t de Student para amostras pareadas)

Itens da escala de Atitudes	p-value
1- Eu não me sinto preparado para falar com um paciente sobre seu uso de álcool.	< 0,0001
2- As pessoas fazem uso de drogas porque querem.	0,0093
3- Falta uma boa educação moral e religiosa para o usuário de drogas.	< 0,0001
5- Estou preparado para ajudar o paciente a aprender a usar suas experiências anteriores para tentar parar de usar drogas no seu atual tratamento.	< 0,0001
7- Considero uma invasão de privacidade falar sobre o uso de drogas com o paciente.	0,0154
8- Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os prejuízos da continuidade do uso de álcool.	< 0,0001
10- O alcoólatra nunca consegue beber menos do que ele deseja.	0,0021
11- Eu não estou preparado para falar com um paciente sobre seu uso de drogas.	< 0,0001
13- Estou preparado para ajudar o paciente a aprender a usar suas experiências anteriores de tentar de parar de beber no atual tratamento.	< 0,0001
14- O alcoólatra é uma pessoa fraca moralmente.	< 0,0001
15- Estou preparado para ajudar o paciente a perceber situações e fatores de risco para recaída no uso de drogas.	< 0,0001

Tabela 10 – Relação dos itens da escala de Atitudes cuja mudança, após a administração do curso, não foi significativa (pelo teste t de Student para amostras pareadas)

Itens da escala de Atitudes	p-value
4- Dependentes de drogas são doentes incuráveis.	0,7365
6- Embora eu possa ajudar o usuário de drogas ele ainda vai continuar usando-as	0,2770.
12- A maioria dos alcoólatras vai continuar bebendo independente da ajuda do profissional.	0,0875
20- O alcoólatra não consegue controlar a bebida após tomar o primeiro gole.	0,6075
23- O usuário de drogas sempre mente.	0,2239
24- Os alcoólatras são doentes incuráveis.	0,2790

A análise do escore total da escala de Atitudes (Tabela 11) mostra que as Atitudes dos profissionais melhoraram, genericamente, após a administração do curso. A estatística t de Student mostra uma diferença altamente significativa ($p\text{-value} < 0,0001$). A Tabela 11 mostra as medidas-resumos dos escores de Atitudes. Para realização de tais estatísticas, os itens 5, 8, 9, 13 e 15, cuja orientação é negativa em relação às Atitudes, as pontuações foram invertidas (5= concordo muito; 4= concordo; 3= não sei; 2= discordo e 1= discordo muito).

Para os escores totais antes e depois, representação gráfica dos quartis, mínimo, máximo e *outliers*, foram construídos os diagramas de *box-plot* (Figura 9).

Tabela 11 – Medidas-resumo para os escores totais antes e depois, e teste de comparação de médias

Estatística	Escore Atitudes Antes	Escore Atitudes Depois	Depois - Antes
Média	78,74	90,85	12,10
Erro Padrão	0,80	0,81	0,87
Desvio Padrão	10,49	10,57	11,39
Variância	110,06	111,79	129,66
Mínimo	43,00	58,00	-15,00
Máximo	106,00	114,00	51,00
Percentis			
25	73,00	84,00	3,00
50	78,00	90,00	10,00
75	85,00	99,00	20,75
Teste t de Student			13,94
<i>p-value</i>			< 0,0001

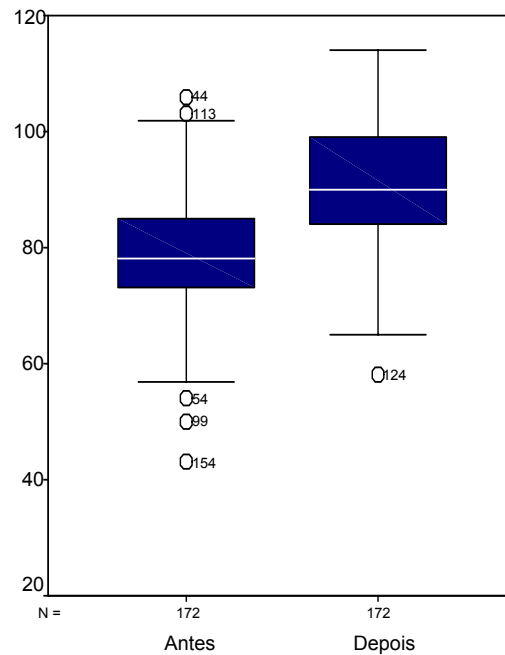


Figura 10 – *Box-plot* dos escores totais antes e depois e teste de comparação de médias.

Pelo *box-plot*, observam-se valores destoantes nos escores totais antes e depois do curso ser ministrado. Nota-se também que a média do escore total de atitude é menor que a média depois do curso ($p\text{-value} < 0,0001$).

6.2.3 Análise fatorial da escala de atitudes

A Análise Fatorial, processada no software SPSS, foi realizada utilizando-se a matriz de correlação de Pearson (Anexo 7). Para facilitar a interpretação dos fatores formados aplicou-se a transformação de Varimax.

Na Análise Fatorial, alguns itens do questionário foram excluídos porque não apresentaram correlação com os demais, indicando que tais questões tinham uma dimensão própria de análise e, portanto, não era indicada sua composição com os demais itens do questionário. Resultaram cinco fatores que são a combinação linear de 12 itens do questionário. A parcela da variância explicada por esses cinco fatores foi 77,53% da *variabilidade total* da escala. Este percentual é bastante alto para análises semelhantes.

O índice Kaiser-Meyer-Alkin (KMO) foi 0,70, o que aponta para adequabilidade regular para que pudéssemos processar a Análise Fatorial. A Tabela 12 mostra a parcela da variância explicada pelos cinco fatores.

Tabela 12 – Apresentação do Autovalor, percentual da variância explicada e percentual acumulado, segundo os cinco fatores resultantes da Análise Fatorial da escala de Atitudes

Fatores	Autovalor	Percentual da variância Explicada	Percentual acumulado
1	3,413	28,438	28,438
2	1,726	14,379	42,817
3	1,608	13,397	56,214
4	1,394	11,616	67,830
5	1,164	9,703	77,533

Os fatores podem, ainda, ser interpretados, mais facilmente, pela correlação entre cada variável inicial e os fatores a que passaram compor. Esses valores, denominados Cargas Fatoriais, estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 – Cargas Fatoriais referentes aos cinco fatores resultantes da Análise Fatorial, segundo o item do instrumento Atitude

Item	Fatores				
	1	2	3	4	5
A15	,881	-,023	,075	,110	,079
A13	,870	,084	,017	,001	,195
A5	,818	-,168	,000	,066	,179
A9	,806	,186	-,086	-,023	-,207
A8	,730	,236	,000	-,075	-,320
A3	,062	,877	,070	,050	,064
A18	,071	,870	,013	,154	,125
A12	-,020	-,021	,900	-,069	,009
A24	,029	,105	,879	,087	,072
A22	,121	,113	,007	,828	,262
A19	-,058	,102	,012	,804	-,332
A20	,030	,196	,075	-,027	,860

Pela Análise das questões que compõem cada fator, os fatores foram nomeados como seguem:

- ✓ O fator 1 apresenta maiores correlações com os itens 15, 13, 21, 9 e 8. Denominado fator *preparação*.
- ✓ O fator 2 apresenta maiores correlações com os itens 3 e 18 do instrumento. Denominado fator *etiológico moral*.
- ✓ O fator 3 apresenta maiores correlações com as questões 12 e 24. Denominado fator *prognóstico pessimista*.
- ✓ O fator 4 apresenta maiores correlações com as questões 22 e 19. Denominado fator *preconceito pessoal*.
- ✓ O fator 5 apresenta maiores correlações com a questão 20. Denominado fator *controle do uso*.

Os coeficientes das combinações lineares dos atributos para cada fator são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 – Coeficiente das combinações lineares entre os fatores e os itens da escala de Atitudes

Item	Fatores				
	1	2	3	4	5
A15	0,263	-0,094	0,043	0,071	0,061
A13	0,255	-0,020	-0,007	-0,022	0,155
A5	0,253	-0,183	-0,007	0,062	0,170
A9	0,233	0,098	-0,043	-0,062	-0,204
A8	0,210	0,149	0,019	-0,110	-0,317
A3	-0,035	0,536	0,002	-0,085	-0,038
A18	-0,035	0,513	-0,040	-0,004	0,024
A12	-0,002	-0,042	0,572	-0,057	-0,066
A24	0,002	0,008	0,547	0,044	-0,018
A22	0,012	-0,078	-0,030	0,611	0,240
A19	-0,035	-0,010	0,023	0,583	-0,287
A20	-0,010	0,035	-0,032	-0,027	0,737

Pelos coeficientes dos fatores, pode-se verificar que quanto maior o escore (maior concordância) na resposta dos itens 15, 13, 5, 9, 8, maior o valor do fator 1. Do mesmo modo, quanto maior o nível de discordância na resposta dos itens 3 e 18, maior o escore do fator 2. Os demais fatores podem ser analisados da mesma forma, observando-se os respectivos itens associados. Os gráficos que facilitam a visualização da importância dos itens nos indicadores na Análise Fatorial encontram-se no anexo 7.

Assim, inicialmente, era necessário analisar 12 itens para entender o questionário; pela Análise Fatorial, foi possível reduzi-los para somente cinco fatores que explicam 77,53% da variabilidade total, facilitando muito a análise dos dados e sua visualização.

Para facilitar o entendimento, a Tabela 15 mostra os itens da escala de Atitudes, agrupados com as maiores cargas fatoriais (acima de 0,70). Estão congregados os cinco fatores com seus respectivos nomes e a descrição dos itens que os formaram. Dessa forma, justificamos os nomes que atribuímos a cada um dos cinco fatores.

Tabela 15 – Itens da escala de Atitudes agrupados segundo os fatores

	5- Estou preparado para ajudar o paciente a aprender usar sua experiência anterior para tentar parar de usar drogas no seu atual tratamento. 8- Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os prejuízos da continuidade do uso de álcool.
Fator 1 Preparação	9- Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os benefícios de parar de beber. 13- Estou preparado para ajudar o paciente a aprender a usar suas experiências anteriores de tentar de parar de beber no atual tratamento. 15- Estou preparado para ajudar o paciente a perceber situações e fatores de risco para recaída no uso de drogas.
Fator 2 Etiológico Moral	3- Falta uma boa educação moral e religiosa para o usuário de drogas. 18- Uma boa educação moral e religiosa é o que falta para alcoólatra.
Fator 3 Prognóstico pessimista	12- A maioria dos alcoólatras vai continuar bebendo independentemente da ajuda do profissional. 24- Os alcoólatras são doentes incuráveis.
Fator 4 Preconceito pessoal	19- A maioria dos pacientes usuários de drogas é de pessoas desagradáveis. 22- A maioria dos pacientes alcoólatras é desagradável.
Fator 5 Controle do uso	20 - O alcoólatra não consegue controlar a bebida após tomar o primeiro gole.

6.2.4 Análise de Cluster

A Análise de Cluster foi realizada com o objetivo de determinar quantos e quais grupos poderiam ser formados a partir dos cinco fatores obtidos. A técnica procura formar grupos que sejam mais homogêneos dentro do grupo e mais heterogêneos possível entre os grupos. A determinação do número de grupos baseou-se na formação de grupos que torna maior o ganho percentual devido ao agrupamento (baseada no determinante da matriz combinada de variâncias e covariâncias dentro dos grupos). A Figura 10 permite melhor visualização de que o maior ganho percentual com os agrupamentos ocorre com a formação de cinco grupos.

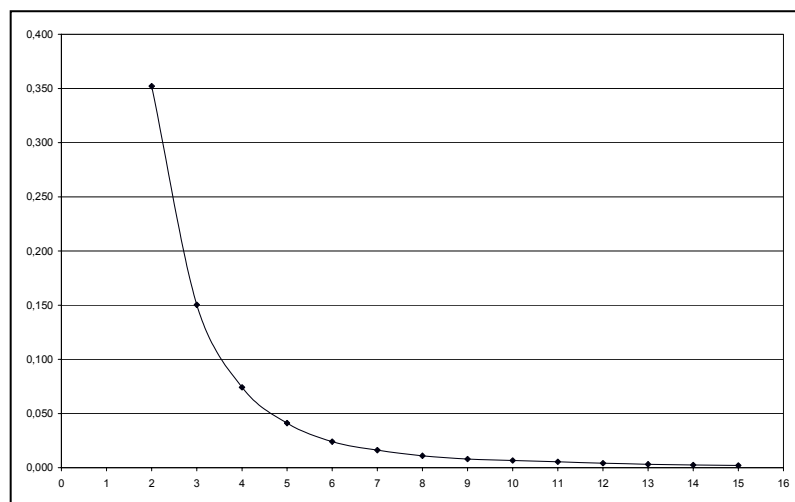


Figura 11 – Gráfico com os desvios padrão dentro dos grupos segundo o número de grupos formados pela Análise de Cluster.

O valor dos desvios padrão dentro dos grupos segundo o número de grupos formados pela Análise de Cluster (Cluster Hierárquico utilizando o método de Ward) mostra os ganhos percentuais do agrupamento. A tabela está disposta no Anexo 9. Após a determinação do número ideal de grupos, os agrupamentos formados foram caracterizados comparando-se as médias dos fatores pela Análise de Variância (ANOVA). Para os testes cuja suposição de homocedasticidade foi violada (teste de Levene), foi realizada a correção de Brown-Forsythe na estatística F. Para as variáveis nas quais foram detectadas diferenças significantes ($\alpha < 5\%$), realizou-se o teste de Duncan para detectar os grupos diferentes.

Pela Análise de Cluster, os 172 indivíduos que participaram do estudo foram distribuídos em cinco grupos, de forma que a variância dentro do grupo fosse a menor possível e, entre os grupos, a maior possível. Pretendeu-se com isso agrupar indivíduos que compartilhassem características relacionadas às Atitudes, utilizando os fatores formados pela Análise Fatorial, cujo resultado foi apresentado anteriormente. A Tabela 16 mostra a distribuição em freqüências absoluta e relativa segundo os grupos formados. Notemos que o Grupo 3 reúne 51 (29,61%) dos 172 indivíduos da amostra total, sendo o grupo com maior número de profissionais. Em segundo lugar vem o Grupo 1, com 50 profissionais (29,07% do total). O menor grupo é o número 4, com 13 profissionais apenas (7,06% do total da amostra). A Tabela 10 demonstra as freqüências absoluta e relativa segundo os grupos.

Tabela 16 – Grupos formados pela Análise de Cluster (Método Hierárquico de Ward) e freqüências absoluta e relativa de sujeitos da amostra que passam a compor cada grupo

Grupos	Freqüência	
	Absoluta	Relativa
G1	50	29,07
G2	44	25,58
G3	51	29,65
G4	13	7,56
G5	14	8,14
Total	172	100,00

Agora que temos os fatores e grupos formados, podemos fazer uma análise mais detalhada de cada um. A Tabela 17 mostra as medidas-resumo de cada fator segundo os grupos. Pode-se analisar a média de mudança das Atitudes, agora representada pelos cinco fatores, a saber: fator 1: preparação; fator 2: etiológico moral; fator 3: pessimismo; fator 4: preconceito pessoal e fator 5: controle do uso.

Para saber se há diferença na mudança de Atitudes entre os grupos, realizou-se a Análise de Variância (ANOVA). Nos testes cuja suposição de homocedastidade foi violada (teste de Levene), utilizou-se na estatística F a correção de Brown-Forsythe. Como se vê na Tabela 17, houve diferença significativa entre os grupos em todos os fatores ($p\text{-value} < 0,05$). Assim, o teste de Duncan foi empregado para detectar os grupos diferentes.

A Tabela 18 mostra, resumidamente, as principais diferenças encontradas entre os grupos, segundo os fatores de Atitudes. A Figura 11 detalha as diferenças entre cada grupo para cada um dos cinco fatores, no formato de gráfico de faces de Chenoff.

Tabela 17 – Medidas resumo dos cinco fatores por grupo segundo a diferença das médias de pontuações da escala de Atitudes antes e depois, desvio padrão e pontuações mínimas e máximas para cada grupo

Grupos		F1	F2	F3	F4	F5
1	Média	0,48	0,17	-0,28	0,90	0,41
	Desvio Padrão	0,78	1,18	0,58	0,66	0,79
	Mínimo	-1,93	-1,85	-1,23	-1,36	-1,29
	Máximo	2,24	2,60	1,26	2,55	2,29
	N	50				
2	Média	-1,21	-0,38	-0,12	-0,23	0,23
	Desvio Padrão	0,48	0,56	0,74	1,05	0,73
	Mínimo	-2,31	-1,55	-1,11	-1,70	-1,53
	Máximo	-0,16	1,67	1,95	2,80	1,54
	N	44				
3	Média	0,35	0,24	-0,28	-0,70	-0,03
	Desvio Padrão	0,61	1,04	0,49	0,54	0,57
	Mínimo	-1,17	-1,30	-1,17	-1,92	-1,24
	Máximo	1,95	2,36	0,74	0,44	1,12
	N	51				
4	Média	0,42	-0,47	-0,30	-0,03	-2,44
	Desvio Padrão	1,01	0,79	0,56	0,92	0,78
	Mínimo	-1,18	-1,50	-1,02	-1,68	-3,67
	Máximo	2,10	1,33	0,76	0,95	-1,10
	N	13				
5	Média	0,41	0,15	2,67	0,11	0,20
	Desvio Padrão	1,04	1,01	0,64	0,87	0,63
	Mínimo	-1,92	-1,61	1,39	-0,86	-0,69
	Máximo	2,17	1,74	3,77	1,94	1,35
	N	14				
ANOVA	F	31,04*	4,03*	74,47	24,41*	45,34
	<i>p-value</i>	< 0,0001	0,0046	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Total	Média	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Desvio Padrão	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mínimo	-2,31	-1,85	-1,23	-1,92	-3,67
	Máximo	2,24	2,60	3,77	2,80	2,29
	N	172				

* Correção de Brown-Forsythe

Tabela 18 – Principais diferenças entre os grupos segundo os fatores de Atitudes

Atitudes	Grupo 2	Grupo 4	Grupo 3	Grupo 1	Grupo 5
Preparo	Mais Despreparado				
Atitude Moral	Menos Moralista (4)	Menos Moralista (2)	Mais Moralista (1,5)	Mais Moralista (3,5)	Mais Moralista (1,3)
Pessimista					Mais pessimista
Preconceito Pessoal			Menos Preconceito Pessoal	Mais Preconceito Pessoal	
Controle		Não tem controle		Tem controle	

Como a Análise Fatorial e a Análise Cluster foram realizadas com base na resposta da aplicação da escala de Atitudes antes do curso ser ministrado, os resultados aqui apresentados são um diagnóstico do perfil de Atitudes dos profissionais antes do curso.

Pela Tabela 18 podemos observar o seguinte: (i) O grupo 2 considera-se o mais despreparado dentre os cinco formados, sendo o menos moralista, semelhantemente, nesse aspecto, ao grupo 4. Mostra atitude de otimismo em relação ao prognóstico dos dependentes, similarmente aos grupos 1, 3 e 4. Possui também uma Atitude de ausência de preconceito pessoal sobre o dependente, aspecto semelhante ao dos grupos 5 e 4. Com referência à Atitude de falta de controle do uso da bebida, o grupo acredita que o usuário pode adquirir controle do uso e o nível de concordância se assemelha ao dos grupos 3 e 5. (ii) O grupo 4, quanto à Atitude “preparo” para ajudar ou atender o dependente, reuniu profissionais que se sentem despreparados em nível semelhante aos profissionais dos grupos 1, 3 e 5. Em relação aos demais grupos, é o que mais acredita que os usuários não têm controle sobre o uso de bebida. (iii) O grupo 3 se destaca por ser um dos mais moralistas, em nível similar aos grupos 1 e 5 e por ser o menos preconceituoso. O seu nível de preparo percebido equipara-o aos grupos 1 e 5. Apesar de acreditar no conceito moral da dependência do álcool, é um dos grupos que apresenta menor preconceito em

relação a características pessoais do dependente (como por exemplo, higiene e aparência pessoal). (iv) O grupo 1 reúne os profissionais que vêem a etiologia da dependência pelo ângulo moralista. De todos os grupos, é o que tem essa característica de forma mais marcante. Além disso, é o mais preconceituoso e acredita que o dependente não tem controle sobre o uso da bebida. (v) O grupo 5 apresentou Atitude mais pessimista quanto ao prognóstico, comparado aos demais grupos. Reúne os profissionais cuja Atitude ante a etiologia moral da dependência de álcool apresenta a maior concordância comparada aos outros grupos. Além de mostrar uma Atitude de concordância com a etiologia moral da dependência química em nível semelhante ao grupo 3.

O gráfico de faces de Chenoff (Figura 12), apesar de representar a relação entre os grupos e os fatores de Atitudes, como discutido antes, foi apresentado aqui porque dá uma dimensão comparativa dos fatores de Atitude entre os grupos. Assim: (i) a área do rosto representa o fator preparo: quanto maior essa área, mais preparado o grupo se sente para atender o paciente usuário de álcool; (ii) o formato do rosto representa o fator Atitude moral sobre etiologia. Quanto mais circular o rosto, maior é a Atitude moral. Como pudemos observar na descrição anterior, os grupos mais moralistas são 1, 3 e 5, sendo o grupo 1 o mais moralista dos três e, portanto, com a face mais circular de todas; (iii) o tamanho do nariz representa o fator pessimismo em relação ao prognóstico: quanto maior o traço que representa o nariz na face de Chenoff, mais pessimista é o grupo sobre o prognóstico da dependência; (iv) a posição da boca em relação à face representa a Atitude preconceito pessoal: quanto mais alta estiver a posição da boca, maior é o preconceito do grupo sobre características pessoais do dependente. Note-se que o grupo 1 é o mais preconceituoso de todos, porque a posição da boca está mais acima, na face de Chenoff, do que a de todos os demais; (v) a curvatura do sorriso representa a Atitude falta de controle: a curvatura para cima se acentua na medida em que há concordância sobre o dependente poder ter controle sobre o uso. O grupo 4, cuja curvatura da boca está voltada para baixo, é o que reúne os profissionais que mais discordam de que o usuário de álcool possa ter controle sobre seu próprio uso.

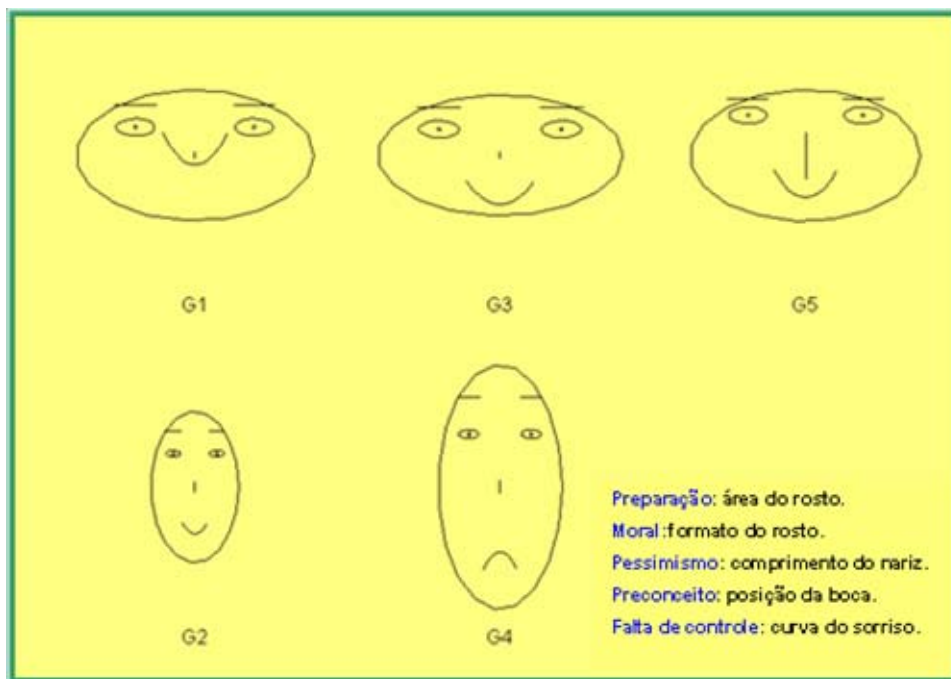


Figura 12 – Faces de Chenoff: relação dos fatores de Atitudes segundo os grupos.

6.2.5 Relação entre os grupos e as características gerais dos profissionais

Uma questão que nos vêm é quem seriam os profissionais que compõem cada um dos grupos? Existiria alguma relação entre as características pessoais e ou de formação associadas aos grupos formados e às Atitudes que se destacam em cada um deles?

Pelos dados obtidos do questionário geral, houve uma relação estatística entre duas características gerais e a formação dos grupos: a profissão e o número de casos atendidos semanalmente. A Tabela 19 mostra o número de profissionais distribuídos nos grupos segundo a profissão. A distribuição da profissão não é homogênea entre os grupos ($p\text{-value} = 0,036$). Verificou-se, no grupo G4, predominância de alunos com formação superior em medicina (84,62%). Já no grupo G1, observou-se maior presença de indivíduos com formação técnica (28%) quando comparado com os demais, com cerca de 7% de participação.

Tabela 19 – Número de casos atendidos semanalmente segundo os grupos e a formação

Profissão		Grupos					Total
		G1	G2	G3	G4	G5	
Superior medicina	Casos	25	29	30	11	7	102
	% linha	50,00	65,91	58,82	84,62	50,00	59,30
Superior outros	Casos	11	12	17	1	6	47
	% linha	22,00	27,27	33,33	7,69	42,86	27,33
Técnico	Casos	14	3	4	1	1	23
	% linha	28,00	6,82	7,84	7,69	7,14	13,37
Total	Casos	50	44	51	13	14	172
	% linha	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Teste Exato de Fisher = 15,67 (p -value = 0,036).

A Tabela 20 mostra o número de profissionais distribuídos nos grupos segundo o número de atendimentos. A distribuição da profissão não é homogênea entre os grupos (p -value = 0,015). Verificou-se que 100% dos indivíduos do grupo G4 atendem, em média, quatro ou menos pacientes com diagnóstico de dependência do álcool, semanalmente. Os grupos G1 e G5 apresentam distribuição semelhante do número médio de atendimentos de dependentes do álcool, sendo que cerca de metade deles atende quatro ou menos. Os grupos G2 e G3 destacam-se por atender, na sua maioria, poucos dependentes do álcool (65,91% e 70,59%, respectivamente).

Tabela 20 – Distribuição de atendimento médio semanal de pacientes com diagnóstico de dependência do álcool por grupos

Número de atendimentos		Grupos					Total
		G1	G2	G3	G4	G5	
4 ou menos	Casos	27	29	6	13	8	113
	%	54,00	65,91	70,59	100,00	57,14	65,70
Mais do que 5	Casos	23	15	15	0	6	59
	%	46,00	34,09	29,41	0,00	42,86	34,30
Total	Casos	50	44	51	13	14	172
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Teste Exato de Fisher = 12,08 (*p-value* = 0,015)

A junção de todas as variáveis aqui exibidas - grupos, Atitudes, profissão e número de casos atendidos - será apresentada em detalhes na Conclusão.

6.2.6 Comparação da atitude antes e depois do curso

Tabela 21 – Medidas-resumo das variáveis Atitudes e Conhecimentos antes e depois do curso e teste t de Student para amostras independentes

Grupos	Escores	Média	Desvio padrão	Erro Padrão	Diferença (Depois-Antes)			Teste t de Student			N
					Média das Diferenças	Desvio Padrão	Erro Padrão	t	gl	p-value	
G1	Atitude - Antes	76,30	9,95	1,41	10,02	10,09	1,43	7,02	49	< 0,0001	50
	Atitude - Depois	86,32	10,83	1,53							50
	Conh.- Antes	5,80	2,93	0,41	4,74	3,36	0,47	9,99	49	< 0,0001	50
	Conh.- Depois	10,54	3,15	0,45							50
G2	Atitude - Antes	74,57	7,08	1,07	18,18	10,43	1,57	11,56	43	< 0,0001	44
	Atitude - Depois	92,75	10,41	1,57							44
	Conh.- Antes	6,57	3,27	0,49	4,41	3,70	0,56	7,90	43	< 0,0001	44
	Conh.- Depois	10,98	3,37	0,51							44
G3	Atitude - Antes	83,65	9,18	1,29	9,53	10,58	1,48	6,43	50	< 0,0001	51
	Atitude - Depois	93,18	9,60	1,34						< 0,0001	51
	Conh.- Antes	6,24	2,73	0,38	4,78	3,72	0,52	9,19	50	< 0,0001	51
	Conh.- Depois	11,02	2,93	0,41							51
G4	Atitude - Antes	89,38	9,15	2,54	8,08	10,28	2,85	2,83	12	0,0151	13
	Atitude - Depois	97,46	7,98	2,21							13
	Conh.- Antes	8,15	1,68	0,46	2,23	2,77	0,77	2,90	12	0,0133	13
	Conh.- Depois	10,38	2,47	0,68							13
G5	Atitude - Antes	72,86	13,46	3,60	13,57	15,74	4,21	3,23	13	0,0066	14
	Atitude - Depois	86,43	8,96	2,39							14
	Conh.- Antes	4,79	2,08	0,56	5,79	2,69	0,72	8,04	13	< 0,0001	14
	Conh.- Depois	10,57	3,27	0,88							14

A Tabela 21 indica aumento nos escores atitude e conhecimento em todos os grupos. Realizando-se uma análise de variâncias com medidas repetidas no escore de Atitudes, observou-se a existência de interação entre curso e grupo ($F= 5,12$; $p\text{-value} = 0,001$). Pela ANOVA, nas diferenças dos escores das atitudes verificou-se que o Grupo 2 apresentou maior aumento de escore de atitudes em relação aos demais grupos (comparação múltipla de Duncan). Esse resultado pode ser visto também por meio dos gráficos de perfis e de médias (Figura 12: Atitudes e Figura 13: Conhecimentos) Os gráficos de barra com esses resultados estão no Anexo 9.

Da mesma forma, uma Análise de Variâncias com medidas repetidas no escore de Conhecimento demonstrou ausência de interação entre curso e grupo ($F= 2,02$; $p\text{-value} = 0,097$) e ausência de efeito de grupo sobre os escores de Conhecimento ($F=1, 14$, $p\text{-value} = 0,338$). Entretanto, foi observado efeito do curso sobre os escores de Conhecimento ($F=189, 29$, $p\text{-value} < 0,001$). O curso provocou uma sensível melhora nas notas de Conhecimento, conforme os gráficos de perfis de média e o gráfico de barras das médias (Anexo 9) de Conhecimento antes e depois.

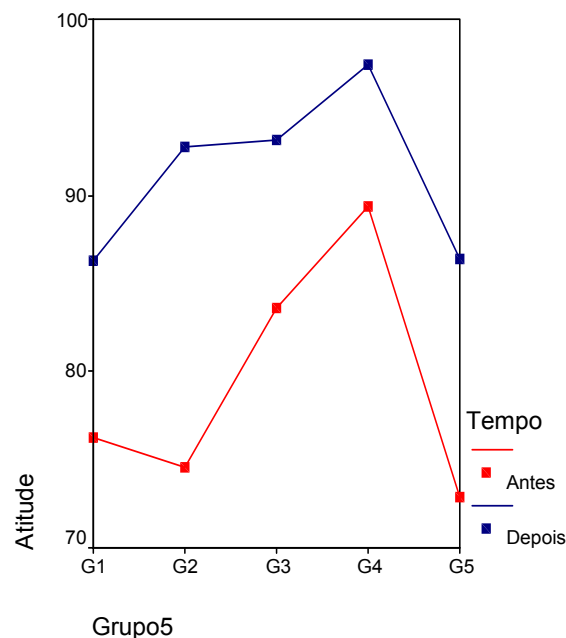


Figura 13 – Perfil médio de atitudes antes e depois do curso.

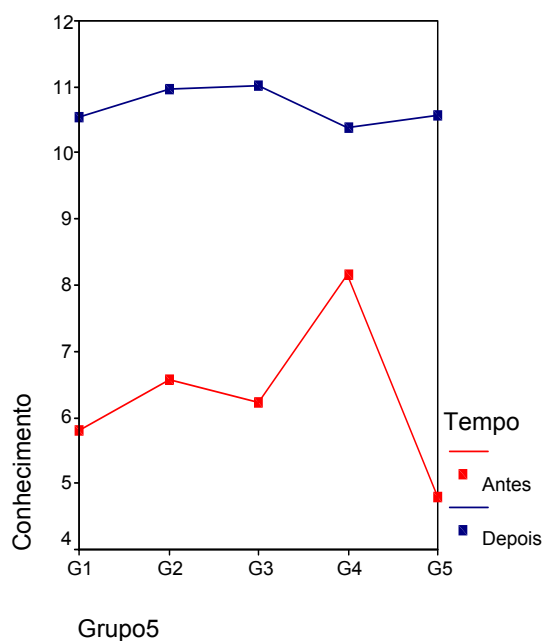


Figura 14 – Perfil médio de Conhecimento antes e depois do curso.

6.2.7 Correlações entre escores de atitudes e conhecimentos

Tabela 22 – Correlação de Pearson entre os escores de Atitudes e Conhecimento antes e depois do curso

	At. antes	At. depois	Conh. antes	Conh. depois
At. antes	1,000	,416	,209	-,011
At. depois	,416	1,000	,193	,147
Conh. antes	,209	,193	1,000	,309
Conh. depois	-,011	,147	,309	1,000

N= 172

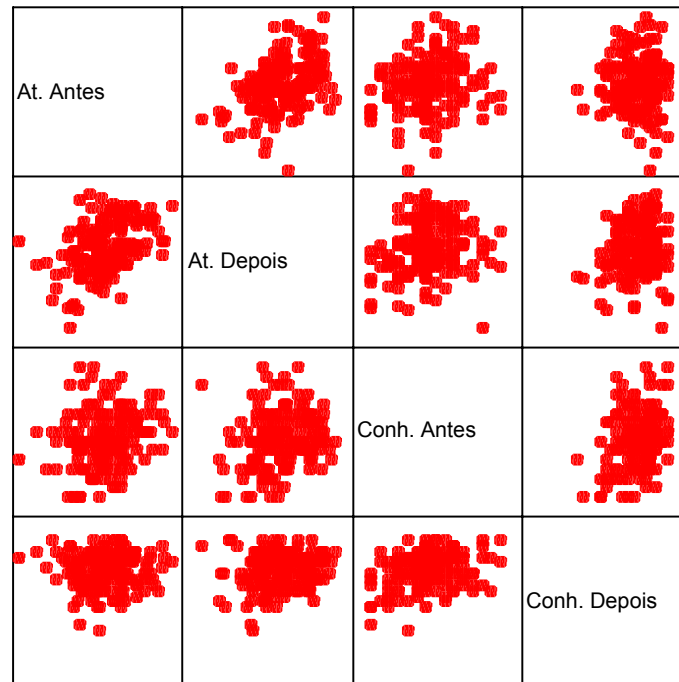


Figura 15 – Gráfico de Dispersão entre os escores de Atitudes e Conhecimento antes e depois do curso.

Pode-se verificar que existe pouca correlação linear entre escores de Atitudes e Conhecimentos antes e depois do curso.

6.2.8 Avaliação das atitudes e conhecimentos antes, no final e após dois anos do curso.

Para avaliar o efeito do curso nos grupos (resultantes da análise de Cluster) sobre Atitudes e Conhecimento no início, término e dois anos depois foi utilizada a Análise de Variância com Medidas Repetidas, a que consiste no ajuste de um modelo linear multivariado a partir do qual as seguintes hipóteses são testadas: (i) H_{01} : Os perfis médios de resposta correspondentes aos grupos são paralelos, ou seja, não existe interação entre o fator grupo (5 grupos) e o fator tempo (início, término e dois anos depois do curso). Isto é, há um comportamento igual ao longo do tempo entre os grupos; (ii) H_{02} : Os perfis médios de resposta são coincidentes, isto é, não existe efeito do fator grupo; (iii) H_{03} : Os perfis médios de resposta são paralelos ao eixo das abscissas, ou seja, não existe efeito do fator tempo. As hipóteses H_{02} e H_{03} são testadas somente se houver a rejeição de H_{01} .

Inicialmente, efetuou-se a análise sem considerar os grupos, sendo testada apenas a hipótese H_{03} , ou seja, se não há mudança dos níveis de Atitudes e Conhecimento nos três momentos de avaliação. Nos testes de comparações de médias foi adotado um nível de significância de 5%. Como foi feita uma análise detalhada entre as notas de atitude antes e logo depois do curso na seção anterior, a análise neste tópico procurou enfatizar as mudanças de comportamento entre o início e dois anos após o curso e entre o término e dois anos depois. Para essa análise foram considerados 146 indivíduos, uma vez que 30 alunos deixaram de responder ao questionário dois anos depois de ministrado o curso.

6.2.9 Análise geral das atitudes – nota global

Tabela 23 – Medidas-resumo da nota de Atitudes total por período de análise

Estatísticas		Antes	Final do curso	2 anos depois
Média		78,92	90,90	95,27
Erro padrão		0,91	0,88	0,69
Mediana		78,50	90,00	95,00
Desvio padrão		11,02	10,68	8,33
Mínimo		43,00	58,00	72,00
Máximo		106,00	114,00	117,00
Percentis	25	72,75	83,00	89,00
	50	78,50	90,00	95,00
	75	85,00	99,25	101,25

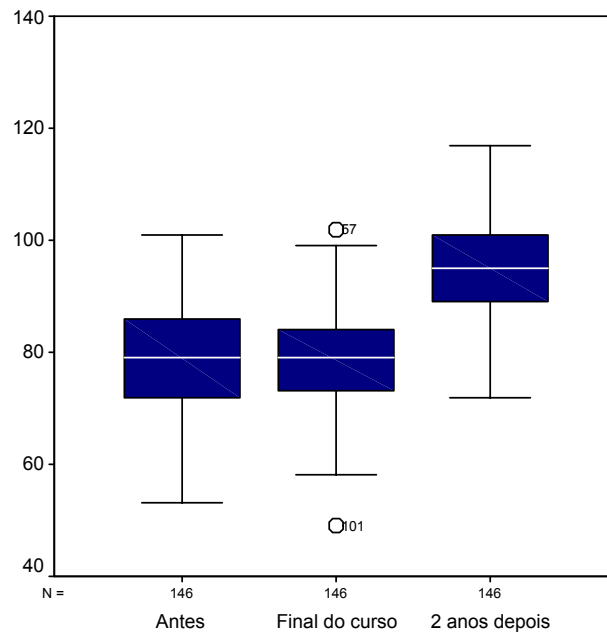


Figura 16 – *Box-plot* da nota de Atitude total por período de análise.

Pelas Tabela 23 e Figura 16, pode-se notar um aumento na nota de Atitudes ao longo do período. Este fato foi verificado por meio da Análise de Variâncias com medidas repetidas que apontou a existência do efeito do tempo ($F= 221, 11, p\text{-value} < 0,001$). Os testes para avaliar quais períodos de análise apresentam médias diferentes estão exibidos na Tabela 24. Pode-se perceber um aumento da nota média de Atitudes entre o início e o fim do curso ($p\text{-value} < 0,001$) e entre o final de curso e dois anos depois.

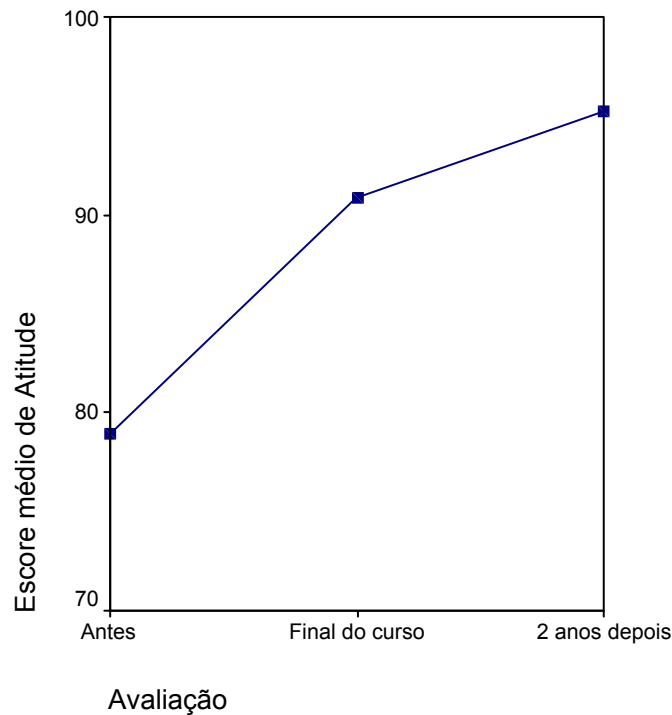


Figura 17 – Gráfico de médias das notas de Atitudes por período de análise.

Tabela 24 – Teste F para comparação de médias de Atitudes entre períodos de análise

Atitudes	F	p-value
Final do curso vs, Antes	163,61	< 0,001
2 anos depois vs. Final	110,15	< 0,001

6.2.10 Análise geral de atitudes por itens

Pela Tabela 25 verifica-se, com exceção das questões 7 e 24, que todos os demais itens apresentaram mudanças nas médias de Atitudes, apontando uma melhora nas atitudes dos alunos logo após o curso. Na Tabela 26 verificou-se que as questões 1, 2, 3, 7, 8, 9, 13 e 15 não mostraram mudanças nas médias de Atitudes depois de dois anos da realização do curso.

6.2.11 Análise geral de conhecimentos

Como em Atitudes, percebe-se pelas Tabela 27 e Figura 18, um aumento na nota de Conhecimento ao longo do período. Este fato foi verificado por Análise de Variâncias com medidas repetidas, que apontou a existência do efeito do tempo ($F= 263,57$, $p\text{-value} < 0,001$). Os testes para avaliar quais períodos de análise indicam médias diferentes estão apresentados na Tabela 28. Pode-se notar aumento da nota média de Conhecimento entre o início e final do curso ($p\text{-value} < 0,001$) e entre o final de curso e dois anos depois ($p\text{-value} < 0,001$).

Tabela 27 – Medidas-resumo da nota de Conhecimento total por período de análise

Estatísticas		Antes	Final do curso	2 anos depois
Média		6,31	10,71	14,09
Erro padrão		0,24	0,25	0,24
Mediana		6,00	11,00	14,00
Desvio padrão		2,91	3,05	2,91
Mínimo		0,00	0,00	6,00
Máximo		14,00	16,00	36,00
Percentis	25	5,00	9,00	12,75
	50	6,00	11,00	14,00
	75	8,00	13,00	16,00

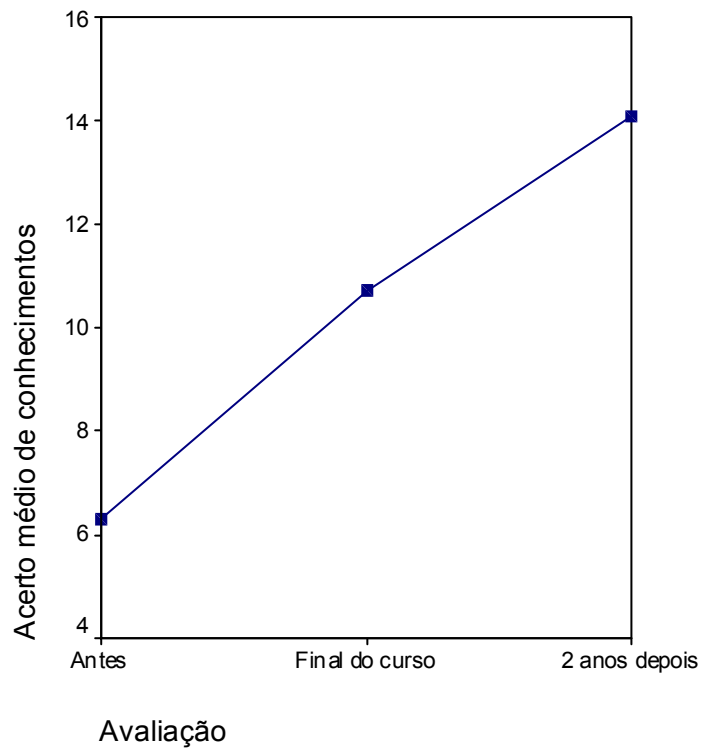


Figura 18 – Box-plot da nota de Conhecimento total por período de análise.

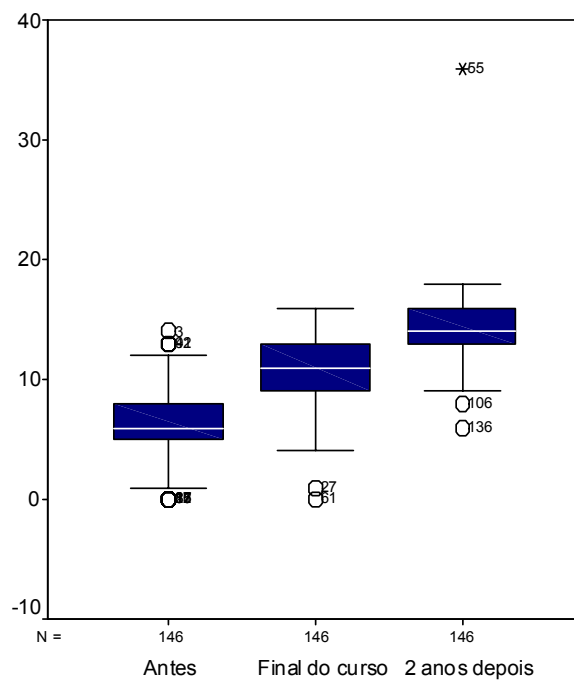


Figura 19 – Gráfico de médias das notas de Atitudes por período de análise.

Tabela 28 – Teste F para comparação de médias de Atitudes entre períodos de análise

Atitude	F	p-value
Final do curso vs. Antes	221,34	< 0,001
2 anos depois vs. Final do curso	86,14	< 0,001

6.2.12 Análise geral de Atitudes por grupo - Nota global**Tabela 29** – Medidas-resumo da nota de Atitudes total por período de análise segundo grupo

Grupo	Estatísticas	Antes	Final do curso	2 anos depois	Diferença entre 2 anos depois e antes	Diferença entre 2 anos depois e final do curso
G1	Média	75,90	86,50	92,88	16,98	6,38
	Desvio padrão	10,00	11,20	8,62	10,30	5,99
	Erro padrão	1,54	1,73	1,33	1,59	0,92
	N	42	42	42	42	42
G2	Média	74,51	92,00	96,08	21,57	4,08
	Desvio padrão	7,44	10,86	8,76	9,44	4,11
	Erro padrão	1,22	1,78	1,44	1,55	0,67
	N	37	37	37	37	37
G3	Média	84,63	93,88	96,54	11,90	2,66
	Desvio padrão	9,75	9,06	6,71	10,08	4,28
	Erro padrão	1,52	1,41	1,05	1,57	0,67
	N	41	41	41	41	41
G4	Média	89,38	97,46	100,85	11,46	3,38
	Desvio padrão	9,15	7,98	6,72	11,57	5,09
	Erro padrão	2,54	2,21	1,86	3,21	1,41
	N	13	13	13	13	13
G5	Média	72,69	86,08	91,15	18,46	5,08
	Desvio padrão	13,99	9,22	8,87	17,09	4,46
	Erro padrão	3,88	2,56	2,46	4,74	1,24
	N	13	13	13	13	13
Total	Média	78,92	90,90	95,27	16,36	4,37
	Desvio padrão	11,02	10,68	8,33	11,43	5,03
	Erro padrão	0,91	0,88	0,69	0,95	0,42
	N	146	146	146	146	146

A Tabela 29 apresenta as médias de notas das Atitudes por grupo. A Análise de Variâncias com medidas repetidas apontam a existência de interação ($F= 4,05$, $p\text{-value} = 0,001$), indicando que as variações nas Atitudes dos alunos ao longo do período são diferentes entre os grupos, conforme visualizado no Figura 20.

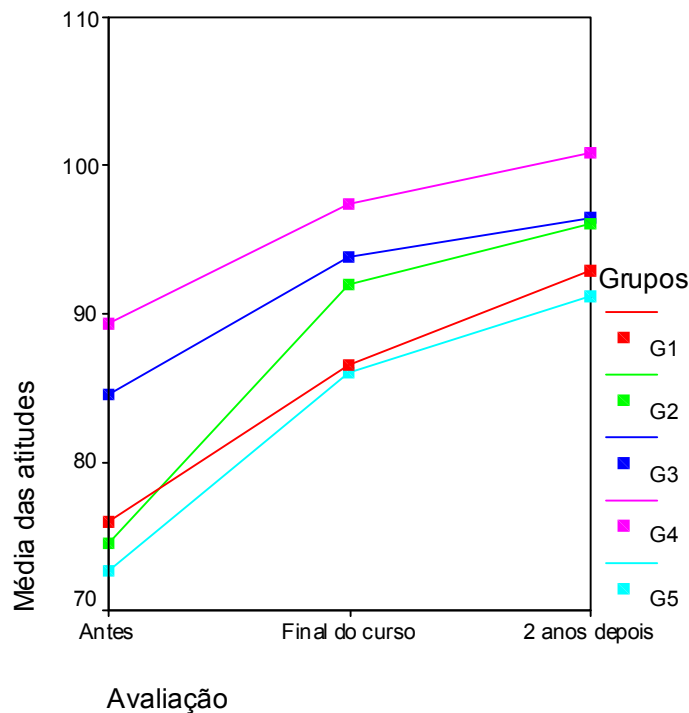


Figura 20 – Perfis de médias das notas de atitude segundo período de análise por grupo

Procedendo-se à Análise de Variâncias (ANOVA) nas variações das notas de Atitudes, verificou-se que as variações médias entre os grupos nos períodos antes e depois do curso são diferentes ($F= 3,62$, $p\text{-value} = 0,008$). Pela análise de comparações múltiplas observou-se que os grupos 2 e 5 mostraram mudança maior nas Atitudes do que os demais grupos. Além disso, por intermédio da ANOVA, detectou-se também que as variações médias entre os grupos, nos períodos finais do curso, e dois anos depois são diferentes ($F= 3,36$, $p\text{-value} = 0,013$). As comparações múltiplas apontaram que, em média, o grupo 1 demonstrou variação maior que o grupo 3.

6.2.13 Análise geral de atitudes por grupo e itens

A Tabela 30 mostra as variações nas médias de Atitudes significantes, menores do que 5% (antes-2 anos depois ou final do curso-2 anos depois) por item segundo os grupos:

Tabela 30 – Medidas-resumo das opiniões de atitude dos itens por período de análise segundo grupos e teste t de Student

Grupo	Itens	Diferença antes e 2 anos depois					Diferença final do curso e 2 anos depois					
		Média	Desvio padrão	Erro padrão	t	p-value	Média	Desvio padrão	Erro padrão	t	p-value	
1	1	-0,76	1,92	0,30	-2,57	0,0140	-0,05	0,22	0,03	-1,43	0,1598	
	2	-0,64	1,75	0,27	-2,38	0,0220	0,00	-	-	-	-	
	4	0,50	1,21	0,19	2,67	0,0109	0,26	0,83	0,13	2,05	0,0468	
	5	-0,07	1,40	0,22	-0,33	0,7432	-0,69	1,16	0,18	-3,86	0,0004	
	6	-0,79	1,47	0,23	-3,45	0,0013	-0,55	1,09	0,17	-3,27	0,0022	
	8	0,60	1,08	0,17	3,56	0,0010	0,00	-	-	-	-	
	9	0,64	1,10	0,17	3,79	0,0005	0,00	-	-	-	-	
	10	-1,81	1,25	0,19	-9,35	0,0000	-1,62	1,38	0,21	-7,61	0,0000	
	11	-0,98	1,46	0,22	-4,34	0,0001	-0,36	1,10	0,17	-2,10	0,0416	
	12	-0,90	1,45	0,22	-4,06	0,0002	-0,57	1,15	0,18	-3,22	0,0025	
	13	0,90	1,10	0,17	5,33	0,0000	0,00	-	-	-	-	
	14	-0,90	1,05	0,16	-5,56	0,0000	-0,62	1,06	0,16	-3,79	0,0005	
	15	0,95	1,10	0,17	5,59	0,0000	0,12	0,45	0,07	1,70	0,0959	
	16	-0,76	1,65	0,25	-2,99	0,0047	-0,55	1,06	0,16	-3,34	0,0018	
	17	-1,02	1,18	0,18	-5,63	0,0000	-0,14	0,52	0,08	-1,78	0,0832	
	18	-1,02	1,41	0,22	-4,72	0,0000	-0,10	0,79	0,12	-0,78	0,4394	
	19	-0,76	1,32	0,20	-3,74	0,0006	-0,52	1,11	0,17	-3,06	0,0039	
	20	-1,02	1,57	0,24	-4,23	0,0001	-0,81	1,13	0,17	-4,64	0,0000	
	22	-1,67	1,30	0,20	-8,31	0,0000	-0,60	1,11	0,17	-3,49	0,0012	
	23	-0,60	1,40	0,22	-2,76	0,0086	-0,71	1,25	0,19	-3,69	0,0007	
	2	1	-1,70	1,22	0,20	-8,48	0,0000	0,05	0,23	0,04	1,43	0,1601
		5	1,76	1,32	0,22	8,09	0,0000	-0,38	0,89	0,15	-2,58	0,0142
		8	2,30	1,15	0,19	12,14	0,0000	0,08	0,36	0,06	1,36	0,1833
9		2,24	0,98	0,16	13,88	0,0000	0,03	0,16	0,03	1,00	0,3240	
10		-1,81	1,29	0,21	-8,56	0,0000	-1,32	1,36	0,22	-5,94	0,0000	
11		-2,00	1,39	0,23	-8,72	0,0000	-0,22	0,63	0,10	-2,09	0,0438	
12		-0,57	1,19	0,20	-2,90	0,0064	-0,32	0,88	0,15	-2,23	0,0319	
13		2,41	1,14	0,19	12,82	0,0000	0,11	0,46	0,08	1,43	0,1601	
15		2,27	0,99	0,16	13,95	0,0000	0,03	0,16	0,03	1,00	0,3240	
16		-1,27	1,45	0,24	-5,34	0,0000	-0,11	0,39	0,06	-1,67	0,1032	
20		-1,32	1,38	0,23	-5,86	0,0000	-1,00	1,22	0,20	-4,97	0,0000	
21		-0,16	0,90	0,15	-1,10	0,2793	-0,32	0,94	0,16	-2,09	0,0438	
22		-0,35	1,27	0,21	-1,68	0,1021	-0,41	0,96	0,16	-2,58	0,0141	
23	-0,41	0,96	0,16	-2,58	0,0141	-0,14	0,59	0,10	-1,40	0,1686		
3	1	-0,78	1,35	0,21	-3,70	0,0007	0,02	0,16	0,02	1,00	0,3233	
	3	-0,80	1,38	0,22	-3,73	0,0006	-0,05	0,31	0,05	-1,00	0,3233	
	4	0,46	1,16	0,18	2,55	0,0147	0,29	0,90	0,14	2,08	0,0440	
	5	0,63	1,20	0,19	3,39	0,0016	-0,37	0,92	0,14	-2,56	0,0144	
	6	0,05	1,70	0,27	0,18	0,8553	-0,34	0,88	0,14	-2,47	0,0177	
	8	0,63	0,99	0,16	4,09	0,0002	-0,05	0,59	0,09	-0,53	0,5992	
	9	0,66	0,99	0,15	4,26	0,0001	0,02	0,16	0,02	1,00	0,3233	
	10	-1,24	1,80	0,28	-4,43	0,0001	-0,78	1,49	0,23	-3,35	0,0018	
	11	-0,90	1,58	0,25	-3,66	0,0007	-0,12	0,98	0,15	-0,80	0,4301	
	12	-0,71	1,31	0,20	-3,46	0,0013	-0,41	0,97	0,15	-2,73	0,0095	
	13	1,05	0,86	0,14	7,77	0,0000	0,00	-	-	-	-	
	14	-0,80	1,01	0,16	-5,13	0,0000	-0,15	0,65	0,10	-1,43	0,1598	
	15	0,71	0,98	0,15	4,62	0,0000	0,05	0,22	0,03	1,43	0,1598	
	16	-0,71	1,19	0,19	-3,81	0,0005	-0,02	0,16	0,02	-1,00	0,3233	
	17	-0,39	1,07	0,17	-2,34	0,0246	-0,15	0,53	0,08	-1,78	0,0832	
	18	-0,76	1,16	0,18	-4,18	0,0002	-0,34	0,94	0,15	-2,33	0,0249	
	20	-1,12	1,36	0,21	-5,27	0,0000	-0,66	1,06	0,17	-3,97	0,0003	
21	-0,34	0,62	0,10	-3,54	0,0010	-	-	-	-	-		
24	0,41	1,24	0,19	2,13	0,0391	0,07	0,26	0,04	1,78	0,0832		

Tabela 31 – Medidas-resumo das opiniões de Atitudes dos itens por período de análise segundo grupos (teste de Wilcoxon)

Grupo	Itens	Diferença antes e 2 anos depois					Diferença final do curso e 2 anos depois				
		Média	Desvio padrão	Erro padrão	Z	p-value	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Z	p-value
4	5	0,54	2,44	0,68	-0,81	0,4178	-1,00	1,35	0,38	-2,07	0,0384
	10	-0,62	2,22	0,62	-1,03	0,3015	-1,62	1,39	0,38	-2,60	0,0094
	11	-1,46	1,56	0,43	-2,57	0,0101	-0,23	0,83	0,23	-1,00	0,3173
	13	1,92	1,75	0,49	-2,77	0,0057				0,00	1,0000
	15	1,77	1,64	0,46	-2,74	0,0062				0,00	1,0000
	19	-1,38	1,76	0,49	-2,29	0,0222	-0,15	0,55	0,15	-1,00	0,3173
	20	1,85	1,46	0,41	-2,89	0,0039	-0,23	0,83	0,23	-1,00	0,3173
5	2	-0,77	1,09	0,30	-2,16	0,0310	-	-	-	0,00	1,0000
	5	0,92	1,19	0,33	-2,41	0,0158	-	-	-	0,00	1,0000
	6	-0,85	1,63	0,45	-1,81	0,0698	-1,31	1,32	0,36	-2,43	0,0152
	9	0,92	1,38	0,38	-2,16	0,0311	0,15	0,55	0,15	-1,00	0,3173
	10	-1,69	1,49	0,41	-2,72	0,0066	-1,08	1,32	0,37	-2,23	0,0256
	11	-1,00	1,58	0,44	-2,06	0,0391	-0,08	0,28	0,08	-1,00	0,3173
	13	0,85	1,28	0,36	-2,06	0,0394	-	-	-	0,00	1,0000
	14	-0,85	0,80	0,22	-2,60	0,0094	-0,15	0,55	0,15	-1,00	0,3173
	15	0,85	1,21	0,34	-2,16	0,0311	-0,08	0,28	0,08	-1,00	0,3173
	16	-1,31	1,38	0,38	-2,54	0,0111	-0,31	0,75	0,21	-1,41	0,1573
	17	-0,92	1,32	0,37	-2,23	0,0260	-0,23	0,83	0,23	-1,00	0,3173
	23	-1,00	1,35	0,38	-2,21	0,0269	-0,38	0,96	0,27	-1,34	0,1797

- Não houve mudança nas respostas de todos os alunos.

6.2.14 Análise geral de Conhecimento por grupo

Tabela 32 – Medidas-resumo da nota de Conhecimento por período de análise segundo os grupos

Grupo	Estatísticas	Antes	Final do curso	2 anos depois	Diferença entre 2 anos depois e antes	Diferença entre 2 anos depois e final do curso
G1	Média	5,79	10,64	13,76	7,98	3,12
	Desvio padrão	3,02	3,04	2,68	4,34	4,08
	Erro padrão	0,47	0,47	0,41	0,67	0,63
	N	42	42	42	42	42
G2	Média	6,65	10,73	13,95	7,30	3,22
	Desvio Padrão	3,19	3,56	2,04	4,05	4,37
	Erro Padrão	0,52	0,58	0,34	0,67	0,72
	N	37	37	37	37	37
G3	Média	6,44	10,90	14,68	8,24	3,78
	Desvio padrão	2,76	2,74	3,95	4,86	5,12
	Erro Padrão	0,43	0,43	0,62	0,76	0,80
	N	41	41	41	41	41
G4	Média	8,15	10,38	13,69	5,54	3,31
	Desvio Padrão	1,68	2,47	2,63	3,20	2,81
	Erro Padrão	0,46	0,68	0,73	0,89	0,78
	N	13	13	13	13	13
G5	Média	4,77	10,62	14,08	9,31	3,46
	Desvio padrão	2,17	3,40	2,06	3,33	4,81
	Erro padrão	0,60	0,94	0,57	0,92	1,33
	N	13	13	13	13	13
Total	Média	6,31	10,71	14,09	7,78	3,38
	Desvio padrão	2,91	3,05	2,91	4,30	4,40
	Erro padrão	0,24	0,25	0,24	0,36	0,36
	N	146	146	146	146	146

A Tabela 32 mostra as médias de notas de Atitudes por grupo. A Análise de Variâncias com medidas repetidas apontam a ausência de interação ($F= 1,12$, $p\text{-value} = 0,348$) indicando que as variações nas notas de conhecimento dos alunos ao longo do período são semelhantes entre os grupos, conforme visualizado no Figura 21.

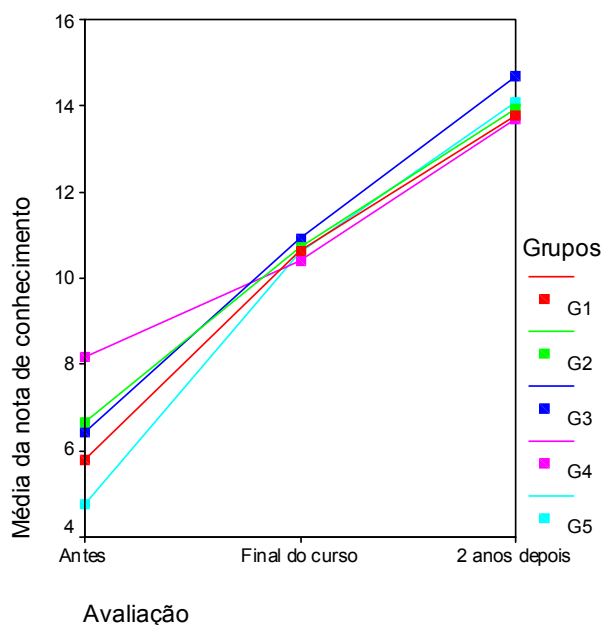


Figura 21 – Perfis de médias das notas de conhecimento segundo período de análise por grupo

A Análise de Variâncias com medidas repetidas aponta também a ausência de efeito dos grupos ($F= 1,10$, $p\text{-value} = 0,359$), indicando que as variações médias de Conhecimento entre os diferentes grupos são semelhantes. Por outro lado, detectou-se o efeito do período de avaliação ($F= 192,03$, $p\text{-value} < 0,0001$).

Os testes para avaliar quais períodos de análise apresentam médias diferentes estão na Tabela 32. Pode-se observar aumento da nota média de Conhecimento entre o início e o final do curso ($p\text{-value} < 0,001$) e entre o final de curso e dois anos depois ($p\text{-value} < 0,001$).

Tabela 33 – Teste F para comparação de médias de Conhecimento entre períodos de análise

Atitudes	F	$p\text{-value}$
Final do curso vs. antes	161,884	< 0,001
2 anos depois vs. Final do curso	209,741	< 0,001

7. DISCUSSÃO

7.1 Estudo piloto

Os objetivos do estudo piloto foram adaptar as escalas à população estudada e analisá-las qualitativa e quantitativamente. Foi realizado o alpha de Crombach, na escala de Atitudes, e análise descritiva na escala de Conhecimento. Quanto à escala de Atitudes, o cálculo da correlação de cada item com o conjunto de itens (por meio da correlação de Pearson) revelou alguns itens cuja correlação com o conteúdo total era baixa. Esses itens foram eliminados e a escala passou a ter 24 itens. Com um número menor de variáveis, a consistência interna, medida pelo alpha de Crombach, melhorou. Assim, a escala se aproximou dos objetivos do estudo, medindo as variáveis de interesse sobre as Atitudes, facilitando a aplicação, além de tornar o estudo viável, porque permitiu uma amostra menor. Com 66 itens o tamanho da amostra subiria à níveis que dificultaria ou inviabilizaria o estudo, como será discutido à frente. Outras análises das escalas poderiam ser feitas com os dados do estudo piloto, ou outros procedimentos poderiam ter sido incluídos. Entretanto o objetivo principal do estudo era avaliar o curso ministrado. Uma escala já estudada no Brasil serviria aos nossos propósitos e não desvirtuaria o estudo de seu objetivo principal.

Nunnali e Bernstein, 1998 relatam que a maioria das estimativas de confiabilidade se expressa como coeficientes de correlação. As estimativas de confiabilidade se expressam em função do aspecto que possa causar erros de medidas. Os autores descrevem os seguintes tipos de confiabilidade:

1. *Estabilidade* - refere-se à consistência das respostas ao longo do tempo. É o que se conhece por teste-reteste. Não realizamos este estudo, assim, as medidas da escala Atitudes poderiam ser questionadas nos seguintes aspectos: (i) o efeito de reaplicação do mesmo Instrumento em vários momentos, principalmente em relação à aplicação antes e imediatamente após o Curso e (ii) o efeito do tempo, no caso da terceira aplicação - dois anos depois de ministrado o curso. Um grupo controle poderia resolver essa questão, na medida em que pudéssemos comparar o efeito da aplicação das escalas no grupo controle e o real efeito medido no grupo de intervenção.
-

2. *Equivalência* - refere-se ao fato de haver ou não consistência das medidas de forma equivalente no mesmo Instrumento. Neste caso o erro seria conter itens que não representam o universo de conteúdo do que se estuda. Com relação a este quesito, a escala de Atitudes foi avaliada por especialistas independentes, e um estudo piloto serviu para análise conceitual dos itens (Pillon, 1998) e após realizamos a correlação item-total (correlação de Pearson) para determinar a equivalência entre os itens.
3. *Consistência Interna* - relaciona-se à correlação que os itens têm com a pontuação total da escala. É medido pelo alpha de Corombach.

Apesar dessas limitações, as escalas foram eficazes em detectar diferenças significativas e o Instrumento final, com 24 itens, manteve boa confiabilidade (apesar de não aferida a estabilidade) e permitiu que o estudo fosse feito com amostra menor. Com 66 itens, o trabalho de campo se tornaria muito complicado, porque o tamanho da amostra subiria para 350 indivíduos (cinco indivíduos para cada medida, como pré-requisito para a Análise Fatorial). Além disso, a escala ficou com um número menor de variáveis facilitando sua aplicação.

A escala de Conhecimento pôde ser corrigida e algumas questões reavaliadas para aplicação no estudo final. Merwin, 1992, recomenda que seja realizado um conjunto de questões para avaliar o mesmo quesito. As questões devem ter o mesmo grau de dificuldade, a mesma compreensibilidade, além de medirem o mesmo quesito. Para cada avaliação sortear-se-iam questões de forma que o Instrumento não seria exatamente igual nas aplicações, porém equivalente. Entretanto, o medir o grau de dificuldade, da compreensibilidade e do quesito avaliado permanece no âmbito subjetivo. Dependeria da avaliação conceitual das questões e de sua relação com o conteúdo do curso. Entretanto, o Instrumento aplicado foi exatamente o mesmo nas três avaliações. Isso poderia gerar um viés de reaplicação já que os participantes passariam a conhecer os quesitos que

deveriam ser “respondidos” pelo curso. Esse tipo de viés tem alguns pontos que podem ser favoráveis. Considerando que o Instrumento de Conhecimento teve seu foco na avaliação dos principais aspectos que o clínico deve saber, o fato de o profissional já iniciar o curso sabendo em quais pontos estariam suas dificuldades, ajudaria-nos a prestar mais atenção aos pontos que o curso realmente queria salientar. Sob essa óptica, a melhora não se deve a um erro porque os profissionais conheciam as questões, mas seria um grande efeito do curso nos pontos que realmente merecem destaque.

7.2 Caracterização da amostra

Com referência a amostra destaca-se o grande número de médicos (58,1%), o pequeno número de enfermeiros (11%) e de técnicos (incluindo enfermagem e agentes de saúde) (13,4%). Na Rede Primária de Saúde esperaríamos encontrar tais profissionais nas proporções de 1 médico para 1 enfermeiro, para 1 técnico de enfermagem, para 1 auxiliar de enfermagem para 4 ou 6 agentes comunitários. Essa inversão de proporção pode ser um viés de amostra por ela ter sido de conveniência. Entretanto, é provável que de fato haja um grande número de médicos, se comparados aos técnicos e enfermeiros trabalhando na Rede Primária de Saúde. O maior número de médicos concentra-se no Sudeste (58%) – números referentes ao ano de 2000 (Gonçalves, 2002). Os agentes comunitários ainda são em pequeno número em todo o Brasil e não há uma política consistente de formação e educação continuada para estes profissionais

Em todos os países do mundo a implantação da Intervenção Breve para o tratamento do usuário de álcool enfrentou dificuldades múltiplas que podem ser devidas, em parte, à dificuldade de trabalho em equipe. Edgar Morim, 1983, salienta a importância das diversas profissões na construção de um conhecimento complexo. Tratar a dependência química exige conhecimento de sua complexidade e isso só será possível pela confluência da visão de profissionais de áreas distintas, contribuindo com o conhecimento de uma parte do complexo. Para Morin, o complexo, visto por este prisma, não assumirá o sinônimo de complicado. Outra dificuldade para a

implantação da Intervenção Breve é a organização de serviço e a falta de apoio aos profissionais da Rede Primária de Saúde. A maioria dos profissionais (62,2%) não recebeu nenhum treinamento durante a graduação e quase todos (95,9%) não receberam treinamento depois de formados na área de dependência química. A ausência de suporte também se dá na falta de serviços especializados em dependência química. Os profissionais da Rede Primária, ao assumirem o atendimento dos dependentes do álcool, podem temer a falta de recursos existentes e se vir obrigados a tratar pacientes cuja gravidade exigiria um serviço especializado. Essas dificuldades todas podem explicar a falta de efetividade da Intervenção Breve mostrada em uma metanálise, por Beich, 2003.

Outro aspecto que nos chama atenção é que, apesar de todas as dificuldades apontadas, 65,7% dos profissionais atendem até 4 pacientes por semana, cujo diagnóstico relatado é dependência do álcool; os outros 34,3% atenderiam mais que 5 pacientes, semanalmente, com problemas ligados ao uso do álcool. Sem treinamento, fica a questão da qualidade do atendimento em dúvida. Se o tratamento não oferece o que o paciente necessita, a adesão e a aderência são baixas e o resultado é ruim. Como salientou Walsh (1995), o prognóstico ruim propicia a idéia de que pacientes dependentes de álcool raramente se recuperam, influenciando as Atitudes dos profissionais.

Vale ressaltar um aparente paradoxo encontrado nesta amostra. Pouco mais da metade (53,5%) sente-se satisfeita com o trabalho; 41,3% sentem-se satisfeitos com a remuneração; no entanto, a maioria dos profissionais trabalha em dois empregos.

Tal perfil de profissionais da Rede Primária de Saúde é preocupante em vários aspectos: (i) os técnicos são minoria ou não tiveram motivação para participar de curso; (ii) a Rede Primária, composta principalmente de médicos representa uma distorção do sistema, o que aumenta os custos com a saúde; (iii) mesmo sem treinamento algum, os profissionais atendem um número considerável de pacientes dependentes ou com problemas ligados ao uso do álcool; (iv) a qualidade do atendimento é duvidosa, nesse contexto, e o paciente é o maior prejudicado.

Mudar o quadro não é tarefa fácil. São muitos os fatores implicados. Mas este estudo mostra que o ensino de qualidade pode mudar as Atitudes e estas, podem ser a mola propulsora para as outras mudanças necessárias.

7.3 Análise das Atitudes

A Análise Fatorial e a Análise de Cluster, bem como a relação com as características profissionais da amostra que compõem a Rede Primária de Saúde permitiram um diagnóstico do perfil dos profissionais. Chegamos a cinco grupos de profissionais que compartilhavam fatores de Atitudes semelhantes.

O Grupo 1 concentra a maioria dos técnicos (aqui reunimos técnicos de enfermagem e agentes de saúde). Aproximadamente 60% dos técnicos estão nesse grupo (o que representa 28% dos profissionais que compõem o grupo). É o grupo que mais concorda com a etiologia moral da dependência; é o que tem maior preconceito pessoal sobre o dependente; é o que concorda com o fato de que o paciente pode controlar o seu uso. Aparentemente num paradoxo, o grupo se sente bem preparado para atender os pacientes e não é pessimista com relação ao prognóstico. O paradoxo pode ser realmente aparente. É possível explicar tais achados: os técnicos estão na linha de frente da equipe, o que explica ser um dos grupos que mais atende (metade deles atende mais que quatro pacientes semanalmente). Contudo, o atendimento pode ser apenas uma assistência paliativa e não um tratamento já que a maioria dos profissionais não recebeu treinamento algum. A assistência paliativa, ainda que seja para dizer ao paciente que não se atende dependentes no serviço e encaminhá-lo, deixa uma sensação de efetividade. O problema foi resolvido de alguma maneira. Assim, os profissionais sentem-se preparados, mas talvez o preparo a que se referiram não seja para o tratamento, mas para uma resolução rápida, ainda que reconhecidamente não seja a melhor. Como acreditam que a etiologia da dependência é moral, não é questão a ser resolvida na área de saúde, então sentem-se justificados ao dar uma assistência paliativa. Por outro lado, sendo uma questão moral, o paciente foi responsável pelo início do uso de bebida e é responsável por de beber sozinho, tal como iniciou. Isso explica o fato de o

grupo acreditar que o usuário possa controlar o uso, desde que o queira. Explica também o preconceito pessoal (é o grupo com maior preconceito), pois os pacientes se tornam inadequados, ao procurarem ajuda no sistema de saúde para uma questão que é de âmbito moral.

Outra possível explicação para esse conjunto de Atitudes negativas é que esses profissionais estão na linha de frente e, portanto, de todos os grupos, é o que mais contato tem com o paciente. Sem treinamento, sem suporte adequado, é de se esperar um prognóstico ruim. Entretanto os profissionais não os vêem como alguém cuja doença é de prognóstico ruim, mas alguém que não se esforça para mudar seu hábito. O paciente volta ao serviço inúmeras vezes nos momentos de crise, ou deixa de ir às consultas em outros momentos. Esse conjunto de fatores já seria suficiente para criação e perpetuação das Atitudes negativas.

Porém, quando avaliamos a mudança das Atitudes, esse grupo apresentou sensível melhora. Em relação aos demais grupos apresentou variação maior que o grupo 3 e menor que o grupo 5. Tomando os itens da escala de Atitudes o grupo demonstrou melhora em 12 itens.

É importante que o sistema de saúde volte maior atenção aos profissionais de nível técnico. Eles representam um grupo importante na equipe, porque tem maior contato com os pacientes. Sem treinamento adequado podem formar uma barreira para o acesso do paciente ao serviço. Esse grupo respondeu bem aos objetivos do curso: melhorou as Atitudes e os Conhecimentos, sendo que a melhora de conhecimento não diferiu dos outros grupos nas três medidas.

O Grupo 2 destaca-se por se sentir o mais despreparado de todos e o menos moralista. As Atitudes de preconceito, pessimismo sobre o prognóstico e controle do uso não indicam diferenças significativas e se mantiveram na média dos grupos. Provavelmente estejam distribuídos nesse grupo profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais). O grupo destaca-se por atender, relativamente aos outros grupos, poucos dependentes: 65,91% dos seus integrantes atendem menos de quatro pacientes por semana.

As características são bem coerentes. Sendo um grupo predominantemente de nível superior, não está na linha de frente dos atendimentos. É menos moralista e talvez, o mais coerentes quanto ao preparo para atendimento. É possível que o grupo atenda pouco porque se sinta pouco preparado. Ele se destacou por apresentar maior índice de melhora das Atitudes. Pelas comparações múltiplas, foi o grupo com maior mudança nas Atitudes, tanto imediatamente após o curso, como dois anos depois.

Saturnino de La Torre, 2002, diz que o primeiro passo para o aprendizado é a consciência de que não se sabe. Portanto, não parece ser coincidência que o grupo que mais se sente despreparado seja o que apresenta maior aumento dos escores de Atitudes. Com relação aos itens de Atitudes representados no Instrumento, o grupo mostrou melhora expressiva em 7 itens de Atitudes (itens 5, 10, 11, 12, 20, 21 e 22), quando se comparam a primeira aplicação do questionário (antes do curso) e a última.

O Grupo 3, também formado por profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), destaca-se por ser um dos que menos atende pacientes (junto com os grupos 2 e 4). É o menos preconceituoso de todos, embora seja tão moralista quanto os grupos 1 e 5.

O grupo 4 se destaca em dois aspectos: (i) 84,62% de seus integrantes são médicos e (ii) 100% dos integrantes atendem poucos pacientes. A análise múltipla detectou ser o grupo que menos atende. Observando as características das Atitudes iniciais, é o grupo menos moralista e acredita que o dependente não tem controle sobre o uso. Com relação ao preparo para atendimento, manteve-se na média. Nenhuma diferença foi detectada na análise múltipla. Não ter Atitude moral nada diz sobre qual é a atitude sobre etiologia da dependência. Entretanto, como é o grupo que mais acredita na falta de controle sobre o uso, é possível que a Atitude sobre etiologia concorde com o caráter biológico da gênese da dependência. Esta é uma postura característica dos Alcoólicos Anônimos. Tendo em vista que todos os componentes do grupo atendem pouco, é possível que seja adepto dos Alcoólicos Anônimos e encaminhe os pacientes para tais grupos de auto-ajuda. Paradoxalmente, é um grupo moralista, porém o menos preconceituoso.

Quando se fala em “moralista”, fala-se em Atitude relacionada à etiologia. Portanto, nada impede que alguém concorde com a etiologia moral da dependência do álcool, mas não se incomode com as características pessoais do dependente. É possível que pessoas moralistas sejam desprovidas de preconceito e até prestem assistência, seja qual for a “etiologia” da necessidade. A análise de comparação múltipla não detectou diferença na mudança de Atitudes em relação aos grupos 1, 4, e 5 das escalas.

Um estudo realizado por Roche, 1995, já citado na introdução, encontrou situação semelhante: 99% dos médicos pós-graduandos acreditavam ser da responsabilidade médica tratar os dependentes do álcool, porém 82% deles consideravam os Alcoólicos Anônimos a mais efetiva das intervenções.

Uma possível explicação para tais contradições é a hipótese de que a Atitude desse grupo, com relação à etiologia, seja a de doença biológica, criando certa ambivalência no profissional. Se for uma doença biológica, o médico deveria tratar. Todavia, o contexto e a falta de treinamento dificultam o atendimento. Se essa hipótese for verdadeira, uma possível resolução para ambivalência seria o encaminhamento ao grupo de auto-ajuda, que compartilha da mesma Atitude de doença biológica para a etiologia da dependência do álcool.

Outra hipótese a ser considerada é o atendimento do dependente de álcool ser tão desprovida de suporte na Rede Primária que o grupo, por motivos diversos, tem pouco contato com dependentes, não desenvolvendo Atitudes negativas pelo simples fato de não viver a dificuldade de tratamento. Essa possibilidade explicaria por que os grupos que mais atendem têm Atitudes mais negativas (grupo 1 e 5) e os grupos que menos atendem têm Atitudes mais positivas (grupos 2, 3 e 4). A solução deveria começar por oferecer suporte aos profissionais – local adequado para atendimento; medicamentos disponíveis; serviços para encaminhamento e treinamento. O grupo 4 apresentou melhora das Atitudes em níveis semelhantes, entre a primeira e a segunda avaliação e a segunda e a última. Apresentou melhora de Atitudes nos itens 11, 12, 13 e 14 da escala, se tomarmos a medida inicial e a última. Entre a segunda medida e a última ocorreu melhora nos itens 5 e 10.

O grupo 5 destaca-se por ser mais moralista (semelhantemente aos grupos 3 e 1) e o mais pessimista. Os profissionais de nível superior estão distribuídos nesse grupo. Ele é composto apenas por 14 indivíduos. O grupo 5 demonstrou a maior mudança de Atitudes entre a primeira e a segunda avaliação.

7.4 Análise do conhecimento

Quanto ao Conhecimento, não houve efeito de grupo. Todos os grupos melhoraram o conhecimento de forma similar, comparando-se a primeira avaliação com a segunda ou a segunda com a última.

Pelas características didáticas do curso, as questões técnicas foram trabalhadas de forma diferente das questões que envolviam Atitudes. A escala de Conhecimentos avaliou os quesitos técnicos relacionados ao conteúdo do curso. Todos os profissionais devem compartilhar de capacidades cognitivas semelhantes, e o conteúdo do curso foi de nível básico – como recomenda o *Advisory Council on the Misuse Drugs*. O ganho em Conhecimento, portanto, foi semelhante em todos os grupos.

Esse resultado aponta para uma suposição de que intelectualmente os profissionais não mostram qualquer dificuldade e não é só o Conhecimento que os diferencia quanto ao comportamento de atender ou não o dependente químico, porque todos podem ter conhecimentos semelhantes. Porém, as Atitudes, como citado na introdução da tese, estão na dependência e inter-relação com muitos fatores, alguns dos quais não podemos sequer controlar. Isso explica por que, nas Atitudes, os efeitos de grupo foram evidentes.

Neste estudo, o que diferencia profissionalmente as pessoas umas das outras quanto à dependência química são as Atitudes. Assim, qualquer curso que se pretenda eficaz deve explorar e promover mudança das Atitudes. Neste estudo não encontramos correlação entre as Atitudes e os Conhecimentos. Isso parece bem coerente porque a base conceitual de Atitude é muito diferente da de conhecimento. Para que haja mudança na

assistência ao dependente de álcool não basta o Conhecimento, como não bastam as Atitudes. O que vai mudar os comportamentos dos profissionais da Rede Primária de Saúde é um conjunto de ações que envolvam mudança de Atitudes, aquisição de Conhecimento e organização de serviço eficaz. Enquanto faltar um dos componentes essenciais a efetividade da implantação de Intervenção Breve na Rede Primária de Saúde estará comprometida, apesar de sua comprovada eficácia.

7.5 Limitações do estudo

- (i) Amostra de Conveniência - Apesar de o convite ao curso ter partido do secretário da saúde, oficialmente, e de sua presença constante, sempre é possível ao profissional declinar o convite. Assim, participaram do curso pessoas que provavelmente estivessem mais dispostas a investir no assunto. Além disso, era possível participar do curso, mas não do estudo, de forma que os menos dispostos, que tenham se sentido pressionados, poderiam ir às aulas mas fazer o mínimo necessário e não participar do estudo. Isso implica em um viés de seleção que pode interferir nos resultados. Os dados obtidos não podem ser generalizados e se o forem, deve-se tomar todo cuidado, porque o contexto (a cidade, os salários dos profissionais, a organização dos serviços de saúde) influencia o resultado final.
 - (ii) O estudo não foi controlado. Não realizamos um ensaio comunitário, no qual, à semelhança dos ensaios clínicos, há um grupo-controle para ser comparado com o grupo de intervenção. Isso também tem algumas implicações como, não se poder afirmar eficácia do curso, *sensu latu*, porque a única maneira de saber se uma intervenção é melhor do que outra ou do que nenhuma é por comparação. O que podemos afirmar é que o curso teve um impacto, mas não sabemos qual fator, além do curso podem ter contribuído ou não para este impacto, porque não controlamos essas possíveis variáveis.
-

- (iii) Avaliações - Utilizamos uma escala que deriva de três outras validadas, cuja composição resultou numa quarta que não passou por todos os processos de validação. Além disso, a escala de Conhecimento foi reaplicada sem qualquer modificação e este efeito não foi medido por não ter existido grupo-controle.
 - (iv) O curso - Ministrar um curso compreende variáveis de difícil controle. É diferente de um medicamento, cujo efeito placebo é medido e o que resta é uma ação farmacológica cujas reações bioquímicas serão muito semelhantes em qualquer organismo. O curso implica em conhecimento de didática e didática não é um dom. Aprende-se. Entretanto, a mesma técnica utilizada por mediadores diferentes tem efeitos diferentes. Ser professor envolve conhecimento, didática, empatia, retórica. Engloba características pessoais como gostar de falar em público, por exemplo. Essas questões variam em cada professor. Portanto, afirmar que a reaplicação do curso e a utilização do mesmo material didático provocarão o mesmo efeito pode não ser verdadeiro. Alguma parte dos resultados se deve às características do professor, que não podem ser controladas.
-

8. CONCLUSÕES

1. O uso do álcool pode oferecer riscos à saúde por uma variedade de caminhos – uso em grande quantidade (superior à de baixo risco); uso em situações inadequadas (ao dirigir); Uso Nocivo e Dependência. Os números apontam para o uso cada vez mais precoce em um país cujas políticas públicas não são cumpridas e cuja quantidade de álcool consumida pela população pode ser subestimada pela difícil contabilização das produções clandestinas.
 2. O risco de a população ter agravos à saúde é grande e o primeiro contato com o serviço público de saúde é a Rede Primária. Os profissionais da Rede Primária não recebem treinamento ou suporte. O diagnóstico é feito tardiamente e o prognóstico piora.
 3. Um curso de curta duração com foco nas questões absolutamente práticas para o atendimento dos usuários de álcool de alto risco e nas Atitudes dos profissionais sobre essa clientela é eficaz.
 4. O impacto do curso foi substancial nas duas medidas de desfecho: as Atitudes e os Conhecimentos. Genericamente, a melhora das Atitudes foi significativa entre a primeira avaliação (antes do curso) e a segunda (imediatamente após o curso), bem como o nível de Conhecimento, que também melhorou significativamente.
 5. A medida de *follow-up* (dois anos após ser ministrado o curso) mostrou melhora em relação à segunda avaliação (imediatamente após o curso), sugerindo que as modificações nas Atitudes e nos Conhecimentos ocorrem em um processo e que sofrem influências diversas, que não podemos controlar, tais como: é possível que a melhora das Atitudes inicial tenha levado a uma busca por informação; tendo um material de consulta, é possível que o profissional se sinta estimulado a buscar informações ao se deparar com o paciente.
 6. O curso pode ser um excelente instrumento para a reeducação dos profissionais por meio de um processo que não é imediato, mas que aplicado em grande escala, poderá acarretar mudanças substanciais a longo prazo.
-

9. ANEXOS

Anexo 1: Material escrito utilizado no curso

UNIAD - Unidade de pesquisa em Álcool e Drogas**Departamento de psiquiatria**

Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de medicina UNIFESP/EPM

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA E USO NOCIVO
DE ÁLCOOL****Cláudio Jerônimo da Silva****Luís André P. G. Castro****Ronaldo Laranjeira**

Introdução

Fazer o diagnóstico e tratar a dependência do álcool precocemente têm uma importância fundamental no prognóstico deste transtorno para o paciente e para a sociedade. Perto de um quinto dos pacientes tratados na rede primária bebe em um nível considerado de alto risco ou faz uso nocivo do álcool (Fleming, 1999). Geralmente o primeiro contato desses pacientes com o serviço de saúde ocorre por intermédio dos médicos clínicos gerais. Entretanto, estudos têm demonstrado que é um transtorno pouco diagnosticado e tratado por eles (Klaman & Miller, 1997). Os médicos não fazem o diagnóstico nem tratam o uso nocivo ou dependência de álcool e drogas com mesma frequência e precisão que o fazem com as outras doenças crônicas (Cleary & Miller, 1988). Em geral o foco desses profissionais está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência, que ocorrem tardiamente, e não para a dependência subjacente (Walsh, 1995). O período médio entre o primeiro problema decorrente do uso do álcool e a primeira intervenção voltada a este problema é de cinco anos (W.H.O., 1987). A demora para iniciar o tratamento e o tratamento inadequado pioram o prognóstico levando a crer que os pacientes dependentes de álcool raramente se recuperam (Galanter, 1998). Uma das razões para estes problemas pode ser a falta de um currículo mínimo nas faculdades de medicina para treinamento dos estudantes nesta área.

Clark (1981) descreveu quatro impedimentos para o médico elaborar o diagnóstico e tratamento da dependência do álcool: (1) cognitivo - falta de conhecimento da variedade de sintomas gerados pela dependência ou meios sistemáticos de fazer o diagnóstico diferencial; (2) atitude - uma visão negativa do paciente e do tratamento; (3) comunicação - a resistência dos pacientes dependentes provoca nos médicos respostas pouco acolhedoras; e (4) conceptual - os médicos não vêem a dependência como uma doença que eles tenham a responsabilidade de diagnosticar e tratar.

Reconhecendo a falta de treinamento na área de dependência química, o NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) e o NIDA (National Institute on Drug Abuse), nos Estados Unidos, e universidades Inglesas, elaboraram um programa de treinamento para diagnóstico, prevenção e tratamento da dependência de álcool e drogas. Estas iniciativas baseiam-se no fato de que o treinamento tem-se demonstrado efetivo na habilitação técnica para o diagnóstico e tratamento da dependência, bem como na promoção de mudanças positivas nas atitudes dos profissionais com relação ao paciente (Walsh, 1995; Chappel & Jordan & Treadway, 1997).

No Brasil não existe nenhuma exigência governamental, nem um consenso entre os pesquisadores de como deveria ser um currículo mínimo que garantisse aos estudantes de medicina adequada habilidade no manejo clínico do paciente dependente de álcool. Diante desse quadro, a UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, em parceria com o MEC (Ministério da Educação e Cultura), elaborou um treinamento direcionado aos médicos clínicos gerais para o diagnóstico precoce e tratamento da Dependência de Álcool.

O treinamento tem a duração de 12 horas distribuídas em 4 módulos:

Módulo 1: Introdução teórica aos conceitos básicos e avaliação diagnóstica do uso nocivo e dependência de álcool.

Módulo 2: Avaliação e tratamento dos transtornos mentais associados ao do uso de álcool.

Módulo 3: Tratamento farmacológico e não farmacológico da dependência de álcool

Objetivos do Treinamento

- Dar subsídios ao clínico para fazer o diagnóstico precoce da dependência do álcool melhorando com isso o prognóstico do paciente.
 - Proporcionar aos médicos um entendimento amplo que envolva as questões biológicas, cognitivas, comportamentais e sociais presentes na dependência química, bem como exploração e mudança nas atitudes desses profissionais.
 - Capacitar o clínico geral para tratar as principais complicações e comorbidades psiquiátricas que ocorrem da dependência de álcool.
 - Capacitar o clínico geral para aplicar estratégias motivacionais por meio de uma Intervenção Breve, objetivando motivar o paciente para o tratamento.
-

MÓDULO 1

1. Introdução aos conceitos básicos e avaliação diagnóstica do uso nocivo e dependência do álcool

1.1 Síndrome de Dependência do Álcool

1.1.1 Introdução

A síndrome de dependência do álcool (SDA) é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas comportamentais, fisiológicos e cognitivos na qual o uso do álcool alcança uma grande prioridade na vida de um indivíduo e as demais atividades passam a um segundo plano.

Griffith Edwards e Milton Gross (1976) descreveram um novo conceito psicopatológico para dependência, conhecido como "Síndrome de Dependência do Álcool" (SDA), propondo: a) um diagnóstico dimensional, avaliando-se a frequência e a intensidade dos sintomas ao longo de um *continuum*; b) uma validação clínica, embasada em pesquisas empíricas; c) uma distinção entre uso nocivo, dependência e problemas associados ao uso de álcool; d) um entendimento do desenvolvimento e manutenção da dependência que envolva processos de aprendizagem (aprendizagem social, condicionamento operante e clássico) e influência de fatores plásticos (por ex., cultura e personalidade) na expressão clínica da dependência do álcool.

1.1.2 Sinais e Sintomas da SDA.

Os sinais e sintomas clínicos que compõem a SDA compreendem o estreitamento de repertório, a tolerância, a abstinência, o alívio ou evitação da abstinência pelo uso do álcool, o desejo para consumir álcool e a reinstalação da síndrome após abstinência.

1.1.3 Estreitamento do Repertório do Beber

O consumo do bebedor comum e a sua escolha da bebida variam de um dia para o outro e de semana para semana; um dia ele pode beber uma cerveja no almoço, nada no outro dia, ou dividir uma garrafa de vinho com amigos. À medida que a dependência avança, os estímulos para beber relacionam-se ao alívio dos sintomas de abstinência e o padrão de beber torna-se cada vez mais rígido, estreitado e estereotipado, já que os dias de abstinência ou de consumo baixo vão se tornando mais raros (Edwards et al, 1999). O paciente passa a beber o dia inteiro com vista a manter um nível alcoólico no sangue que previna a instalação de uma síndrome de abstinência. As influências sociais e psicológicas que o fariam beber começam a não ser levadas em consideração.

1.1.4 Tolerância

Tolerância é a perda ou diminuição da sensibilidade aos efeitos iniciais do álcool que ocorrem como resultado da prévia exposição a ele. (Edwards et al, 1999). Como consequência, os pacientes aumentam a quantidade de álcool ingerida para compensar a tolerância que se estabelece aos efeitos agradáveis do álcool. Na prática clínica, a tolerância é identificada quando o paciente consegue exercer - mesmo com prejuízo do desempenho - várias atividades (por ex., dirigir automóveis) com uma concentração de álcool no sangue tão elevada que normalmente incapacitaria o bebedor normal. (Laranjeira e col. 1996).

1.1.5 Síndrome de abstinência

É um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos que aparecem em decorrência da diminuição ou interrupção do uso do álcool. Inicialmente, os sintomas de abstinência são leves e intermitentes. Posteriormente, com agravamento da síndrome de dependência, a frequência e a gravidade dos sintomas aumentam, passando a ser persistentes (Laranjeira et al, 1996).

1.1.6 Saliência do comportamento de uso

Com o avanço da dependência, a pessoa começa dar prioridade à ingestão alcoólica em detrimento das atividades sociais, profissionais e recreativas (Edwards et al, 1999). O comportamento passa a girar em torno da procura, consumo e recuperação dos

efeitos do álcool apesar dos problemas psicológicos, médicos e psicossociais. Na prática clínica pode-se identificar a saliência do comportamento de busca do álcool, investigando-se a ingestão de álcool nas situações socialmente inaceitáveis - no trabalho, quando está doente, quando falta dinheiro, dirigindo automóveis etc. (Laranjeira et al, 1996). Os pacientes abandonam progressivamente os prazeres e/ou interesses diversos em favor do uso do álcool; aumentam a quantidade de tempo necessário para obter, tomar e se recuperar dos efeitos do álcool e persistem no consumo, apesar das conseqüências nocivas, tais como problemas clínicos e psicossociais. Além disso, possuem dificuldade para controlar o início e término do consumo de álcool.

1.1.7 Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo uso do álcool

Para aliviar ou evitar os sintomas desagradáveis e intensos da abstinência, os pacientes passam a ingerir álcool, apesar das conseqüências psíquicas e físicas adversas. Na história clínica devem ser valorizados os seguintes aspectos: (i) início da relação entre o beber e o alívio dos sintomas de abstinência; (ii) tempo entre o despertar e a primeira dose de álcool do dia; (iii) cultura do paciente; (iv) personalidade do paciente (Laranjeira et al, 1996).

1.1.8 Sensação subjetiva de necessidade de beber

É o desejo subjetivo e intenso de fazer uso do álcool - “*craving*” ou “*fissura*”. (Laranjeira e col. 1996). A pessoa experimenta uma perda do controle. Entretanto, não está claro se a experiência é verdadeiramente a perda de controle ou a decisão em não exercer o controle (Edwards e col. 1999).

1.1.9 Reinstalação da síndrome após abstinência

Na reinstalação da síndrome de dependência após abstinência, o paciente retoma rapidamente o padrão mal - adaptativo de consumo de álcool, após um período de abstinência (Laranjeira e col. 1996). Uma pessoa com nível de dependência moderado quando fica abstinente por um período e volta a beber a síndrome de dependência se reinstala em semanas ou meses. Para um nível de dependência grave este período pode ser de alguns dias (Edwards e col, 1999).

1.2 Dependência e Problemas

Existe uma distinção entre dependência e problemas relacionados a ela. Problemas no trabalho ou familiares não entram no critério de dependência. Existem duas dimensões distintas: de um lado a psicopatologia do beber - a dependência propriamente dita; e do outro, uma dimensão que enfoca os problemas que decorrem do uso ou da dependência do álcool. A FIGURA 1 ilustra estas duas dimensões: no eixo horizontal está a dependência e no eixo vertical os problemas, ambos variando ao longo de um *contínium*. No quadrante I estariam os indivíduos que apresentam dependência e problemas decorrentes dela. No quadrante II, os indivíduos que embora não sejam dependentes apresentam problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas - por exemplo, alguém que sofre um acidente ao dirigir após um uso abusivo episódico. No quadrante III estariam aqueles que não apresentam problemas ou dependência - são os indivíduos que fazem uso de bebida alcoólica considerada normal ou de baixo risco. O quadrante IV inexistente (dependência sem problemas).

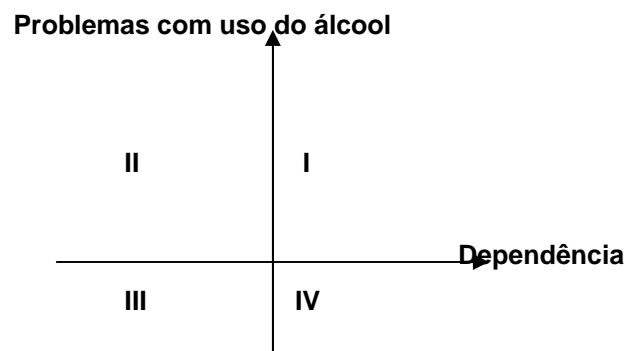


Figura 1: Desenho esquemático da relação entre dependência e problemas associados ao uso do álcool.

1.3 Beber seguro (baixo risco)

Sabe-se que o uso do álcool está associado a diversos problemas. Mas qual seria o nível de consumo necessário para que isso ocorra? Embora seja uma questão não claramente respondida, existe um nível no qual beber está associado a baixo risco de desenvolver problemas. O consumo que indica baixo risco é diferente para homens (21 Unidades ao longo da semana) e mulheres (14 Unidades ao longo da semana) - FIGURA 2. No Brasil existe uma diversidade grande de bebidas cuja concentração alcoólica e a medida dos vasilhames varia muito. Entretanto podemos padronizar as concentrações alcoólicas das bebidas como mostra a FIGURA 3.

Por exemplo, uma pessoa que bebe 3 doses de uísque ao dia, estaria ingerindo 150 ml de uma bebida alcoólica destilada cuja concentração é aproximadamente 40 %. Isso equivale a 60 g de álcool ($150 \times 0,4$) e 6,0 Unidades (cada 10 g = 1 Unidade). Ao longo da semana essa pessoa estaria ingerindo 42 Unidades, ultrapassando em grande escala a faixa do beber seguro.

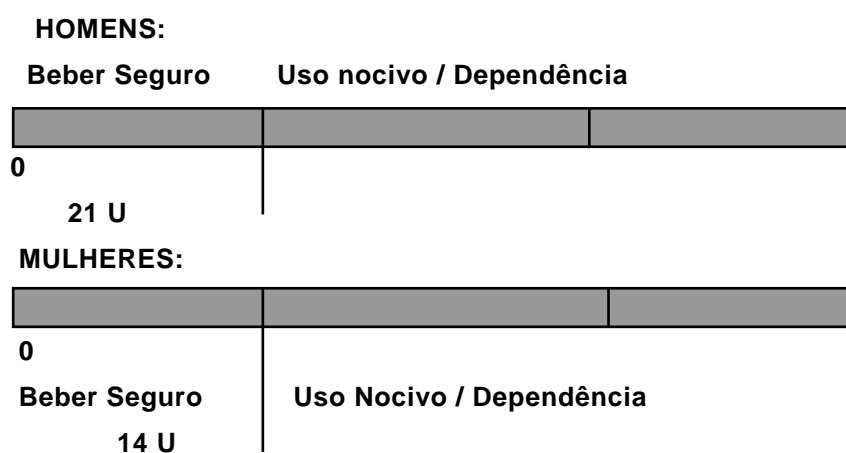


Figura 2: faixa do beber seguro e uso nocivo / dependência de bebidas alcoólicas em unidades de álcool, para Homens e Mulheres.

Bebida	Concentração	Quantidade
Vinho	12%	90 ml = 10g = 1 U
Cerveja	5%	350 ml = 17g = 1,7 U
Destilado (Pinga)	40%	50 ml = 20g = 2 U

Figura 3: Relação entre a bebida, concentração alcoólica e quantidade de Unidades presentes em algumas bebidas alcoólicas encontradas no Brasil.

1.4 Rastreamento

Para o rastreamento da dependência, o AUDIT – ANEXO 1 – é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da saúde (OMS) que identifica as pessoas com um consumo de risco para o álcool. Este instrumento foi desenvolvido em 1980 com o objetivo de identificar os bebedores de risco entre os pacientes que procuravam atendimento médico na rede básica de saúde. O AUDIT é constituído por 10 questões que exploram o uso, a dependência e os problemas relacionados ao uso do álcool. Os escores vão de 0 a 40, sendo que uma pontuação igual ou superior a 8 indica a necessidade de uma investigação diagnóstica mais específica (Figlie, 1997). O AUDIT não faz o diagnóstico, mas indica os

prováveis casos de dependência. O CAGE - ANEXO 2 - é também um instrumento proposto por Ewing e Rouse (1970) para rastreamento da dependência do álcool. Assim com o AUDIT, o CAGE não faz o diagnóstico, mas aponta os prováveis casos de dependência, é menos completo, mas tem a vantagem de ser de fácil e de rápida aplicação, porque é constituído por apenas quatro questões. A sigla CAGE resulta das palavras chaves em inglês contidas em cada uma das quatro questões: *Cut - down; Annoyed; Guilty e Eye - opener.*

1.5 Critérios Diagnósticos - CID – 10

O Código Internacional das Doenças - décima revisão (CID 10) incorporou muitos dos critérios da Síndrome de Dependência do Álcool , proposta por Edwards Griffith em 1976. Os critérios diagnósticos do CID 10 para uso nocivo e dependência seguem abaixo.

1.5.1 Uso nocivo

- ✓ O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário
- ✓ Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a vários tipos de conseqüências sociais adversas.
- ✓ O Uso Nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de Dependência, se um distúrbio psicótico ou se outra forma específica de distúrbio relacionado ao álcool ou drogas estiver presente.

1.5.2 Dependência

Três ou mais dos seguintes critérios durante o ano anterior:

- ✓ Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.
- ✓ Dificuldade de controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo.
- ✓ Síndrome de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido. Os sintomas da síndrome de abstinência são característicos para cada substância.
- ✓ Evidência de Tolerância de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
- ✓ Abandono progressivo de outros prazeres em função do uso da substância.

1.5.3 Exames Complementares

Os seguintes exames complementares podem estar alterados no paciente que faz uso nocivo ou é dependente de álcool: gama GT, volume corpuscular médio das hemáceas, eletrólitos (cálcio, magnésio, sódio e potássio), hemograma, transaminases (TGO e TGP), função hepática (tempo de protrombina, albumina e proteínas totais), função renal (uréia e creatinina). Outros exames complementares podem ser solicitados a partir da necessidade avaliada ao exame clínico: glicemia de jejum, colesterol e triglicérides, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exame de urina.

MÓDULO 2

Avaliação clínica e tratamento dos transtornos mentais associados ao uso do álcool

1. Transtornos Mentais decorrentes do uso do álcool

1.1 Intoxicação alcoólica aguda

A intoxicação alcoólica é uma condição clínica decorrente da ingestão aguda de bebidas alcoólicas. Produz alterações neurológicas agudas e transitórias (que podem variar desde uma embriaguez leve à anestesia e coma, depressão respiratória e mais raramente morte (Ramos & Bertolete, 1997). É pouco provável que uma dose excessiva coloque em risco a vida dos pacientes dependentes, em função da tolerância desenvolvida para o álcool. Estes pacientes também podem chegar à inconsciência, mas é mais provável que isso ocorra com o bebedor eventual que exagera na quantidade de bebida por exemplo numa farrá de sábado à noite (Edwards, 1999). Para pessoas que não apresentam tolerância, uma concentração sanguínea de 0,03 mg% leva à euforia. Com 0,05 mg% podem apresentar leves incoordenações. Com 0,1 mg% observa-se ataxia e com 0,2 mg% confusão mental e diminuição da concentração. Anestesia e morte ocorrem com níveis acima de 0,4% (Laranjeira et al, 1996). As alterações de comportamento decorrentes da intoxicação alcoólica aguda, incluem comportamento sexual inadequado, agressividade, labilidade do humor, diminuição do julgamento crítico e funcionamento social e ocupacional prejudicados. As mulheres atingem níveis sanguíneos mais elevados que os homens decorrentes do maior grau de gordura no organismo feminino comparado ao masculino.

1.1.1 Intervenção não farmacológica

A intoxicação alcoólica aguda é uma condição clínica passageira, não existindo um meio rápido de promover a eliminação do álcool do organismo. O tratamento consiste em medidas gerais como:

* Proporcionar um ambiente seguro, que proteja o indivíduo quando o mesmo interromper a ingestão de álcool, evitando qualquer dano a si mesmo e a outros.

Proporcionar tempo para a metabolização do álcool (Laranjeira et al, 1996). O uso de estimulantes tem se mostrado clinicamente ineficaz (Miller, 1995).

* Às vezes é indicada uma lavagem estomacal (Edwards e col. 1999).

*

Nos casos graves, quando se ingere doses letais de álcool, pode-se tentar a hemodiálise (Laranjeira et al, 1996). Isto é particularmente comum nas intoxicações com metanol, nas quais os riscos de morte e cegueira são relevantes. É fundamental solicitar dosagem dos níveis séricos e respiratórios de álcool, exames toxicológicos da urina e radiografia de crânio para se diagnosticar o coma alcoólico, que é responsável por um índice de mortalidade em torno de 5%.

* Excluir outras causas orgânicas para a sonolência (traumatismo craniano, hipoglicemia, cetoacidose, infecção sistêmica, *overdose* de outras drogas lícitas ou ilícitas), quando o paciente encontra-se intoxicado, já que a principal medida é deixá-lo dormir até passar os efeitos da intoxicação aguda. Deve-se assegurar, entretanto, que o mesmo não aspire ao seu próprio vômito.

1.1.2 Intervenções farmacológicas

Não existem medicamentos clinicamente eficazes, capazes de reverter os efeitos farmacológicos do álcool (Samet e col. 1997).

1.1.2.1 Flumazenil

É um antagonista benzodiazepínico que parece ser capaz de reverter os efeitos do álcool nos pacientes comatosos, além de melhorar a ansiedade e a ataxia induzidas pelo próprio álcool (Laranjeira et al, 1996).

1.1.2.2 Naloxone

O uso de naloxone ainda é controverso. Alguns estudos não conseguiram reproduzir os achados iniciais (reversão da intoxicação alcoólica aguda). Esta medicação estaria indicada para reverter ou bloquear os efeitos farmacológicos do álcool quando administrada antes da ingestão (Miller, 1995).

Quadro 1 – Tratamento da Intoxicação Alcoólica Aguda

Intervenções Não Farmacológicas	Medidas gerais: Ambiente seguro Tempo para metabolização do álcool Lavagem estomacal Hemodiálise ou diálise
Intervenções Farmacológicas	Flumazenil Naloxone

1.2 Síndrome de abstinência do álcool (Consenso brasileiro sobre SAA, 2000)

A síndrome de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas que aparece quando as pessoas que bebem excessivamente diminuem ou param de beber.

A síndrome de abstinência pode variar em níveis de gravidade. Os critérios da Classificação Internacional das Doenças - décima revisão (CID - 10), para o diagnóstico da SAA são:

1.2.1 F10.3: Síndrome de Abstinência

Um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa do álcool, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses. O início e curso do estado de abstinência são limitados no tempo e relacionados à dose de álcool consumida imediatamente antes da parada e da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode ser complicada com o aparecimento de convulsões.

1.2.2 Diagnóstico

Os sintomas iniciam após 6 horas da diminuição ou interrupção do uso do álcool. Os sintomas iniciam com tremores, ansiedade, insônia, náuseas e inquietação. Sintomas mais sérios ocorrem em aproximadamente 10% dos pacientes, e incluem febre baixa, taquipnéia, tremores e sudorese profusa. Convulsões podem ocorrer em cerca de 5% dos pacientes não tratados com síndrome de abstinência do álcool. Outra complicação grave é o *delirium tremens* (DT), caracterizada por alucinações, alteração do nível da consciência e desorientação. A mortalidade nos pacientes que apresentam DT é de 5 a 25% (Trevisam e col. 1998).

1.3 Avaliação do paciente

A avaliação inicial do paciente que refere uso crônico de álcool deve ser muito cuidadosa e detalhada (Romach & Sellers, 1991). A partir desta investigação é possível que se determine o nível de comprometimento no momento da intervenção, dos problemas relacionados a este uso, das complicações e das comorbidades associadas (Williams & McBride, 1998). Esta etapa possibilitará um encaminhamento mais adequado para o tratamento subsequente. Portanto, ela deve ser direcionada para dois vértices fundamentais: (1) a avaliação da SAA e (2) problemas associados ao consumo (fluxograma 1).

1.3.1 Avaliação da síndrome de abstinência do álcool (SAA)

Anamnese: Uma história clínica deve ser feita com o objetivo de avaliar o paciente como um todo. Não existem sinais ou sintomas patognomônicos da SAA; portanto, todas as condições clínicas associadas e todos os diagnósticos diferenciais deverão ser buscados nesta etapa inicial. A maior parte das complicações associadas à SAA ocorre devido a uma avaliação inadequada. Ênfase deve ser dada ao fato de que um paciente com SAA quase sempre tem alguma outra intercorrência clínica associada.

História do uso de álcool: devem-se buscar informações básicas sobre o padrão de consumo dos últimos anos, bem como avaliar a quantidade e frequência do beber. Além disso, informações mais detalhadas sobre o padrão de consumo mais recente, em especial ao último consumo ou diminuição do consumo (ver sinais e sintomas da SAA). O diagnóstico pelo CID-10 de uso nocivo ou dependência do álcool deve ser buscado a partir do momento em que o diagnóstico da SAA é feito devem-se buscar dois tipos de avaliações mais pormenorizadas: o diagnóstico da gravidade da SAA e os diagnósticos das eventuais comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas.

Levando em consideração a gravidade do diagnóstico, é possível classificar o comprometimento do usuário em dois níveis: *LEVE/MODERADO* ou *GRAVE*. A partir desta classificação, o paciente será referendado para o melhor tratamento, de acordo com a disponibilidade da rede de serviços de saúde de cada região.

A estrutura biopsicossocial dos fenômenos relacionados ao uso problemático de álcool determinará também a complexidade de seu comprometimento. Consideram-se aspectos biológicos, psicológicos e sociais na definição dos níveis de comprometimento do paciente e o correspondente tratamento a que deve ser submetido.

Nível I – O comprometimento é *LEVE/MODERADO*, quando o paciente apresentar uma síndrome de abstinência leve/moderada, compreendendo os seguintes aspectos:

BIOLÓGICOS: leve agitação psicomotora; tremores finos de extremidades; sudorese discreta e facial; episódios de cefaléia; náuseas sem vômitos; sensibilidade visual, sem percepção auditiva e tátil alteradas.

PSICOLÓGICOS: o contato com o profissional de saúde está íntegro; encontra-se orientado temporo-espacialmente; o juízo crítico da realidade está mantido; apresenta uma ansiedade leve; não relata qualquer episódio de violência auto ou hetero dirigida.

SOCIAIS: mora com familiares ou amigos, e esta convivência está regular ou boa; sua atividade produtiva ainda vem sendo desenvolvida, mesmo que atualmente esteja desempregado/afastado; a rede social é ainda considerada existente.

COMÓRBIDOS: sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas no exame geral.

Para pacientes com comprometimento leve/moderado a intervenção deverá ser psicoeducacional e clínica, isto é o paciente deve ser informado com clareza sobre o diagnóstico, recebendo orientações sobre a dependência do álcool e sobre a síndrome de abstinência, além de tratamento específico para a fase de privação aguda de acordo com a necessidade. O encaminhamento será direcionado para o tratamento ambulatorial especializado (com ou sem desintoxicação domiciliar) (Bartu & Saunders, 1994).

Nível II - O comprometimento é **GRAVE**, quando o paciente apresentar-se com síndrome de abstinência grave com os seguintes aspectos:

BIOLÓGICOS: agitação psicomotora intensa; tremores generalizados; sudorese profusa; cefaléia; náuseas com vômitos; sensibilidade visual intensa; quadros epileptiformes agudos ou relatados na história pregressa.

PSICOLÓGICOS: o contato com o profissional de saúde está prejudicado; o paciente encontra-se desorientado temporo-espacialmente; o juízo crítico da realidade está comprometido; apresenta-se com uma ansiedade intensa; refere história de violência auto ou hetero dirigida; o pensamento está descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; observam-se alucinações auditivas táteis ou visuais.

SOCIAIS: o relacionamento com familiares ou amigos está ruim; tem estado desempregado, sem desenvolver qualquer atividade produtiva; a rede social de apoio é inexistente ou restrita ao ritual de uso do álcool; não existe familiar que seja responsável pelo tratamento domiciliar.

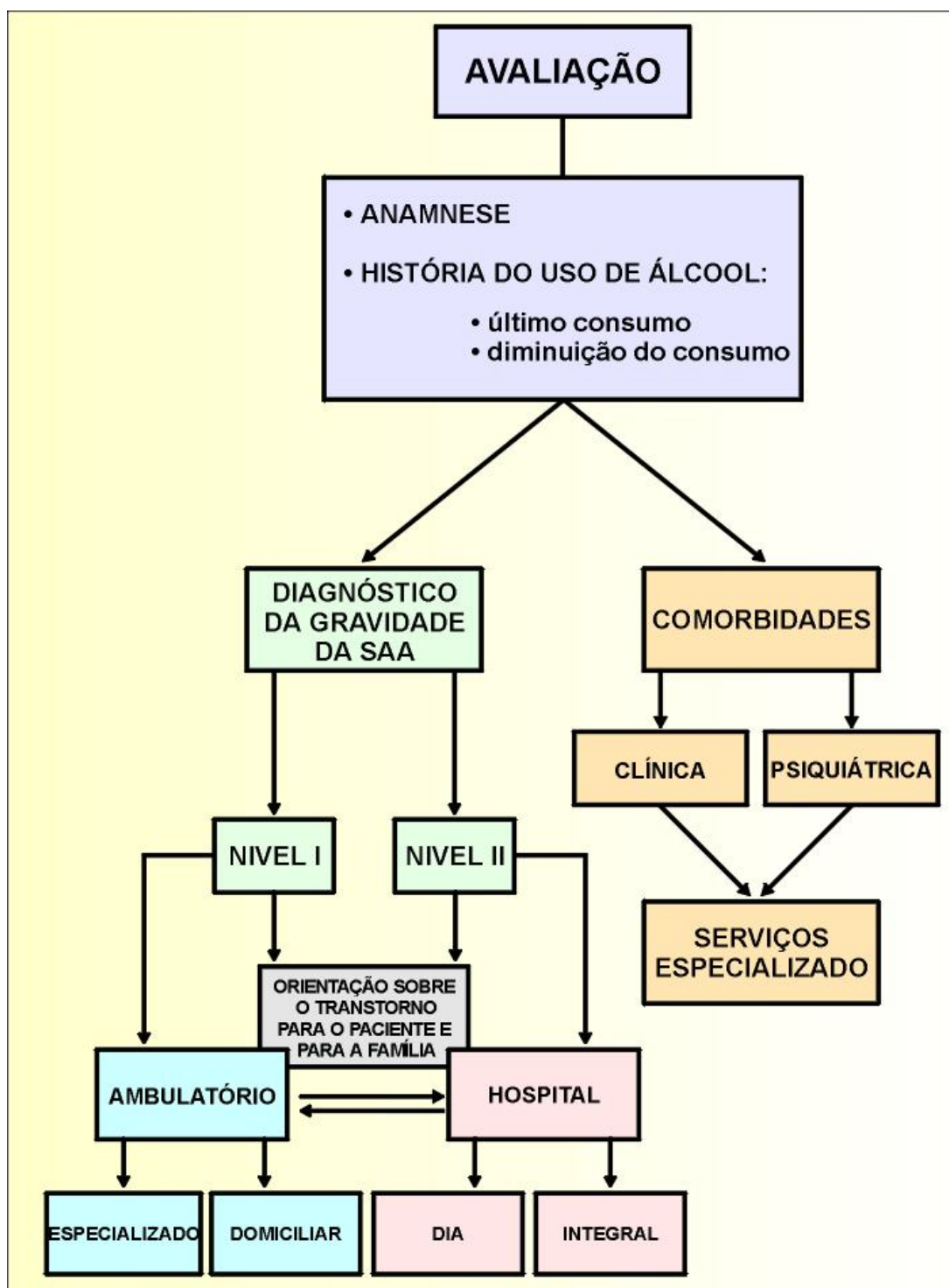
COMÓRBIDOS: com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas ao exame geral.

Para pacientes com comprometimento grave a emergência clínica psiquiátrica será a melhor intervenção e a orientação imediata da família quanto à gravidade do quadro em que se encontra. O paciente será encaminhado para tratamento hospitalar especializado, sendo a família encaminhada para uma abordagem psicoeducacional sobre o transtorno.

1.3.2 Pareamento

O *ambulatorio* é uma intervenção não intensiva, pouco estruturada, pois utiliza menos recursos, é segura e menos dispendiosa. Cerca de 90% dos pacientes dependentes de álcool podem ser tratados no ambulatorio. Para pacientes com síndrome de abstinência leve/moderada, sem comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves, o tratamento ambulatorial não oferece risco de vida. É um tratamento pouco estigmatizante, porque permite ao indivíduo se manter junto à família, dentro dos sistemas social e profissional dele, possibilitando ainda a participação ativa dos familiares no tratamento (Abbott et al, 1995; Collins et al, 1990; Fleeman, 1997; Wiseman et al, 1997).

1.3.3 O hospital é um tratamento mais estruturado e intensivo, portanto, mais caro, mas tem se mostrado tão efetivo como o ambulatorio. Está indicado para pacientes: a) com síndrome de abstinência grave, b) com comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves, c) com dependência grave que não se beneficiaram de outras intervenções; d) para aqueles que usam múltiplas substâncias psicotrópicas, d) que tem apresentado comportamentos auto ou heteroagressivos. A disfunção grave do sistema familiar e social é determinante para o encaminhamento ao hospital (McKay et al, 1997).



Fluxograma 1: Avaliação do paciente com SAA e pareamento com o tratamento.

1.3.4 Tratamento ambulatorial

Ao receber o paciente, a atitude do profissional de saúde deve ser acolhedora, de empatia e não preconceituosa. O tratamento da SAA (quadro agudo) é um momento privilegiado para motivar o paciente ao tratamento da dependência (quadro crônico). Deve-se esclarecer a família e, sempre que possível, o próprio paciente sobre os sintomas apresentados, dos procedimentos a serem adotados e das possíveis evoluções do quadro. Deve ser propiciado ao paciente e à família o acesso facilitado a níveis mais intensivos de cuidados (serviço de emergência, internação) em casos de evolução desfavorável do quadro. É importante ainda reforçar a necessidade de comparecimento às consultas que serão tão freqüentes quanto possível nos primeiros 15 dias do tratamento.

1.3.5 Plano de atendimento

1.3.5.1 Abordagem não - farmacológica:

Orientar a família e paciente quanto à natureza do problema, tratamento e evolução do quadro;

Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audio-visual;

A dieta é livre, devendo haver atenção especial com a hidratação;

O paciente e a família devem ser orientados sobre a proibição do ato de dirigir veículos. As consultas devem ser marcadas o mais brevemente possível para reavaliação.

1.3.5.2 Abordagem farmacológica:

Reposição vitamínica: tiamina intramuscular nos primeiros 7-15 dias; após este período, a prescrição passará a ser oral. Dos poucos estudos comparando doses de tiamina, foram recomendadas doses de 300mg/dia com o objetivo de evitar a síndrome de Wernick (a tríade clássica de sintomas: ataxia, confusão mental e anormalidades de movimentação ocular extrínseca NÃO estão sempre presentes).

Benzodíazepínicos (BDZ): a prescrição deve ser baseada em sintomas. Dessa forma, as doses recomendadas são as que em média o paciente pode receber num determinado dia; o paciente e os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas a serem monitorados e orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem da medicação à noite. Qualquer sintoma de dosagem excessiva de BZD, como sedação, deveria levar à interrupção da medicação. Diazepam: 20 mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana

Clordiazepóxido: até 100 mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana.

Nos casos de hepatopatias graves: Lorazepam: 4 mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana.

Ocorrendo falha (recaída ou evolução desfavorável) dessas abordagens, a indicação de ambulatório deve ser revista, com encaminhamento para modalidades de tratamento mais intensivas e estruturadas.

1.4 Internação domiciliar

O paciente deve permanecer restrito em sua moradia, com assistência de familiares. Idealmente, o paciente deverá receber visitas freqüentes de profissionais de saúde da equipe de tratamento. Deve ser propiciado ao paciente e à família o acesso facilitado a níveis mais intensivos de cuidados (serviço de emergência, internação) em casos de evolução desfavorável do quadro.

1.4.1 Plano de atendimento:

1.4.1.1 Abordagem não farmacológica:

- ✓ A orientação da família deve ter ênfase especial em questões relacionadas à orientação têmporo-espacial e pessoal, níveis de consciência, tremores e sudorese;
- ✓ Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audio-visual;
- ✓ A dieta é leve, desde que tolerada, devendo haver atenção especial com a hidratação;
- ✓ Visitas devem se restritas, assim como a circulação do paciente

1.4.1.2 Abordagem farmacológica:

Reposição vitamínica: a mesma recomendada para o tratamento ambulatorial.

Benzodiazepínicos (BDZ): a prescrição deve ser baseada em sintomas. Dessa forma, as doses recomendadas são as médias que o paciente pode atingir num determinado dia; o paciente e os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas a serem monitorados e orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem da medicação à noite. Diazepam: 40 mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana; Clordiazepóxido: 200 mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana.

Nos casos de hepatopatias graves:

- Lorazepam: 8 mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana.

No caso de falha (recaída ou evolução desfavorável), está indicado o tratamento hospitalar.

1.5 Tratamento hospitalar

Modalidade reservada aos casos mais graves, que requerem cuidados mais intensivos. Doses mais elevadas de BZD são geralmente necessárias e sua prescrição deve ser baseada em sintomas avaliados de hora em hora. Deve ser dada atenção especial à hidratação e à correção de distúrbios metabólicos (eletrólitos, glicemia, reposição vitamínica). Em alguns casos, regimes de internação parcial (hospital dia, hospital noite) podem ser indicados. Nessas situações, deve ser feita uma cuidadosa orientação familiar sobre a necessidade de comparecimento diário e ser oferecida uma retaguarda para emergências. A utilização de “bafômetro” (etilômetro), quando esse recurso está disponível, deve ser feita na chegada do paciente à unidade.

1.5.1 Plano de atendimento:

1.5.1.1 Abordagem não farmacológica:

- ✓ Monitoramento do paciente deve ser freqüente, com aplicação de escala (CIWA-Ar) – no anexo - que orienta a administração de medicamentos.
- ✓ A locomoção do paciente deve se restringir.
- ✓ As visitas devem ser limitadas.
- ✓ O ambiente de tratamento deve ser calmo, com relativo isolamento, de modo a ser propiciada uma redução nos estímulos audio-visuais.
- ✓ A dieta deve ser leve, quando aceita. Pacientes com confusão mental devem permanecer em jejum, por risco de aspiração e complicações respiratórias; nesses casos, deve ser utilizada a hidratação por meio de 1.000 ml de solução glicosada 5%, acrescida de 20ml de NaCl 20% e 10ml de KCl 19,1%, a cada 8 horas.

1.5.1.2 Contenção física

- ✓ Os pacientes agitados que ameaçam violência, devem ser contidos, se não forem sensíveis à intervenção verbal (Kaplan & Sadock, 1995).
- ✓ A contenção deve ser feita por pessoas treinadas, preferencialmente quatro ou cinco pessoas. Explicar ao paciente o motivo da contenção.
- ✓ Os pacientes devem ser contidos com as pernas bem afastadas e com um braço preso em um lado e o outro preso sobre a sua cabeça.
- ✓ A contenção deve ser feita de modo que as medicações possam ser administradas.
- ✓ A cabeça do paciente deve estar levemente levantada para diminuir a sensação de vulnerabilidade e reduzir a possibilidade de aspiração.
- ✓ Deve ser verificada periodicamente.
- ✓ A contenção deve ser removida, uma de cada vez a cada cinco minutos, assim que o paciente seja medicado e apresente melhora do quadro de agitação.
- ✓ Todo o procedimento deve ser documentado em prontuário.

1.5.2 Abordagem farmacológica:

Reposição vitamínica: a mesma recomendada para os níveis anteriores.

BDZ: a prescrição deve ser baseada em sintomas, avaliados a cada hora pela aplicação da escala CIWA-Ar. Quando a pontuação obtida for maior que 8 ou 10, administrar uma das seguintes opções: Diazepam: 10 a 20 mg VO a cada hora; Clordiazepóxido: 50 a 100 mg VO a cada hora;

Nos casos de hepatopatias *graves*: Lorazepam: 2 a 4 mg VO a cada hora.

A administração de BDZ por via intravenosa requer técnica específica e retaguarda para manejo de eventual parada respiratória. Deve-se administrar no máximo 10mg de diazepam durante 4 minutos, sem diluição.

1.7 Manejo das complicações

1.7.1 Convulsões.

A maioria das crises é do tipo tônico-clônica generalizada. Crises convulsivas é uma manifestação precoce da SAA: mais de 90% ocorrem até 48 horas após a interrupção do uso de álcool (pico entre 13 e 24 horas) e estão associadas com evolução para formas graves de abstinência (cerca de 1/3 dos pacientes que apresenta crises convulsivas evolui para *delirium tremens* se não for tratado). Em 40% dos casos, as crises ocorrem isoladamente; nos pacientes que apresentam mais de uma crise, elas ocorrem geralmente em número limitado. Quando houver história prévia de epilepsia, devem ser mantidos os medicamentos já utilizados pelo paciente. O diazepam (ou um BDZ de ação longa) é a medicação de escolha, na dose de 10 ou 20 mg VO. O uso endovenoso é especialmente indicado durante os episódios convulsivos. Não há consenso para a indicação de carbamazepina no tratamento de crises convulsivas da SAA. A literatura não respalda a utilização de difenil-hidantoína (fenitoína) no tratamento dessa complicação da SAA.

1.7.2 *Delirium Tremens*.

Forma grave de abstinência, geralmente iniciando-se entre 1 a 4 dias após a interrupção do uso de álcool, com duração de até 3 ou 4 dias. É caracterizado por rebaixamento do nível de consciência, com desorientação, alterações sensoperceptivas, tremores e sintomas autonômicos (taquicardia, elevação da pressão arterial e da temperatura corporal). Doses elevadas de BDZ são necessárias, mas o uso associado de neurolépticos é geralmente indicado. O tratamento farmacológico inclui: diazepam 60mg por dia (ou lorazepam até 12mg por dia, em casos de hepatopatia grave); haloperidol 5mg por dia; No caso de ocorrer distonia induzida por neurolépticos (particularmente se forem administrados por via parenteral), esse efeito colateral pode ser controlado com o uso de anticolinérgicos (biperideno 2 mg).

TRATAMENTO, COMPLICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

AMBULATÓRIO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
CUIDADOS GERAIS

Esclarecimento sobre SAA para o paciente e familiares; retornos freqüentes ou visitas da equipe no domicílio; não dirigir veículos. Dieta leve ou restrita; hidratação adequada. Ambiente calmo, com pouca estimulação audio-visual, com supervisão de familiares e encaminhamento para emergência, se necessário.

FARMACOTERAPIA

Tiamina/dia: 300 mg intramuscular, a seguir oral.
Sedativos: depende do caso, a seguir, redução gradual.
Diazepam: de 20 à 40 mg dia/oral **ou**
Clordiazepóxido: de 100 à 200 mg/dia/oral **ou**
Lorazepam (hepatopatia associada): de 4 à 8 mg/dia/oral

INTERNAÇÃO HOSPITALAR
CUIDADOS GERAIS

Repouso absoluto, dieta leve ou jejum. Controle pela CIWA-Ar. Monitorização da glicemia, dos eletrólitos e da hidratação.

FARMACOTERAPIA

Tiamina/dia: 300 mg intramuscular. Se apresentar confusão mental, ataxia, nistágmo, aumentar a dose. A seguir, administração oral.
Sedativos:
Diazepam: 10 à 20 mg/oral de hora em hora **ou**
Clordiazepóxido: 50 à 100 mg/oral de hora em hora **ou**
Lorazepam: 2 à 4 mg/oral de hora em hora;
 Se necessário, diazepam **endovenoso**, 10 mg em 4 minutos, com retaguarda para o manejo de parada respiratória.
 Redução da medicação gradualmente.

COMPLICAÇÕES
CONVULSÕES

Diazepam: de 10 à 30 mg/dia oral **ou** 10 mg/ev na crise.

DELIRIUM TREMENS

Diazepam: 60 mg/dia oral **ou**
Lorazepam 12 mg/dia oral.
 Associar, se necessário, **haloperidol:** 5 mg/dia oral **ou**
clonidina: 0,1 à 0,2 mg/dia oral.

ALUCINOSE ALCOÓLICA

Haloperidol: 5 mg/dia

O QUE NÃO FAZER

Hidratar indiscriminadamente.
 Administrar **glicose**.
 Administrar **Clorpromazina** ou **Fenil-hidantoína**.
 Aplicar **Diazepam endovenoso**, sem recursos para reverter uma possível parada respiratória.

1.8 Intoxicação Patológica

É uma intoxicação alcoólica seguida de agressividade e violência, não rotineiramente apresentadas pela pessoa. Em pacientes dependentes mais suscetíveis, esse tipo de reação pode ocorrer com a ingestão de pequenas quantidades de álcool, que seriam insuficientes para produzir intoxicação na maioria das pessoas (Edwards et al, 1999). O comportamento violento e agressivo geralmente se inicia de forma súbita, após o consumo de álcool. Outras características importantes são: a) amnésia para os eventos que ocorreram, durante o estado de intoxicação; b) longo período de sono, que se instala após o episódio de agressividade; c) perda do controle dos impulsos (Laranjeira et al, 1996).

Alguns estudos enfatizam anormalidades eletroencefalográficas e outros sinais de dano cerebral, principalmente disfunção do lobo frontal. Outras possíveis causas subjacentes são a hipoglicemia induzida pelo álcool ou transtornos da personalidade (Edwards e col. 1999).

O diagnóstico diferencial se faz com as seguintes condições clínicas: (i) Intoxicação alcoólica grave, (ii) fenômeno epiléptico, (iii) *delirium tremens*, (iv) distúrbio de comportamento após traumatismo craniano, e) transtorno conversivo (Laranjeira e col. 1996).

1.9 Alucinose Alcoólica

Os pacientes com alucinose alcoólica caracterizam-se clinicamente pela presença de alucinações visuais ou auditivas (por ex., cliques, ruídos imprecisos, trechos de músicas, rugidos, barulhos de sinos, cânticos e vozes), vívidas e de início agudo que se iniciam após a suspensão ou diminuição do consumo excessivo de álcool. As alucinações verbais consistem de vozes que podem falar diretamente com o paciente, ou então, podem fazer comentários sobre ele. As alucinações podem ser imperativas, ordenando ao paciente que realize alguma atividade contra à sua vontade (por ex., tentativa de suicídio). As vozes podem aparecer ou desaparecer de forma súbita ou ocorrerem de forma mais ou menos constante. Uma característica clínica importante é a ausência de alterações do nível de consciência, ou seja, as alucinações ocorrem num cenário de clara consciência. As alucinações podem ser acompanhadas por ilusões, delírios, idéias de referência e alterações do afeto. Os delírios são, na verdade, tentativas de explicar as alucinações. Os pacientes não evoluem com hiperatividade autonômica. Alguns pacientes podem expressar medo, ansiedade e agitação psicomotora em resposta às experiências alucinatórias. Alterações da forma do pensamento, sistema delirante complexo e afeto inapropriado estão ausentes. A avaliação crítica de que as vozes são imaginárias e o teste da realidade está preservado. Mesmo os pacientes que perdem o "insigh" podem recuperá-lo quando as vozes diminuem. Na maioria dos casos, os sintomas remitem em horas, dias ou semanas, sendo que alguns sintomas podem persistir por meses. Os pacientes com história prévia de episódios de intoxicação alcoólica possuem maior risco para recorrência de um novo episódio, caso volte a ingerir álcool novamente (Laranjeira et al, 1996; Edwards, 1999).

Os diagnósticos diferenciais devem ser feitos com: a) *delirium tremens*, b) síndrome de abstinência alcoólica, c) transtorno delirante tipo paranóide, d) abuso de outras drogas, particularmente as anfetaminas, e) esquizofrenia paranóide. Muitas vezes, para descartar o uso de outras drogas, devem-se solicitar exames toxicológicos da urina. Alguns pacientes podem persistir por mais de 6 meses com os sintomas alucinatórios, evoluindo para um quadro delirante crônico ou esquizofrenia (Laranjeira e col. 1996; Edwards, 1999).

Os mecanismos neurofisiológicos envolvidos na alucinose alcoólica envolvem o aumento da atividade dopaminérgica, diminuição da atividade serotoninérgica, além de um possível papel das beta-carbolinas e dos ácidos graxos essenciais (Edwards, 1999).

O tratamento desses pacientes consiste na prescrição de haloperidol 2 a 5 mg, duas vezes ao dia durante alguns dias, principalmente entre os pacientes mais agitados. Na prática clínica, o diagnóstico diferencial pode tornar-se complicado, podendo optar-se por uma internação com o objetivo de avaliar o curso clínico afastando o paciente do álcool. Nessas circunstâncias, observa-se uma melhora gradual da sintomatologia com as alucinações verbais tornando-se menos persistentes (Laranjeira e col. 1996; Edwards, 1999).

2 Deficiência cognitiva associados ao álcool

As características clínicas de comprometimento cerebral associados ao uso de álcool variam de perdas cognitivas leves, detectadas somente em testes neuropsicológicos até danos graves que produzem demência. Geralmente, o comprometimento cerebral global é mais comum do que as lesões localizadas como no caso da síndrome de Wernicke-Korsakoff. As alterações psicológicas e radiológicas são parcialmente reversíveis após meses de abstinência. Mesmo os pacientes demenciais podem evoluir com melhora cognitiva durante a abstinência (Laranjeira et al, 1996).

As principais perdas cognitivas evidenciadas pelos exames neuropsicológicos são prejuízos da capacidade de resolver problemas, prejuízo da capacidade de abstração, rigidez mental, dificuldade para apresentar respostas sensoriomotoras complexas, redução da capacidade visuoespacial, dificuldade para manter a concentração e alterações da memória para eventos recentes. Os pacientes não conseguem absorver novas informações, devido ao prejuízo da memória para apreender novos materiais (por ex., dificuldade para lembrar nomes) (Laranjeira e col. 1996; Edwards, 1999).

Nos pacientes dependentes, que evoluem com demência os principais achados neuropsicológicos são prejuízo de leve a moderado na memória de curto e longo prazo, na aprendizagem, na organização e na abstração visual-espacial, assim como dificuldade na manutenção da tendência cognitiva e controle dos impulsos. Os resultados destes testes podem melhorar com a abstinência, entretanto algumas pedas cognitivas podem persistir por pelo menos 5 anos (Edwards, 1999).

2.1 Tratamento

Antes de instituir qualquer modalidade de tratamento é importante diagnosticar de forma correta a presença de perdas cognitivas entre os pacientes dependentes, principalmente os casos iniciais. A maioria desses danos ao tecido cerebral não é uma condição facilmente tratável. Portanto, é fundamental descartar outras causas orgânicas (por ex, deterioração pós-traumática da personalidade, encefalite e tumor cerebral) nem que seja preciso internar o paciente para submetê-lo à investigações neurológicas e psicológicas enquanto abstêmio (Edwards, 1999).

Os pacientes com dano cerebral grave podem beneficiar-se de uma internação a longo prazo, ou então, serem encaminhados a um lar abrigado que possa apoiá-los em suas necessidades básicas, já que o risco de novas recaídas é considerável. Os pacientes que compõem esse subgrupo apresentarão grande dificuldade para responder aos programas de tratamento normalmente disponíveis na comunidade, principalmente quando se o regime terapêutico for exigente.

Os programas de tratamento específicos para esta subpopulação de pacientes dependentes devem abordá-los de forma diretiva enfatizando novas aprendizagens e interação social, que são as áreas de funcionamento mais prejudicadas pelas lesões do tecido cerebral. Não devem ser esquecidos os fatores situacionais na elaboração de um plano de tratamento (por ex., assegurar que o dinheiro seja gasto de forma adequada) (Edwards, 1999).

O tratamento é a abstinência prolongada. Apesar da falta de evidências claras, a suplementação com vitaminas do complexo B é recomendada, quando existe dano cerebral generalizado (Laranjeira et al, 1996).

MÓDULO 3

Tratamento Farmacológico e Não Farmacológico da Dependência do álcool

1. Introdução

Na dependência de álcool não existe um tratamento único em virtude da complexidade de problemas orgânicos e psicossociais. Uma proposta alternativa de tratamento é organizar na comunidade diversos níveis de atenção à saúde ao longo de um *continuum*, envolvendo desde a rede básica até os serviços especializados (internação hospitalar, cuidados residenciais, pensões protegidas, hospital dia e serviços de tratamento ambulatorial). O contato inicial com o paciente é o primeiro passo para um diagnóstico e tratamento bem sucedidos do paciente dependente de álcool. O médico pode se defrontar com esses pacientes em vários momentos de sua prática diária: na sala de emergência; no consultório; encaminhamentos; ou por meio de familiares que procuram ajuda para trazer o paciente.

1.1 Na sala de emergência

O paciente em geral está intoxicado ou com complicações físicas graves da dependência. Reconhecê-las é de fundamental importância para estabelecer o diagnóstico. O paciente geralmente nega ou minimiza o uso de bebida alcoólica. A abordagem na sala de emergência não deve se limitar apenas ao tratamento da complicação que o trouxe ao pronto-socorro. Na alta, o médico deve explicar ao paciente a relação do seu problema com o uso de álcool e encaminhá-lo para um tratamento ambulatorial.

1.2 No consultório

Também no consultório, o paciente pode procurar o médico clínico geral para tratar uma complicação decorrente do uso de álcool. Neste caso, o clínico deve estar apto a motivar o paciente ao tratamento também da dependência subjacente ao problema atual. Se o paciente procura o médico para o tratamento da dependência propriamente dita, é mais fácil a abordagem e neste caso o clínico deve estar apto para planejar um tratamento. Nos casos mais graves deve-se fazer o encaminhamento para um serviço especializado.

1.3 Quando os familiares procuram o médico

Os familiares podem procurar ajuda do clínico para obter uma orientação sobre como trazer o paciente para o tratamento. As dificuldades em lidar com o paciente e a impotência sentida pela família devem ser abordados. A família devidamente orientada, por meio das estratégias discutidas nessa consulta poderá conseguir trazer o paciente posteriormente ao consultório. Nos casos de embriagues freqüente, risco de vida pessoal ou ameaças a terceiros, o encaminhamento do paciente ao pronto socorro ou outro serviço especializado, será compulsório, para avaliar a indicação de intervenção mais intensiva como a internação hospitalar.

2. Intervenções não farmacológicas

2.1 Intervenções Breves

São intervenções que podem ser aplicadas na rede primária de saúde, aonde o diagnóstico é feito pelo médico clínico geral. Os casos de dependência moderada ou grave; ou pacientes que apresentarem comorbidade devem ser encaminhados aos serviços especializados. As intervenções breves têm se mostrado tão eficaz quanto às intervenções mais intensivas (Edwards, 1999). Os objetivos principais das intervenções breves são motivar o paciente ao tratamento e uma vez que pare de usar o álcool, evitar as recaídas. Manuais de auto - ajuda podem ser fornecidos aos pacientes (Fleming, 1999).

3 Motivação

Para se iniciar qualquer tipo de intervenção é necessário que se tenha o diagnóstico do uso de álcool (dependência ou uso nocivo) e uma avaliação da motivação do paciente.

3.1 Como motivar o paciente

A grande maioria dos usuários de álcool e drogas, que procuram ou são encaminhados para tratamento encontram-se extremamente ambivalentes quanto a suspensão do consumo: ao mesmo tempo que desejam parar com o uso porque está lhes causando problemas, desejam continuar usando, porque lhes causa prazer. A ambivalência é um conflito psicológico que precisa ser superado durante o tratamento (Jungerman, 1999).

O papel do médico é ajudar o paciente a resolver essa ambivalência identificando os motivos que os levam a usar o álcool e os motivos pelos quais deveriam parar com o consumo. É muito comum o paciente ter uma visão dissociada dos efeitos bons e ruins que a bebida lhes causa. Quando vão beber têm um pensamento direcionado para o que a bebida vai lhes causar de bom naquele momento: “vai relaxar”; “vai esquecer o problema”; “vai compartilhar momentos agradáveis com os amigos”; “vai se sentir mais desinibido” etc. Neste momento, o pensamento não evoca os efeitos ruins que podem ocorrer no momento da embriaguez: inadequação, irritação; sintomas de abstinência no dia seguinte; etc. O médico deverá ajudá-lo a pensar nestes dois aspectos (bons e ruins) fazendo um balanço que o ajudará na decisão.

O médico deve:

- ✓ Ajudar o paciente a imaginar a sua vida com e sem álcool, nos aspectos bons e ruins de cada alternativa.
- ✓ Elaborar cooperativamente com o paciente os objetivos principais do tratamento.

A motivação é um processo dinâmico, que pode ser influenciado por vários fatores. A conduta do médico frente a esta ambivalência é muito importante. Ele deve ser empático, paciente, ativo e firme neste momento da intervenção.

Segundo Diclemente e Prochaska (Laranjeira et al, 1996) existem sete estágios de modificação comportamental, que ocorrem durante o processo de mudança: a)Pré-contemplação; b)Contemplação; c)Preparação; d)Determinação; e)Ação; f)Recuperação; g)Recidiva. Baseado nesses estágios é possível empregar medidas terapêuticas com a finalidade de vencer as resistências do paciente, fazendo-o avançar no reconhecimento de seu problema e promover uma mudança. A figura 2 ilustra estes estágios.

3.1.1 Pré-contemplação

Nesta fase do tratamento, os pacientes apresentam pouca ou nenhuma preocupação com os problemas associados ao uso de álcool. A maioria deles não deseja modificar os próprios comportamentos, pois acha que não possui qualquer tipo de problema relacionado ao consumo excessivo de álcool. Muitas vezes são pressionados pelos familiares a procurarem tratamento. É importante neste momento, auxiliá-los na avaliação dos problemas. (Samet, 1997; McConaughy, 1983).

3.1.2 Contemplação

Na “contemplação”, os pacientes já se preocupam com os problemas associados ao uso de álcool, porém não apresentam um plano para modificar comportamento. Estão começando a conscientizar-se, ou então, preocupar-se com as conseqüências adversas do consumo excessivo de álcool. É comum, que os pacientes busquem informações sobre os problemas causados pelo uso, com visando a compreensão das dificuldades pelas quais está passando. Entretanto, o paciente ainda não se engajou num plano para modificar os seus comportamentos (Samet, 1997; McConaughy, 1983).

Medidas Terapêuticas:

- ✓ Listar as vantagens e desvantagens do consumo e o registro diário das recaídas podem ser medidas úteis.
- ✓ Reforçar os motivos para se tratar.

3.1.3 Preparação

Na “preparação”, os pacientes preocupam-se com os problemas associados ao uso de álcool, inclusive com um plano para se tratar. Nesse estágio, a decisão de modificar seu comportamento é assumida, porém ainda não foi acionado o plano de tratamento (Samet, 1997; McConaughy, 1983).

Medidas Terapêuticas:

- Reforçar a crença de que pode modificar o seu comportamento-problema.

3.1.4 Determinação

Na “determinação”, o paciente coloca em prática o plano para modificar o comportamento-problema, engajando-se ativamente num programa de tratamento. (Samet, 1997; McConaughy, 1983).

Medidas Terapêuticas:

Nessa ocasião, podem-se oferecer ao paciente, informações acerca dos vários tipos de tratamento atualmente disponíveis.

3.1.5 Ação

Na “ação”, o paciente inicia o tratamento ao interrompe o uso, sendo ajudado a escolher o tratamento ideal.

3.1.6 Manutenção

Na “manutenção”, os pacientes os pacientes rediscutem seus objetivos e a mudança de comportamento fazendo uma avaliação dos resultados.

A identificação da fase em que se encontra o paciente é de fundamental importância no direcionamento da terapêutica não farmacológica. Se o paciente se encontra numa fase de pré-contemplação, ele não se reconhece como dependente e nem relaciona os seus problemas ao uso de bebida. Estabelecer, neste caso, tão somente estratégias de prevenção ao uso da substância (como evitar ir ao bar ou evitar situações que o lembre da bebida) não são eficazes. O paciente precisa estar convencido e relacionando os seus problemas ao uso do álcool. Só a partir desse momento, vai conseguir tomar atitudes e ações que o previnam do uso.

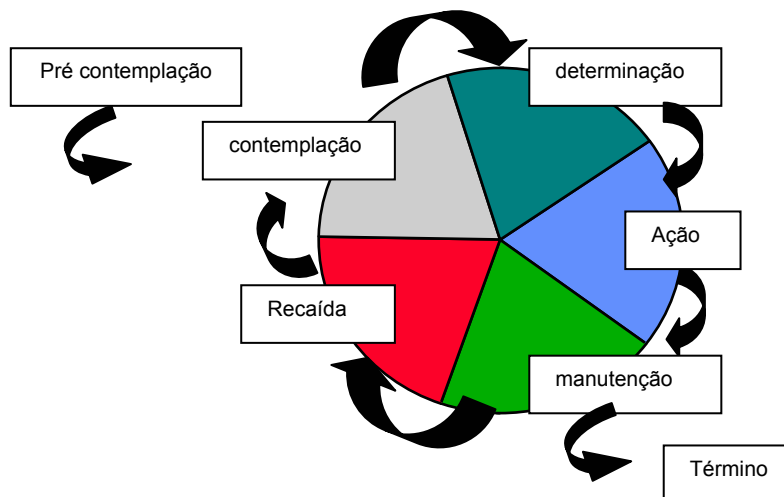


Figura 2: Esquema do processo de mudança do comportamento

3. Recaída e lapso

Entre a abstinência e a recaída existe uma área cinzenta - o lapso. É definido como sendo uma falha (um escorregão), sem que o uso da substância atinja os níveis anteriores à abstinência. Se o paciente voltar a usar a drogas nos mesmos padrões que usava antes de parar, recaiu. Antes da recaída existe o lapso, que não necessariamente precisa terminar numa recaída. A recaída é a volta ao consumo de bebida nos mesmos padrões anteriores à abstinência. Ela não significa um fracasso, mas deve ser entendida e discutida para se evitar próximas recaídas. A figura 3 representa o lapso entre a abstinência e recaída.

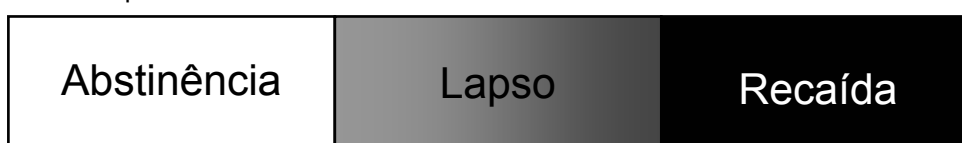


Figura 3: Esquema do processo de recaída passando pelo lapso

4. Intervenção breve

Existem cinco passos a serem seguidos na aplicação de uma Intervenção Breve (Fleming, M e col. 1999):

4.1 Avaliação e *feed back*: A aplicação de questionário para triagem do problema é o primeiro passo. O CAGE ou AUDIT auxilia o médico nessa avaliação. É importante ter em mente os critérios diagnósticos de dependência e uso nocivo. Uma vez estabelecido o diagnóstico o médico deve dar um retorno ao paciente sobre o resultado da avaliação efetuada, tanto com relação ao uso da bebida de alcoólica quanto aos outros diagnósticos (hipertensão, gastrites, neuropatias etc.). Se o paciente tiver com sintomas de abstinência deve se iniciar pela desintoxicação seguindo o Consenso sobre SAA (Síndrome de Abstinência de Álcool).

4,2 Negociação da meta de tratamento: O profissional deve estabelecer uma meta de tratamento em acordo com o paciente. Se o paciente esta fazendo uso nocivo o médico pode sugerir como meta o beber controlado. Se o paciente tiver uma dependência já instalada a melhor meta é a abstinência.

4.3 Técnicas de modificação de comportamento: É muito importante que o médico reconheça o estado de motivação do paciente. Isto vai ajudar na manutenção da meta estabelecida. Se o paciente esta numa fase pré-contemplativa, ou seja, ainda não se reconhece como dependente ou que seus problemas tem relação com o seu uso de álcool, o médico deve motivá-lo para tratamento. A paciente precisa antes de estabelecer mudanças no seu comportamento, estar convencido de que a quantidade que esta bebendo esta lhe causando prejuízos. O quadro I mostra o balanço entre os prós e contras relacionados ao uso de álcool. A avaliação laboratorial e investigação das áreas de vida com problemas relacionados ao consumo auxiliam neste momento.

Quadro I: Quadro para avaliação dos riscos e benefícios de usar o álcool

	Usar	Parar de usar
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • “relaxa” • Reúne os amigos Esquece os problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • melhora o desempenho no emprego. • Melhora a relação com a família . • Economiza dinheiro • Melhora a saúde.
Desvantagem	<ul style="list-style-type: none"> • Perde o controle e a crítica do que faz. • Coloca em risco a saúde física. • Sente-se deprimido no dia seguinte. • Ressaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Perde os amigos . Não sei como me divertir sem o álcool.

Se o paciente esta numa fase contemplativa, ou seja, sabe que a bebida esta prejudicando, mas ainda não consegue estabelecer nenhuma mudança de comportamento, o médico pode dar instruções objetivas com relação a mudança da rotina e ambiente: não ter bebida em casa, não freqüentar ambientes onde só se bebe, evitar a companhia dos amigos que bebem.

4.4 Material de auto - ajuda

O médico pode fornecer ao paciente material didático informativo sobre uso de álcool.

4.5 Seguimento

Para garantir a efetividade a longo prazo o profissional o seguimento após a alta deve ser bem planejado, que pode ser uma visita mensal ao consultório ou uma visita domiciliar onde exista este tipo de atendimento ou um telefone podem ser efetivos.

4.6 Estrutura das sessões

Os componentes da intervenção breve podem ser incorporados em uma consulta com duração de 10 a 15 minutos. O número de visitas varia de acordo com a gravidade. Se o paciente faz um uso nocivo, estudos tem demonstrados que três ou quatro visitas podem ser suficientes. Se o paciente apresenta sintomas de abstinência, só na primeira semana pode ser necessária duas visitas. Se os sintomas forem leves, uma visita por semana por três semanas e mais uma visita por

mês por três ou quatro meses ao consultório são suficientes. Abaixo estão exemplos de intervenções seguindo os passos descritos anteriormente.

4.6.1 Primeira consulta: Avaliação e *feed back*

- ✓ Questões com relação ao consumo de álcool visando estabelecer um diagnóstico de dependência e uso nocivo. (Quanto; Com que frequência, quando; Com quem;, quais os estímulos ambientais.)
- ✓ Avaliação médica geral. Se houver ideação suicida ou algum outro problema médico considerar o encaminhamento ao especialista.
- ✓ Pedido de exames complementares
- ✓ Alguns exemplos de intervenção e *feed back*:

"Como seu médico, estou preocupado com a quantidade que o Sr está bebendo e como isto está afetando sua saúde"

"Menos que 10 por cento das pessoas bebem como você"

"Você está bebendo álcool num nível considerado de alto risco para a sua saúde"

Nesta primeira sessão já é possível estabelecer uma meta: tratamento da síndrome de abstinência, beber seguro ou abstinência e combinar com o paciente a próxima consulta. Para negociação da meta, segue exemplos de intervenções:

"Você precisa reduzir a quantidade que está bebendo"

"O que você acha de tentar diminuir para dois ou três drinks por semana"

"O que você acha de tentar reduzir a quantidade que vem bebendo no próximo mês".

4.6.2 Segunda consulta

- ✓ Avaliação do consumo do álcool desde a última consulta. Se o paciente não conseguiu cumprir a meta, quais as dificuldades que encontrou.
- ✓ Avaliar o resultado dos exames complementares
- ✓ Reforçar a meta a ser seguida
- ✓ Fornecer material para leitura e auto-ajuda
- ✓ Preenchimento do quadro de vantagens /desvantagens de beber (quadro I).
- ✓ Agendar a próxima consulta

4.6.3 Terceira consulta

- ✓ Avaliação do consumo do álcool desde a última consulta.
- ✓ Avaliar o quadro de vantagens e desvantagens.
- ✓ Se algum exame estiver alterado, por exemplo, o GGT - e o paciente já estiver diminuindo a bebida, repetir o exame. Isto serve para avaliar a melhora e mostrar de forma objetiva (em números) ao paciente as alterações hepáticas antes e depois da diminuição do consumo do álcool.

Alguns exemplos de intervenção visando modificação do comportamento:

"Aqui esta um lista de situações que fazem as pessoas beberem e algumas vezes perderem o controle. Vamos conversar sobre os caminhos que você pode evitar tais situações"

"Você identifica um membro da sua família ou amigo que possa ajudar você evitar as situações que fazem você beber?"

4.6.4 Quarta consulta

- ✓ Avaliar o uso de álcool desde a última consulta.
- ✓ Rever os pontos de maior dificuldade para enfrentar as situações de risco, e discutir estratégias para enfrenta-las.
- ✓ Avaliar o progresso do tratamento até o momento e considerar o encaminhamento para centro especializado se necessário.

5. Intervenções Farmacológicas

Os principais objetivos das intervenções farmacológicas nos transtornos relacionados ao álcool são: (i) Reverter os efeitos farmacológicos do álcool; (ii) Tratar e prevenir as complicações da abstinência do álcool e (iii) Manutenção da abstinência e prevenção das recaídas, por meio da redução do desejo para ingerir álcool; redução do consumo ao tornar a ingestão de álcool desagradável e tratamento da comorbidade psiquiátrica (Samet, 1997).

Nos últimos anos as intervenções farmacológicas têm-se concentrado na reabilitação e prevenção de recaídas, através das suas ações sobre o desejo compulsivo para beber e na perda do controle sobre a bebida com a finalidade de manter a abstinência obtida na desintoxicação (Samet, 1997; Laranjeira et al, 1996).

A dependência do álcool possui taxas elevadas de transtornos ansiosos e depressão, que podem influir no prognóstico do paciente, já que os mesmos podem recair em resposta aos níveis de ansiedade e depressão exacerbados. Portanto, os tratamentos eficazes desses sintomas com agentes farmacológicos podem resultar numa redução do consumo de álcool e dos problemas associados.

5.1 Sensibilizantes ao Álcool (Dissulfiram)

No Brasil o sensibilizante ao álcool atualmente empregado para impedir que o paciente beba através de uma reação de aversão, é o dissulfiram. Os pacientes devem ser orientados a evitarem todas as fontes de álcool como soluções para limpeza oral e vinagre.

Esta medicação atua inibindo a enzima hepática aldeído-desidrogenase (ALDH), que catalisa a oxidação do acetaldeído em acetato, subprodutos do metabolismo do álcool. O aumento dos níveis sanguíneos de acetaldeído provoca uma reação aversiva caracterizada clinicamente por rubor facial, cefaléia pulsátil, náuseas, vômitos, dor torácica, palpitações, taquicardia, fraqueza, turvação visual, hipotensão arterial, tontura e sonolência. Nas reações graves, os pacientes (principalmente aqueles mais susceptíveis) podem exibir *delirium*, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, depressão respiratória e convulsões (Samet, 1997).

O grupo de pacientes que mais se beneficia deste tratamento são: os pacientes mais velhos, altamente motivados, sem doenças físicas graves, estáveis do ponto de vista social, que necessitam de um auxílio externo para ajudar na sua decisão. Devem estar participando de um programa de tratamento que empregue estratégias para aumentar a adesão ao dissulfiram. É importante a adesão e aceitação do paciente para o sucesso do tratamento (Laranjeira et al, 1996).

5.1.1 Contra-indicações

As principais (contra-indicações ao dissulfiram são: (i) Condições clínicas que aumentam o risco da reação do dissulfiram com o etanol (por ex., doença vascular cerebral, doença cardiovascular, doença pulmonar graves, insuficiência renal, cirrose com hipertensão porta (por causa do risco de hemorragia visceral causado pelos vômitos durante a reação aversiva) e aterosclerose oculta (principalmente entre indivíduos acima de 60 anos e diabéticos); (ii) Condições clínicas que podem ser agravadas pelo dissulfiram (por ex., transtornos psicóticos, transtornos depressivos (pode agravar os sintomas psicóticos e depressivos); neuropatia periférica (sabe-se que o próprio dissulfiram pode causar neuropatia periférica); e distúrbios convulsivos idiopáticos (risco de diminuição do limiar convulsivo); (iii) Síndromes mentais orgânicas, devido à redução da capacidade dos pacientes de compreenderem ou lembrarem-se dos riscos das reações aversivas do dissulfiram com o etanol; (iv) Gravidez, devido aos riscos de anomalias congênitas (Samet, 1997).

5.1.2 Precauções

As principais precauções a serem adotadas com a prescrição de dissulfiram são as interações com o uso concomitante dos antagonistas dos receptores α -adrenérgicos ou β -adrenérgicos e vasodilatadores, que são medicações utilizadas na regulação da pressão arterial. O dissulfiram pode ser empregado nos pacientes com história de convulsões associadas à abstinência desde que seja descartado a presença de um distúrbio convulsivo idiopático (Samet, 1997).

Nos pacientes que exercem atividades que necessitam de atenção (por ex., operar máquinas) deve-se tomar as devidas precauções (tais como, restringir inicialmente nos finais de semana e à hora de deitar a medicação), já que o dissulfiram pode provocar sonolência. Caso a sonolência persista depois de 3 dias de tratamento a medicação deve ser interrompida.

Antes de prescrever o dissulfiram é importante solicitar provas de função hepática, devido a um efeito hepatotóxico idiossincrático raro, porém potencialmente fatal. Além disso, os sintomas sugestivos de hepatotoxicidade e os exames sanguíneos devem ser repetidos à cada 2 semanas, 3 meses, 6 meses e duas vezes no ano, durante o tratamento com dissulfiram. Geralmente a hepatotoxicidade ocorre nos primeiros 3 meses de tratamento.

5.1.3 Orientações Clínicas

A dose habitual é de 250 mg ao dia em dose única diária, após um intervalo de pelo menos 24 horas sem beber. Alguns pacientes podem beneficiar-se com doses de 500 mg ao dia.

5.1.4 Interações Medicamentosas

O dissulfiram interfere com a biotransformação dos seguintes medicamentos: warfarina; fenitoína; isoniazida; rifampicina; diazepam; clordiazepóxido; imipramina e desipramina, cujos níveis plasmáticos devem ser monitorizados junto com o tempo de protrombina (naqueles pacientes tratados com warfarina).

6. Agentes *Anti-craving*

O “*craving*” é um fenômeno fisiológico que sofre influência de fatores ambientais, sociais e emocionais, que contribuem para a incapacidade dos dependentes ficarem abstinidos, aumentando a vulnerabilidade para a recaída (Laranjeira et al, 1996).

6.1 Naltrexone

Baseando-se em estudos animais demonstrando que a regulação do consumo de álcool pode ter envolvimento de opióides endógenos, vários pesquisadores vêm investigando os efeitos de uma antagonista opióide, o naltrexone, na prevenção de recaídas. Os antagonistas opióides devem ser usados como parte de um programa de tratamento que inclua aconselhamento ou psicoterapia. Portanto, são pouco eficazes quando usados isoladamente. O oferecimento de intervenções psicossociais (por ex., aconselhamento, treinamento de habilidades sociais, prevenção de recaída e entrevista motivacional) associado às intervenções farmacológicas aumenta a eficácia e a adesão ao tratamento (Samet, 1997; Laranjeira e col, 1996).

6.1.1 Indicações

O naltrexone reduz o desejo para beber, aumenta as taxas de obtenção e manutenção de abstinência, diminui os riscos de recaída, reduz o consumo excessivo (evidenciado pelos níveis mais baixos de GGT) e bloqueia os efeitos reforçadores do álcool (por ex., sensação de estar menos intoxicado), que podem desencadear uma perda do controle do próprio consumo, quando associados ao tratamento psicossocial (Samet, 1997)

6.1.2 Contra-indicações

As principais contra-indicações ao naltrexone são: (i) Hepatite aguda; (ii) Insuficiência hepática; (iii) Dependência de opióides ou abstinência de opióides, já que o naltrexone pode desencadear uma síndrome de abstinência grave nesses pacientes; (iv) Necessidade de usar medicamentos opióides.

A gravidez e uso em pacientes adolescentes são considerados contra-indicações relativas, na qual se leva consideração os riscos e os benefícios do tratamento. Há de ressaltar-se que o uso de naltrexone em pacientes adolescentes, mulheres e gestantes necessitam de estudos que ainda não foram realizados.

O aumento leve dos níveis séricos das transaminases não contra-indicam o seu emprego. Entretanto, a monitorização mensal dos valores da bilirrubina e das transaminases séricas nos 3 primeiros meses, e depois a cada 3 meses é suma importância. Monitorizações mais frequentes devem ser indicadas, quando as transaminases estiverem elevadas. O naltrexone deve ser suspenso, quando as elevações das enzimas hepáticas persistirem, salvo se os aumentos forem brandos e atribuídos ao consumo atual de álcool.

6.1.3 Efeitos Adversos

Nas doses acima de 50 mg diários pode induzir hepatotoxicidade dose-dependente, o que contra-indica o seu uso em pacientes com hepatite aguda e insuficiência hepática. Os principais efeitos adversos são: (i) Náuseas (10% dos casos), que geralmente coincide com os níveis plasmáticos atingidos em 90 minutos depois da administração; (ii) Cefaléia; (iii) Vertigem; (iv) Ansiedade e irritabilidade; (v) Fadiga; (vi) Insônia; (vii) Vômitos; (viii) Sonolência.

6.1.4 Orientações Clínicas

A maioria dos estudos clínicos empregou o naltrexone por 12 semanas. A decisão de continuar com o medicamento após este período baseia-se na avaliação clínica, levando-se em consideração as alterações que foram realizadas para manter a abstinência, histórias prévias de respostas ao tratamento e o interesse do paciente em continuar usando a medicação. Nos pacientes dependentes de opióides, o naltrexone pode ser administrado por pelo menos 6 meses.

A posologia recomendada é 50 mg diários. Para diminuir a gravidade dos efeitos adversos pode-se iniciar com 25 mg diários nos 2 primeiros dias, aumentando a dose para 50 mg diários se for tolerada. Supõem-se que doses de até 100 mg diários possam ser mais eficazes no tratamento da SDA, porém necessitam-se de mais estudos para confirmar esta afirmação. Para aumentar a aderência ao tratamento, solicita-se ao paciente ingerir a medicação pela manhã (por ex., junto com o desjejum), principalmente quando o paciente bebe ao anoitecer.

O naltrexone deve ser prescrito depois que a SAA for controlada e estabilizada. Para os pacientes com história prévia de abuso de heroína é necessário de pelo menos um período mínimo de 7 dias de abstinência, com vista a prevenir a síndrome de abstinência. Nos pacientes tratados com metadona recomenda-se um período de abstinência maior (10 a 14 dias).

6.1.5 Interações Medicamentosas

As interações medicamentosas de maior relevância clínica são com as seguintes medicações: (i) Dissulfiram, devido ao potencial dos efeitos hepatotóxicos de ambos os medicamentos; (ii) Tioridazina, com piora da letargia e sonolência quando se associa o naltrexone; (iii) o uso concomitante de naltrexone e antidepressivos não aumentam a incidência de efeitos adversos.

Nos pacientes que necessitam de medicamentos para controle da dor deve-se priorizar outros analgésicos não-opiáceos (por ex., antiinflamatórios não-esteróides). Contudo, nos casos de dor grave procura-se utilizar um analgésico opióide de ação rápida com monitorização num ambiente equipado com ressuscitação cardiopulmonar, já que a depressão respiratória resultante pode ser mais profunda e grave. Os pacientes que serão submetidos à cirurgias eletivas e analgésicos contendo opióides no pós-operatório devem ser alertados para suspenderem o naltrexone pelo menos 72 h antes da cirurgia.

O subgrupo de pacientes com características clínicas favoráveis para uma boa resposta terapêutica ao tratamento com naltrexone associado a psicoterapia são:

- ✓ Níveis graves de desejo compulsivo para beber;
- ✓ Nível educacional baixo;
- ✓ Déficits cognitivos;
- ✓ História familiar de alcoolismo entre parentes de primeiro grau.

Contudo, deve-se chamar a atenção que esses dados basearam em estudos com dependentes de álcool sem comorbidade psiquiátrica com outros transtornos mentais e abuso de drogas ilícitas.

6.2. Acamprosato

Acamprosato (acetil-homotaurinato de cálcio) é a outra medicação aprovada para o tratamento da dependência de álcool. Estudos recentes sugerem que sua eficácia decorra de antagonismo na neurotransmissão do receptor N-metil-D-aspartado (NMDA). O acamprosato diminui o fluxo de cálcio e a eficácia pós sináptica desses neurotransmissores excitatórios (NMDA), diminuindo, portanto a excitabilidade neuronal (Zieglansberger e col, 1992, 1996).

O Acamprosato demonstrou sua eficácia em reduzir o consumo de álcool em modelos animais e em alguns grandes estudos duplo - cego controlados com placebos realizados na Europa (Soyka e col, 1998).

É uma droga segura que não interage com o álcool ou o diazepam parece não ter nenhum potencial de causar dependência. A dose é 1998 mg (2 comprimidos de 333 mg 3 vezes ao dia) para um peso corporal acima de 60 kg. Não deve ser prescrito para indivíduos com insuficiência hepática ou renal.

7. Quando as coisas estão difíceis

7.1 O paciente diz que não bebe e a família afirma o contrário

Algumas vezes é necessário fazer um contato com a família sobre o andamento do tratamento, porque pacientes pouco motivado podem estar bebendo e tendo problemas em casa. Quando isso acontece, o médico deve abordar a questão de forma objetiva e clara sem medo de dizer o que se está percebendo ou o que a família está dizendo. Deve-se tomar o cuidado para não confrontar paciente e família. Podem ser usadas frases do tipo: “Eu estou percebendo que o Senhor tem bebido e tem dificuldade de dizer isso à mim. Qual seria a dificuldade? O Sr. tem medo que eu o repreve?” ou “estou percebendo que o Sr. tem bebido e não consegue falar sobre esse assunto. Fico preocupado com o Sr. porque vejo que não está melhorando” ou “Pelo que sua família acabou de dizer o Sr. não tem conseguido ficar sem beber, eu também estou percebendo isso, acho que devemos fazer alguma coisa. Que motivos o Sr. tem pra continuar bebendo e que motivos teria para parar?”

Qualquer dificuldade durante o tratamento deve ser encarada com franqueza e objetividade. Conversar sobre as dificuldades é o primeiro passo para resolução delas.

7.2 O paciente continua bebendo e freqüentando às consultas

Algumas vezes o paciente continua freqüentando as consultas e não consegue parar com o uso do álcool. Quando isso ocorre o médico pode sugerir e discutir com o paciente uma internação nova estratégia que pode ser uma internação domiciliar ou hospitalar para desintoxicação. Às vezes a dificuldade em parar está no fato que o paciente não tem uma rede social fora do meio onde tem bebida alcoólica. Todos os amigos são dependentes e o único lugar que freqüenta é o bar ou casa de amigos que bebem. Neste caso a internação hospitalar pode ser uma alternativa.

7.3 Recaídas

A recaída é tão freqüente que faz parte do processo terapêutico saber lidar com elas. Ela não significa o fracasso do tratamento. Ela deve ser discutida para que sirva de aprendizado. Neste caso o médico deve identificar as coisas comuns nas recaídas e auxiliar o paciente propondo novas estratégias. Deve-se também identificar comorbidades com depressão. Casos mais complexos podem ser encaminhados ao especialista.

7.4 Abandono

É comum ocorrerem faltas às consultas principalmente se ocorrerem recaídas. Um telefonema ou telegrama feito por qualquer membro da equipe podem ajudar o paciente a retomar o tratamento. Nesse caso deve-se pesquisar as causas da falta. Em geral o paciente aponta barreiras tais como horários incompatíveis, dificuldade de locomoção e falta de dinheiro para transporte, mas a verdadeira causa é a recaída. Em alguns casos a dificuldade de comparecimento é o constrangimento pela violação do contrato ou confiança estabelecidos. Mesmo que o paciente não aponte essas causas elas devem ser investigadas com perguntas diretas e objetivas. Questões como: “O Sr. se sentiu constrangido em vir aqui e me dizer da sua recaída ou lapso?” podem ajudar o paciente a dizer a respeito de suas dificuldades.

Bibliografia

- ABBOTT, P.J.; QUINN, D.; KNOX, L. Ambulatory Medical Detoxification for Alcohol. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 21(4) pp. 549-563(1995)
- CID - 10 ; Classificação de Transtornos Mentais da CID - 10 ;Organização Mundial da Saúde; 1ª edição, Porto Alegre (RS); Artes Médicas,1993.
- CLARCK ,WD. Alcoholism : Blocks to diagnosis and treatment. *Am J. Med*, 71: 275 - 286. 1981.
- CLEARY, P. D. ; MILLER, M; BUSH , B.T. ;WARBURG , M.M.; DELBANCO ,T. L. & ARONSON, M. D. Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population. *American Journal of Medicine* 85:466-471. 1998.
- CHAPPEL, J. N; Training of residents and medical students in the diagnosis and treatment of dual diagnosis patients. *Journal of Psychoactive Drugs* 25 (4) : 293 - 300. 1993.
- COLLINS, M.N.; BURNS, T.; PETER, A.H.; BERK, V.D.; TUBMAN, G.F. (1990) A Structured Programme for Out-patient Alcohol Detoxification. *British Journal of Psychiatric*. 156, 871-874.
- DSM IV ; Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ; *American Psychiatric Association*; 4ª edição , Porto Alegre (RS); Artes Médicas, 1995.
- EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J. & COOK, C.C.H. *O tratamento do alcoolismo: Um Guia para Profissionais da Saúde*. 3ª edição. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1999.
- FIGLIE, N B; PILLON, S C ; LARANJEIRA, R R ; DUNN, J; AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral ? ; *J bras Psiq*. 46 (11): 589-593. 1997
- FLEEMAN, N.D. Review. Alcohol Home Detoxification: A Literature Review. *Alcohol & Alcoholism*, Vol. 32, nº 6, pp. 649-656. (1997) Medical Council on Alcoholism.
- FLEMING, M; MANVEL,L. B.;Brief intervention in primary care settings; *Alcohol Research & health*; 128 –137 (1999)
- GALANTER , M.. Posgraduate Medical education in substance abuse : na international perspective on dissemination of treatment research. *WHO - NYO Working Group*.1998.
- JUNGERMAN, F S; LARANJEIRA, R R ; Entrevista Motocional: Bases teóricas e práticas; jornal brasileiro de psiquiatria, 1999.
- KLAMEN, DEBRA, L, MD & MILLER, NORMAN, S, MD; Integration in Education for Addiction Medicine. *Journal of Psychoactive Drugs* ;29(3) : 263-268. 1997.
- KAPLAN, H I; SADOCK,B J ; Compendio de Psiquiatria, Artes médicas, 6ª edição, 1995
- LARANJEIRA, R.R. & NICASTRI, S. Abuso e Dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.P.; DRACU, L. & LARANJEIRA, R.R. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1996.
- MARLATT, G A ; GORDON , J R ; Prevenção da recaída - estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos; Porto Alegre (RS), Artes Médicas , 1993.
- ROMACH, M.K.; Sellers, E.M. Management of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Annu. Rev. Med.* 42:323-40 (1991)
- MCKAY, J.R.; Cacciola, J.S.; McLellan, A.T.; Alterman, A.I; Wirtz, P.W. (1997) An initial evaluation of the psychosocial dimensions of the American Society of Addiction Medicine criteria for inpatient versus intensive outpatient substance abuse rehabilitation. *Journal of Studies on Alcohol*. 58(3): 239-52.
- MONTGOMERY, S. A . *Eur Arch psychiatry clin Neuroci*, 249 (suppl) 1:5 - 56 , 1999.
- SAMET, J. H.; O'CONNOR, P. G. & STEIN, M. D. *Clínicas Médicas da América do Norte: Abuso de álcool e de outras drogas*. 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Interlivros, 1997
- RAMOS, S P; BERTOLOTE, J M; *Alcoolismo Hoje*; Porto Alegre (RS); Artes Médicas, 1997.
- WALSH, R. A. ; Medical Educacion About alcohol : Review of its role and efectiveness. *Alcohol & Alcoholism* 30 (4): 689-702. 1995.
- W.H.O Substance- Abuse for Helth professionals - *Reports on a W.H. consultation* , Viena. 1987.
- WILLIAN, D.; McBride, A. (1998) The Drug Treatment of Alcohol Withdrawal Symptoms: A Systematic Review. *Alcohol & Alcoholism*. Vol 33, n2, pp.103-115.
- WISEMAN, E.J.; HENDERSON, K.L.; BRIGGS, M.J. (1997) Outcomes of patients in a VA ambulatory detoxification program. *Psychiatric Services*. 48(2), 200-3.
- ZIEGLANSBERGER W, e col, actions of Acamprosate on neurons of the central nervous system. En: Sokya m, ed. *Acamprosate in relapse prevencion of alcoholism*. Springer, Berlin, Heidelberg, new York, 1996

AUDIT – the alcohol Use Disorder Identification test			
Nome:		Data:	
1. Qual a frequência do seu consumo de bebida alcoólica?			
0	Nenhuma	3	2 a 4 vezes por semana
1	Uma ou menos de uma por mês	4	4 ou mais vezes por semana
2	2 a 4 vezes por mês		
2. Quantas doses você consome num dia típico quando você esta bebendo?			
0	Nenhuma	3	5 a 6
1	1 ou 2	4	7 a 9
2	3 ou 4	5	10 ou mais
3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses numa ocasião?			
0	Nunca	3	Semanalmente
1	Menos que mensalmente	4	Diariamente
2	Mensalmente		
4. Com que frequência nos últimos doze meses, você percebeu que não conseguia para de beber uma vez que havia começado?			
0	Nunca	3	Semanalmente
1	Menos que mensalmente	4	Diariamente
2	Mensalmente		
5. Quantas vezes nos últimos 12 meses você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebida alcoólica?			
0	Nunca	3	Semanalmente
1	Menos que mensalmente	4	Diariamente
2	Mensalmente		
6. Quantas vezes no último mês você precisou de uma dose pela manhã para se sentir melhor depois de uma bebedeira?			
0	Nunca	3	Semanalmente
1	Menos que mensalmente	4	Diariamente
2	Mensalmente		
7. Quantas vezes nos últimos doze meses, você se sentiu culpado ou com remorsos depois de beber?			
0	Nunca	3	Semanalmente
1	Menos que mensalmente	4	Diariamente
2	Mensalmente		
8. Quantas vezes nos /últimos doze meses você esqueceu o que aconteceu o que aconteceu na noite anterior porque estava bebendo?			
0	Nunca		
1	Menos que mensalmente	3	Semanalmente
2	Mensalmente	4	Diariamente
9. Você já foi criticado pelos resultados de suas bebedeiras?			
0	Nunca		
1	Menos que mensalmente	4	Diariamente
2	Mensalmente		
10. Algum parente, amigo ou médico ou outro profissional da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a para de beber?			
0	Nunca		
1	Menos que mensalmente	4	Diariamente
2	Mensalmente		

CAGE

1. Alguma vez o Sr sentiu que deveria diminuir (**cut down**) a quantidade de bebida ou parar de beber?
 2. As pessoas o aborrecem (**annoyed**) porque criticam o seu modo de beber?
 3. O Sr se sente culpado (**guilty**) ou chateado consigo mesmo pela maneira com que costuma beber?
 4. O Sr costuma beber pela manhã (**eye-opener**) para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
-

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)				
Nome:				Data:
Pulso ou FC:		PA:	Hora:	
1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?				
0	Não			
1	Náusea leve e sem vômito			
4	Náusea recorrente com ânsia de vômito			
7	Náusea constante, ânsia de vômito e vômito			
2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:				
0	Não			
1	Não visível, mas sente			
4	Moderado, com os braços estendidos			
7	Severo, mesmo com os braços estendidos			
3. Sudorese:				
0	Não			
4	Facial			
7	Profusa			
4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?				
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?				
6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?				
0	Não		4	Alucinações moderadas
1	Muito leve		5	Alucinações graves
2	Leve		6	Extremamente graves
3	Moderado		7	Contínua
7. Você se sente nervoso (a)? (observação)				
0	Não			
1	Muito leve			
4	Leve			
7	Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?			
8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?				
0	Não		4	Moderado / grave
1	Muito leve		5	Grave
2	Leve		6	Muito grave
3	Moderado		7	Extremamente grave
9. Agitação: (observação)				
0	Normal			
1	Um pouco mais que a atividade normal			
4	Moderadamente			
7	Constante			
10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)				
0	Orientado			
1	Incerto sobre a data, não responde seguramente.			
2	Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias.			
3	Desorientado com a data, com mais de 2 dias.			
4	Desorientado com o lugar e pessoa			
				Escore _____

Anexo 2: slides utilizados durante o curso.

USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL NA REDE PRIMÁRIA DE SAÚDE

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
Departamento de Psiquiatria

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Cláudio Jerônimo da Silva
Luís André P. G. Castro
Ronaldo Laranjeira

Objetivos do Curso

- ✓ Dar subsídios para se fazer o diagnóstico precoce.
- ✓ Proporcionar ao profissional um entendimento amplo (questões biológicas, cognitivas, comportamentais e sociais).
- ✓ Capacitar para o tratamento das principais complicações psiquiátricas.
- ✓ Capacitar para aplicar estratégias motivacionais por meio de uma Intervenção Breve.

Módulo 1

Conceitos Básicos

CAGE

- ✓ Alguma vez o Sr sentiu que deveria diminuir (*cut down*) a quantidade de bebida ou parar de beber?
- ✓ As pessoas o aborrecem (*anoyed*) porque criticam o seu modo de beber?
- ✓ O Sr se sente culpado (*guilty*) ou chateado consigo mesmo pela maneira com que costuma beber?
- ✓ O Sr costuma beber pela manhã (*eye-opener*) para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

AUDIT

- ✓ Formado por dez questões.
- ✓ Escala validada no Brasil.
- ✓ É mais completa do que o CAGE.
- ✓ Questiona alguns critérios diagnósticos de Uso Nocivo e Dependência.

Caso clínico 1

BSS, 27 anos faz uso de bebidas alcoólicas há 10 anos. Nos últimos seis meses aumentou o consumo para três latas de cerveja durante o jantar, todos os dias. A esposa o vem alertando porque acha que está bebendo muito. BSS procura atendimento porque há um mês apresenta insônia terminal, falta de disposição para o trabalho, dores musculares, diminuição da libido e falta de apetite (emagreceu quatro quilos). Pela manhã acorda cansado mas nega sensação de tremores. Exames complementares mostraram GGT acima do valor de referência, sem outras alterações.

Beber de baixo risco

Homens 21 U / semana

Mulheres 14 U / semana

— Baixo risco — Uso nocivo / dependência —

Uso Nocivo

- ✓ Dano real causado à saúde física e mental.
- ✓ Críticas e conseqüências adversas.
- ✓ Excluir síndrome de dependência, distúrbios psicóticos e qualquer outra forma específica de distúrbio relacionado ao álcool.

Fonte: CID - 10 (OMS, 1993)

Dependência

Três ou mais dos seguintes critérios:

- ✓ Desejo forte para consumir a substância.
- ✓ Dificuldade em controlar o consumo.
- ✓ Síndrome de abstinência.
- ✓ Evidência de tolerância.
- ✓ Abandono progressivo das outras atividades.
- ✓ Persistência do consumo apesar das complicações.

Fonte: CID - 10 (OMS, 1989)

Caso clínico 2

ACMF, 42 a faz uso de bebida alcoólica desde os 17; aumentou o consumo nos últimos 4 anos. Bebia inicialmente aos finais de semana e passou a beber todos os dias após sair do trabalho. Deixou de fazer exercícios físicos. Bebe cinco a sete doses de destilado (pinga). Apresenta insônia e pela manhã sensação de tremor interno, náusea e ansiedade que melhoram com o passar do dia. Sente-se forte para bebida (não chega a se "embriagar"). Há dois dias tentou diminuir a ingestão: sentia "mal do estômago". Não conseguiu, porque estava "habitualizado" a ir ao bar. Diz que, se necessário, ficará abstinente sem problemas.

Problema vs Uso

Módulo 2

Avaliação clínica e tratamento dos transtornos relacionados ao uso do álcool

Caso clínico 3

ADG, sexo masculino, 55 anos de idade, usuário de bebidas alcoólicas há aproximadamente 30 anos, deu entrada no pronto socorro com quadro clínico caracterizado por incoordenação motora, hálito alcoólico, dificuldade para manter a atenção, marcha atáxica e irritabilidade, que iniciou após a ingestão de aproximadamente 1 garrafa (600 ml) de bebida alcoólica destilada. Durante o atendimento, o paciente estava irritado e tornou-se violento.

Síndrome de abstinência

Pessoas que bebem de forma excessiva, quando diminuem o consumo ou se abstêm completamente, podem apresentar um conjunto de sintomas e sinais, denominado síndrome de abstinência do álcool (SAA).

Síndrome de abstinência

Fonte: Manual de Diagnóstico e Tratamento de 2001, ICD-10.

Síndrome de abstinência

UNIA D

Caso clínico 4

GSP, 30 anos faz uso de bebida alcoólica há 14 anos, tendo aumentado a quantidade de ingestão de cerveja e destilados no último ano (três cervejas, mais três doses de pinga por dia). Procura tratamento porque ao tentar parar a ingestão, começou apresentar tremores de extremidades, sudorese, ansiedade, insônia, cefaléia e náuseas. Não apresenta alucinações, nem alteração do nível da consciência. O juízo crítico está mantido. Não tem história pregressa de *delirium tremens*.

UNIA D

Caso clínico 5

PAG, 43 anos, levado ao PS, após tentar fugir de casa durante a madrugada. A irmã relata, que o paciente é usuário de álcool, tendo diminuído a ingestão nas últimas 24 horas por apresentar vômitos. Na admissão apresentava-se confuso, desorientado, com alucinações visuais. Assustado, delirante (acreditava, que as baratas que via foram colocadas por alguém que o queria matar), agitado (tentando fugir), agressivo, com oscilação do nível de consciência (ora agitado, ora sonolento), sudoreico, taquicárdico, com tremores e febril (38° C). Apresentou um episódio de convulsão tônico-clônica generalizada (por 2 minutos).

UNIA D

Caso clínico 6

LFC, 39 anos, foi hospitalizado após uma discussão num bar. Havia agredido um colega, depois de ter ingerido duas doses de pinga. Ao ser atendido apresentava-se agressivo, agitado, ofendendo as pessoas ao seu redor. A sua história pessoal revelou 5 incidentes desse tipo nos últimos 2 anos, sempre após ter consumido álcool. Nessas ocasiões tornava-se violento, barulhento e hostil. Ao melhorar do seu estado de embriaguez, não se lembrava do incidente.

UNIA D

Caso clínico 7

LPG, 53 anos, com história de ingestão pesada de bebida alcoólica há 30 anos. Nos últimos 2 anos começou apresentar dificuldade na aprendizagem de novas informações no trabalho. Notou que não conseguia manter a atenção nas atividades, esquecendo-se com facilidade dos seus compromissos. Advertido de que tais alterações seriam decorrentes do uso prolongado da bebida, não acreditou e continuou bebendo. Nos últimos 6 meses vem apresentando dificuldade em lembrar o número do telefone de clientes, piora da capacidade de aprendizagem e de abstração, além de descontrole de impulsos.

UNIA D

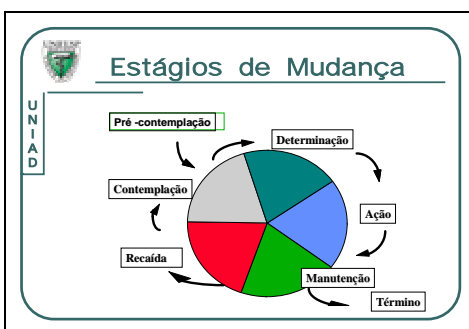
Caso clínico 8

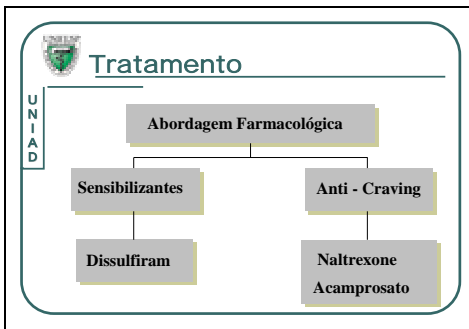
CES, 42 anos, desempregado, dependente de álcool há 20 anos, consumindo em média 1 garrafa (600 ml) de pinga diariamente. Há 2 dias apresentou vômitos e diminuiu a ingestão de bebida alcoólica. Queixa-se que ouve vozes de homens na rua, que lhe ameaçam de morte. Quando procura não encontra ninguém. Está assustado, alerta e orientado.

UNIA D

Módulo 3

Tratamento Farmacológico e não-farmacológico do Uso Nocivo e Dependência do Alcool





Dissulfiram

- ✓ Desenvolvido na década de 40.
- ✓ É um recurso para ajudar o paciente a manter-se abstinente durante o tratamento.
- ✓ Os pacientes mais responsivos tendem a serem mais velhos e mais estáveis socialmente.

Acamprosato

- ✓ Antagonismo na neurotransmissão do receptor N-Metil-D-Aspartato (NMDA).
- ✓ Diminui o fluxo de cálcio e a eficácia pós sináptica do NMDA, diminuindo portanto a excitabilidade neuronal

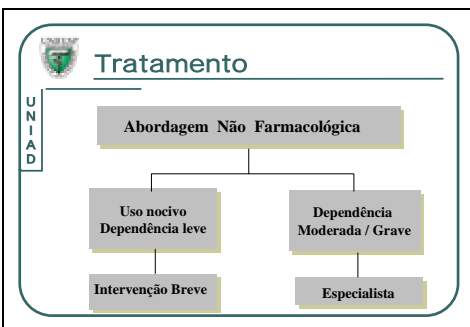
(Zieglsanger e col, 1992, 1996)

Acamprosato

- ✓ É uma droga segura que não interage com o álcool ou o diazepam parece não ter nenhum potencial de causar dependência.
- ✓ A dose é 1998 mg (2 comprimidos de 333mg três vezes ao dia)

Naltrexone

- ✓ Bloqueio dos efeitos reforçadores do álcool.
- ✓ Antagonista opióide.
- ✓ Diminuição da liberação de dopamina



Intervenção Breve

- ✓ Pode ser aplicada na rede primária de saúde, aonde o diagnóstico é feito pelo médico clínico geral
- ✓ Os casos de dependência grave ou pacientes que apresentarem comorbidade devem ser encaminhados aos serviços especializados.
- ✓ As intervenções breves têm se mostrado tão eficazes quanto às intervenções mais intensivas
- ✓ Os objetivos principais das intervenções breves são motivar o paciente ao tratamento evitar as recaídas.
- ✓ Manuais de auto - ajuda podem ser fornecidos aos pacientes

Intervenção Breve

- ✓ Intervenção breve pode ser aplicada em uma consulta com duração de 10 a 15 minutos.
- ✓ O número de visitas varia de acordo com a gravidade.
- ✓ Se o paciente faz um uso nocivo, três ou quatro visitas são suficientes.
- ✓ Se o paciente apresenta sintomas de abstinência, só na primeira semana pode ser necessária duas visitas.

Intervenção Breve

UNIA D

1. Avaliação e *feed back*.
2. Negociação da meta de tratamento.
3. Técnicas de modificação de comportamento .
4. Material de auto - ajuda.
5. Seguimento.

Caso clínico 9

UNIA D

MOS, 53 anos, carpinteiro, procura o médico clínico geral com queixa de uso excessivo de bebida alcoólica. Apresenta tremores leves de extremidades pela manhã, insônia à noite, dor epigástrica em queimação há três meses. Refere que faz uso de bebida alcoólica há 35 anos e que nos últimos três anos vem aumentando gradualmente a quantidade de bebida. Costuma beber num bar ao lado de sua residência nos finais de tarde quando chega do trabalho. Aos finais de semana costuma passar a tarde toda no bar bebendo e jogando bilhar com os amigos. No Domingo costuma ficar em casa e bebe bem menos que os outros dias.

Intervenção Breve

UNIA D

AVALIAÇÃO

- ✓ Quantas Unidades de álcool esta usando por semana?
- ✓ Qual o estado de motivação do paciente?
- ✓ Quais os sintomas de síndrome de abstinência a serem pesquisados?
- ✓ Qual o diagnóstico?

Intervenção Breve

UNIA D

Feed back e planejamento

- ✓ Como abordar a questão do uso de bebida?
- ✓ Qual a meta a ser sugerida para o tratamento?
- ✓ Qual o programa de tratamento a ser proposto?

Intervenção Breve

UNIA D

Feed back e planejamento

- ✓ Como abordar a questão do uso de bebida?
- ✓ Qual a meta a ser sugerida para o tratamento?
- ✓ Qual o programa de tratamento a ser proposto?

Intervenção Breve

UNIA D

Técnicas de motivação e modificação do comportamento

- ✓ Quais os comportamentos de risco?
- ✓ Quais as estratégias para motivá-lo?
- ✓ O uso de medicamento esta indicado?

Avaliação Riscos e Benefícios

UNIA D

	Usar	Parar de usar
Vantagem		
Desvantagem		

Contatos

UNIA D

Dr. Cláudio Jerônimo da Silva

UNIAD – Departamento de Psiquiatria
UNIFESP / EPM

5575 1708
claudiojeronimo@psiquiatria.epm.br

Anexo 3: CD-ROM com vídeo sobre Intervenção Breve e animações computadorizadas

Anexo 4: Questionário de Informações Gerais

UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas Departamento
de Departamento de Psiquiatria
Escola Paulista de Medicina
UNIFESP

Questionário de Informações Gerais

IMPORTANTE

Este questionário é **anônimo**, mas para que possamos efetuar comparação posterior é importante que você preencha os dados abaixo seguindo as seguintes orientações:

Dia e mês do seu nascimento : () () - por ex. (07) (12)

Primeira e última letra da cidade em que você nasceu () () - por ex. (S) (O) para **S**ão Paulo

Primeira e última letra do primeiro nome da sua mãe : () () - por ex. (M) (A) para **M**aria

1- Qual sua idade?

- a- menos que 25a ()
- b- entre 25 e 30a 11m ()
- c- entre 31 e 40a 11m ()
- d- entre 41 e 50a 11m ()
- e- entre 51 e 60a 11m ()
- f- maior que 61a ()

2- Sexo

- a- masculino ()
- b- feminino ()

3- Há quanto tempo você trabalha na rede básica de saúde?

- a- menos que 1a ()
- b- entre 1 e 2a 11m ()
- c- entre 3 e 4a 11m ()
- d- entre 5 e 6a 11m ()
- e- entre 7 e 8a 11m ()
- f- mais que 9a ()

4- Você se sente satisfeito com seu trabalho no PSF ou UBS?

- a- nem um pouco ()
- b- um pouco ()
- c- sinto-me satisfeito ()
- d- sinto-me plenamente satisfeito ()

5- Você trabalha em mais do que um local?

- a- sim, em dois empregos ()
- b- sim, em três empregos ()
- c- sim, em mais que três empregos ()
- d- não, apenas na UBS ou PSF ()

6- Com relação ao número de pacientes que você atende por jornada de trabalho, você considera.

- a- atendo poucos pacientes em relação ao números de horas trabalhadas ()
- b- atendo o suficiente ()
- c- atendo mais que do suficiente ()
- d- atendo muito além da capacidade ()

7- Você se sente remunerado de forma adequada ao que você trabalha?

- a- sim ()
- b- não ()

8- Sobre a equipe com que você trabalha, você considera:

- a- há um bom relacionamento e uma boa troca de experiência e de discussão dos casos clínicos ()
- b- há um bom relacionamento porém não há tempo para discussão de casos clínicos ()
- c- existem conflitos que tentam ser superados de forma a não prejudicar as discussões sobre os casos atendidos ()
- d- existem conflitos constantes, falta de comunicação sobre os casos clínicos ()

9- Como você avalia o trabalho interdisciplinar.

- a- excelente e factível na prática ()
- b- dificilmente funciona na prática ()
- c- ruim, porque as pessoas não estão treinados para isso ()
- d- ruim porque perde-se o limite de atuação de cada profissão ()
- e- prefiro trabalhar sozinho ()
- f- outros () _____.

10- Qual sua função na equipe de PSF ou na UBS?

- a- enfermeiro ()
- b- auxiliar de enfermagem ()
- c- agente de saúde ()
- d- assistente social ()
- e- psicólogo ()
- f- médico ()
- g- outro () _____.

11- Qual sua formação?

- a- curso superior enfermagem ()
- b- curso superior assistente social ()
- c- curso superior psicologia ()
- d- curso superior medicina ()
- e- curso técnico de enfermagem ()
- f- curso técnico para agente de saúde ()
- e- outro () _____.

12- Você possui especialização, residência ou atuação prioritária em alguma área abaixo?

- a- área de clínica médica geral ()
- b- área de saúde mental ()
- c- área de saúde pública ()
- d- área cirúrgica ()
- e- área de ginecologia e/ou obstetria ()
- f- outra área clínica ()
- g- não possui ()

13- Há quanto tempo você está formado?

- a- menos que 2a ()
- b- entre 2 e 8a 11m ()
- c- entre 9 e 12a 11m ()
- d- acima de 13 ()

14- Você recebeu treinamento para diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool durante a graduação ou curso técnico?

- a- sim, insuficiente ()
- b- sim, suficiente ()
- c- não ()
- d- não sei, não lembro ()

15- Após formado, você recebeu algum treinamento para diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool?

- a- sim, insuficiente ()
- b- sim, suficiente ()
- c- não ()
- d- não sei, não lembro ()

16- Você atende em média quantos pacientes com diagnóstico de Dependência do Álcool por semana?

- a- mais que 5 ()
- b- entre 1 e 4 ()
- c- menos que quatro ()
- d- não sei, não lembro ()

17- Quando você recebe um paciente com uso nocivo do álcool você toma qual conduta abaixo?

- a- aconselha, dá algumas instruções básicas e encaminha para alguém de sua própria equipe ()
- b- encaminha para alguém da sua própria equipe ()
- c- encaminha para um especialista se a disponibilidade permitir ()
- d- você mesmo toma algumas medidas e aconselha e o encaminha a outros colegas de sua equipe só se necessário ()
- e - outro () _____.

18- Você acha possível fazer tratamento com IB de usuários de álcool e dependentes leves na rede básica?

- a- não acho possível tratar alcoolista na rede básica. Eles serão melhor assistidos por especialistas ()
- b- não acho possível porque tratar alcoolista exige tempo e na rede básica o tempo é escasso. ()
- c- acho possível, mas eu não gostaria de tratar alcoolista ()
- d- acho possível. Eu teria disponibilidade para tratar e o tempo de consulta não seria empecilho ()

Anexo 5: Escala de Conhecimento

**UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
Departamento de Psiquiatria
Escola Paulista de Medicina
UNIFESP**

Escala de Conhecimento

IMPORTANTE:

Este questionário é **anônimo**, mas para que possamos efetuar comparação posterior é importante que você preencha os dados abaixo seguindo as seguintes orientações:

Dia e mês do seu nascimento: () () - por ex. (07) (12)

Primeira e última letra da cidade
em que você nasceu: () () - por ex. (S) (O) para **São Paulo**

Primeira e última letra
do primeiro nome da sua mãe: () () - por ex. (M) (A) para **Maria**

Este questionário avalia o seu conhecimento sobre alcoolismo. **Não tem a finalidade de dar nota ou fazer seleção**, e sim de avaliar o treinamento que ora inicia. Não faça consultas para respondê-lo.

Não deixe de responder **todas** as questões.

1- Paciente de 50 anos de idade faz uso de bebida alcoólica desde os 20 anos. Usa bebida destilada (uísque) todos os dias: uma dose (50 ml) no almoço e outra (50 ml) no jantar. É casado e a sua esposa se irrita freqüentemente com pela quantidade que bebe. Nos últimos 5 meses vem apresentando sintomas depressivos, como desânimo perda de apetite e insônia.

Paciente é dependente porque faz uso de bebida alcoólica a longo tempo e apresenta problemas conjugais devido a isso.

Paciente preenche critérios para diagnóstico de uso nocivo.

Está fazendo uso de 35 UI de bebida alcoólica, quantidade suficiente para fazer diagnóstico de dependência.

O Diagnóstico é Dependência porque o paciente já apresenta problemas relacionados ao uso do álcool.

Não sei.

2- Paciente com diagnóstico de dependência do álcool, diminuiu a ingestão há 3 dias e apresenta alucinações auditivas (vozes de homens que chamam pelo seu nome). Não apresenta alterações no nível de consciência.

O diagnóstico é SAA (Síndrome de Abstinência do Álcool) e o tratamento é internação com benzodiazepínicos e hidratação.

O diagnóstico é Alucinose Alcoólica.

O diagnóstico é **Delirium Tremens**.

Não sei.

3- Paciente com diagnóstico de dependência do álcool, deu entrada no pronto socorro com quadro de agitação intensa após ter usado grande quantidade de bebida alcoólica.

Trata-se de intoxicação patológica.

Trata-se de intoxicação aguda e o tratamento é contenção e glicose intravenosa.

Trata-se de intoxicação patológica e o tratamento é glicose intravenosa, mas sempre com tiamina para evitar Síndrome de Wernick-Korsakoff.

Trata-se de intoxicação aguda e o tratamento é contenção mecânica em ambiente calmo e seguro e aguardar que o álcool seja metabolizado.

Não sei.

Assinale V (Verdadeiro) ou F (Falso):

1- () Pessoas com problemas no trabalho decorrentes do uso de bebidas alcoólicas são dependentes.

2- () Um homem adulto pode beber até no máximo 2 doses de uísque (total de 100 ml) por dia.

3- () A mulher pode beber menos do que o homem, porque possui, i proporcionalmente, maior quantidade de gordura corporal, o que aumenta a biodisponibilidade do álcool.

4- () 300 mg de tiamina por 7 a 10 dias são suficientes para prevenir demência alcoólica em pacientes com Síndrome de Abstinência e devem ser administrada sempre por via oral.

5- () A Intervenção Breve (IB) é um tipo de tratamento não farmacológico que é eficaz para dependências leves e usuários nocivos.

6- () A IB pode ser aplicada em consultas de 10 a 15 minutos por médicos, enfermeiros, psicólogos, e outros profissionais treinados.

7- () A meta do beber seguro (socialmente) deve ser evitada para pacientes que fazem uso nocivo de bebidas alcoólicas.

8- () Para pacientes não motivados ao tratamento, o médico deve respeitar a sua opinião e aguardar até que ele se sinta motivado para iniciar o tratamento.

9- () Pacientes em pré-contemplação consideram a hipótese de parar de beber, mas não conseguem mudar de comportamento em relação a bebida.

10- () Uma vez identificada a dependência do álcool deve-se fazer as primeiras orientações e encaminhar o paciente ao especialista.

11- () O Naltrexone é um antagonista opióide utilizado para diminuir a fissura (craving) pelo álcool.

12- () O Acamprosate e o Anti-etanol são inibidores da acetaldéido desidrogenase e são utilizados como um "breque psicológico" para o uso de bebidas alcoólicas.

13- () Naltrexone e Acamprosate só devem ser prescritos para pacientes que já estão dependentes do álcool.

14- () Intoxicação aguda por álcool é tratada com administração de glicose intravenosa, para evitar hipoglicemia, e observação do paciente até que o álcool seja metabolizado.

15- () O quadro clínico da Síndrome de Wernick-Korsakoff é caracterizado por oftalmoplegia, ataxia da marcha, nistagmo e alteração de nível de consciência que pode aparecer após a administração de glicose intravenosa, sem tiamina, em pacientes dependentes de álcool com Síndrome de Abstinência

Anexo 6: Escala de Atitudes

**UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
Departamento de Psiquiatria
Escola Paulista de Medicina
UNIFESP**

Escala de Atitudes

IMPORTANTE:

Este questionário é **anônimo**, mas para que possamos efetuar comparação posterior é importante que você preencha os dados abaixo seguindo as seguintes orientações:

Dia e mês do seu nascimento: () () - por ex. (07) (12)

Primeira e última letra da cidade em que você nasceu: () () - por ex. (S) (O) para **São Paulo**

Primeira e última letra do primeiro nome da sua mãe: () () - por ex. (M) (A) para **Maria**

Assinale a alternativa com a qual você mais se identifica

- 1- Eu não me sinto preparado para falar com um paciente sobre seu uso de álcool.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 2- As pessoas fazem uso de drogas porque querem.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 3- Falta uma boa educação moral e religiosa para o usuário de drogas.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 4- Dependentes de drogas são doentes incuráveis.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 5- Estou preparado para ajudar o paciente a aprender a usar suas experiências anteriores e tentar parar de usar drogas no seu atual tratamento.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 6- Embora eu possa ajudar o usuário de drogas ele ainda vai continuar usando-as.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 7- Considero uma invasão de privacidade falar sobre o uso de drogas com o paciente.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 8- Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os prejuízos da continuidade do uso de álcool.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 9- Estou preparado para ajudar o paciente a identificar os benefícios de parar de beber.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 10- O alcoólatra nunca consegue beber menos do que ele deseja.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 11- Eu não estou preparado para falar com um paciente sobre seu uso de drogas.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 12- A maioria dos alcoólatras vai continuar bebendo independente da ajuda do profissional.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 13- Estou preparado para ajudar o paciente a aprender a usar suas experiências anteriores de tentar de parar de beber no atual tratamento.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
 - 14- O alcoólatra é uma pessoa fraca moralmente.
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito
-

15- Estou preparado para ajudar o paciente a perceber situações e fatores de risco para recaída no uso de drogas.

Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito

16- Tenho medo da reação de um usuário de drogas às perguntas feitas durante a entrevista.

Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito

17- O alcoolismo é sinal de fraqueza de personalidade.

Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito

18- Uma boa educação moral e religiosa é o que falta para alcoólatra

Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito

19- A maioria dos pacientes usuários de drogas são pessoas desagradáveis.

Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito

20- O alcoólatra não consegue controlar a bebida após tomar o primeiro gole.

Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito

21- O usuário geralmente é um desempregado.

Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito

22- A maioria dos pacientes alcoólatras é desagradável.

Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito

23- O usuário de drogas sempre mente.

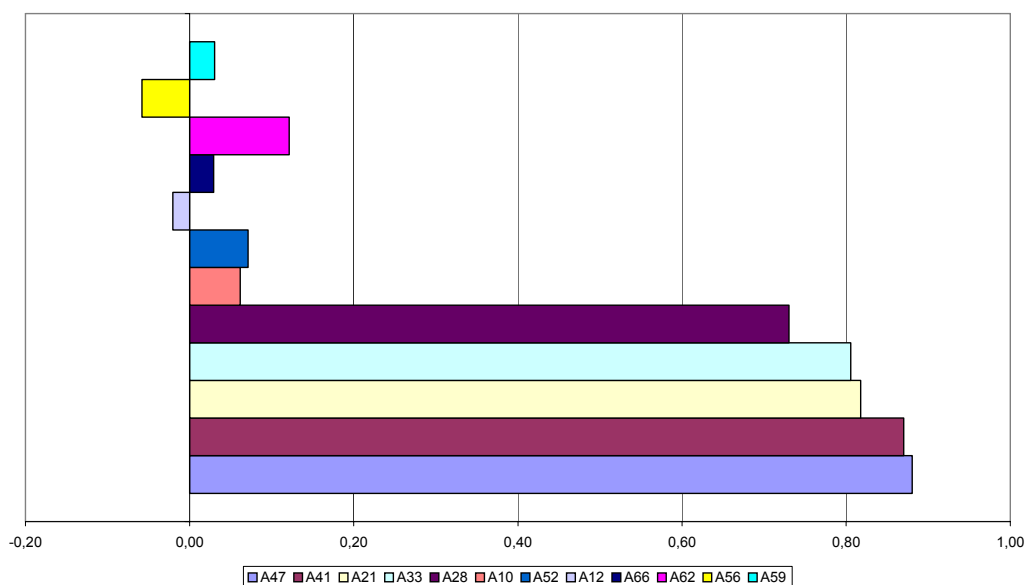
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito

24- Os alcoólatras são doentes incuráveis.

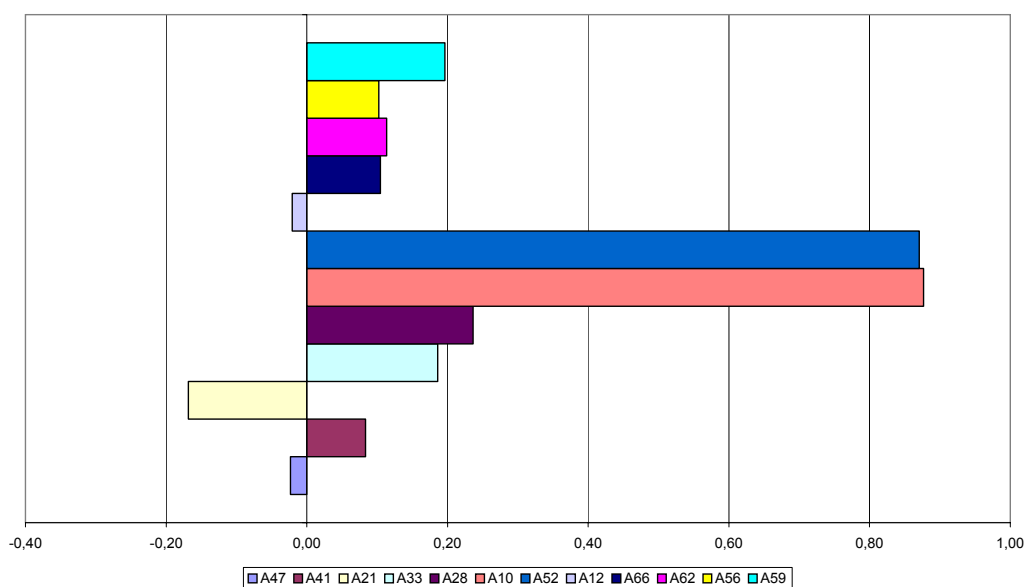
Concordo Muito Concordo Não Sei Discordo Discordo Muito

Anexo 8: Gráficos das cargas fatoriais

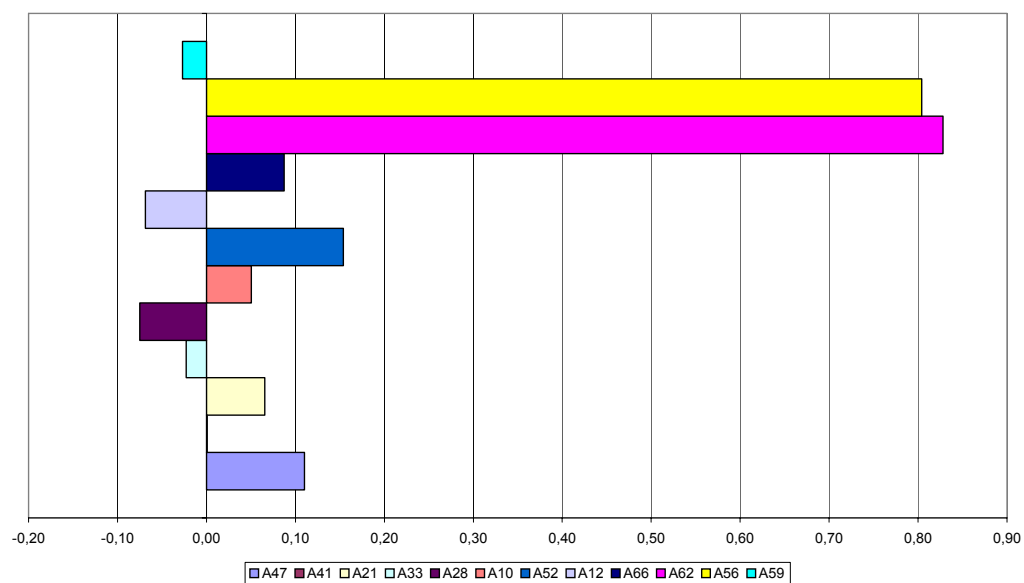
Cargas Fatoriais do Fator 1



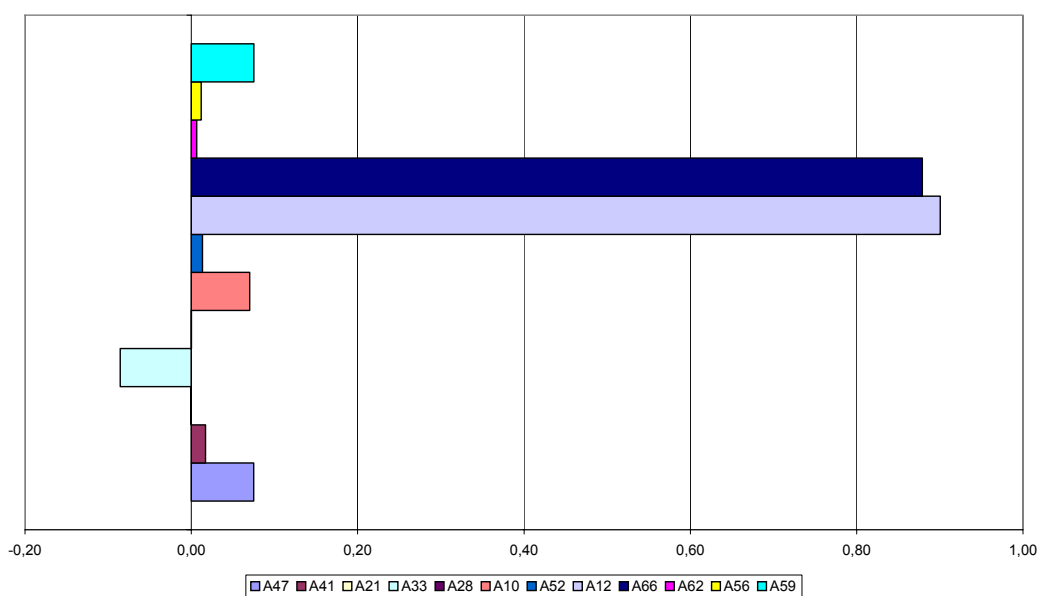
Cargas Fatoriais do Fator 2



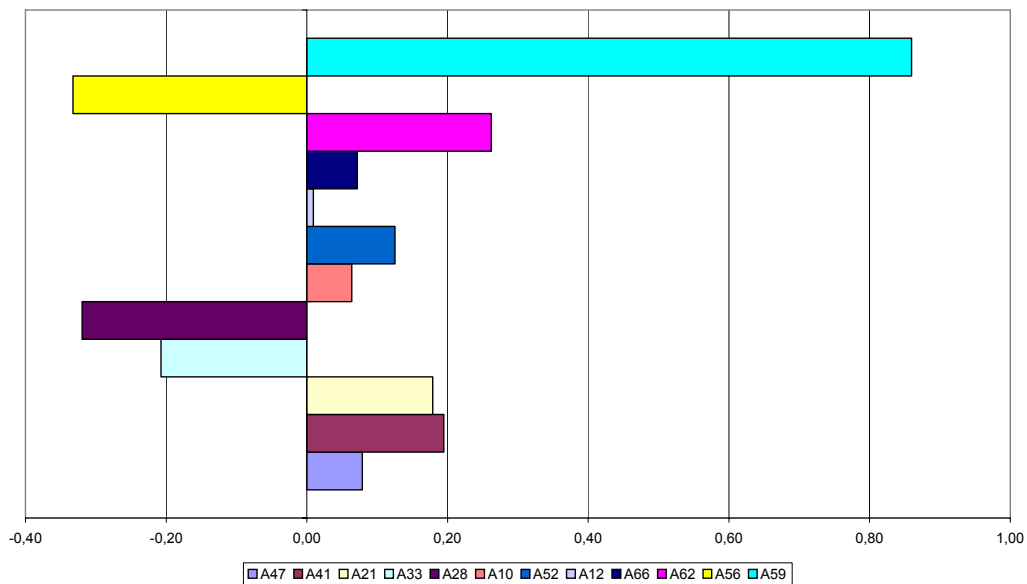
Cargas Fatoriais do Fator 4



Cargas Fatoriais do Fator 3



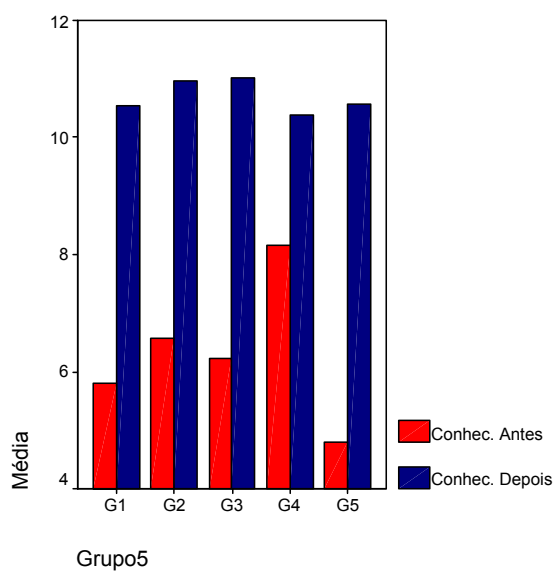
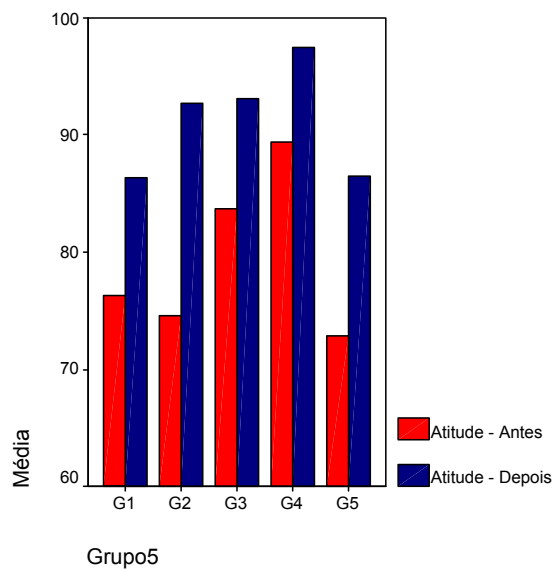
Cargas Fatoriais do Fator 5



Anexo 9: Análise de Cluster

Número de Grupos	Desvio Padrão Dentro
2	0,3521564
3	0,1503349
4	0,0742357
5	0,0411822
6	0,0240039
7	0,0161096
8	0,0109708
9	0,0080156
10	0,0066134
11	0,0053944
12	0,0041302
13	0,0031016
14	0,0025134
15	0,0019992

Anexo 10 – Gráficos de barra sobre perfil médio de Atitude e Conhecimento antes e depois do curso



Anexo 11: Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 – Título do Estudo: “*Impacto de um Curso em Diagnóstico e Tratamento do Uso Nocivo e Dependência do Álcool sobre a Atitude e Conhecimento de profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde*”.

2 – Este Estudo consiste em ministrar um Curso aos profissionais da Rede Primária de Saúde. Todo profissional que trabalhar na Rede Primária de Saúde desta cidade ou região **poderá participar do Curso, independente da participação no Estudo.**

3. O Objetivo do Estudo é medir as Atitudes e os Conhecimentos dos profissionais em três momentos diferentes: antes de o Curso ser ministrado; logo após, e dois anos depois. A participação no Curso não implica na participação do Estudo, que é voluntária.

4 – Os procedimentos deste Estudo consistem unicamente na aplicação das três escalas de avaliação. Uma consiste sobre Informações profissionais gerais; outra sobre Atitudes; outra sobre Conhecimentos em Dependência do álcool. As escalas **não têm o objetivo de avaliar individualmente os profissionais**, e serão utilizadas em conjunto para avaliar **o Curso ministrado**. Você **não será identificado em hipótese alguma**, A fim de podermos comparar os resultados obtidos nos três momentos da avaliação, utilizaremos um código que não identificará você. Os dados obtidos serão utilizados com a **finalidade única desta pesquisa** e todas as avaliações serão arquivadas em poder do pesquisador e serão destruídas após 5 anos.

5. **Você não sofrerá nenhum prejuízo ou desconforto** com a pesquisa além do preenchimento das escalas de avaliação. Todos os procedimentos do Curso, o Material didático recebido por você está sendo financiado pelo Fundo de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) que aprovou o projeto e está registrado sob o número 00/05179-5. Este estudo é parte da tese de doutorado do pesquisador principal.

6 – **Há um benefício direto:** o próprio Curso ministrado e todo material didático que você receberá. **Porém, há um benefício indireto**, porque os resultados deste estudo fornecerão dados relevantes que poderão ser utilizados em Saúde Pública.

7 – Você terá acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Cláudio Jerônimo da Silva, que está sendo orientado pelo Prf. Dr. Ronaldo Laranjeira. Os investigadores podem ser encontrados no seguinte endereço: Rua Botucatu, 394, Vila Clementino São Paulo, **na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Telefone: 11 5575 1708.**

8 – É garantida a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e você pode deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ao conjunto de profissionais ou a qualquer profissional individualmente que participar do Estudo, com relação ao seu emprego na Prefeitura Municipal.

9 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto. **Não serão divulgados resultados individuais em hipótese alguma.**

10 – Você poderá ter acesso sobre o andamento da pesquisa, em qualquer momento, contatando o pesquisador principal para se manter atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas.

11 – **Não há despesas pessoais** para sua participação no Curso e nem no Estudo. Você será liberado do seu trabalho na prefeitura sem prejuízo algum no seu salário. **Também não há compensação financeira** relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 – Em caso de você se sentir lesado por algum motivo relacionado à pesquisa, desde que comprovado onexo causal, você terá direito aos cuidados e ressarcimentos legalmente estabelecidos.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: "Impacto de Um Curso sobre Diagnóstico e Tratamento do Uso Nocivo e Dependência do álcool sobre a Atitude e Conhecimento de profissionais da rede primária de Atenção à Saúde".

Eu discuti com **o Dr. Cláudio Jerônimo da Silva** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia aos cuidados e ressarcimentos de eventuais prejuízos que tenham nexocausal com o Estudo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Ficou esclarecido que minha participação do Estudo **não implicará em nenhum prejuízo com relação ao meu trabalho**, pelo não comparecimento, nos dias e horários do Curso.

Assinatura:

Data / /

Responsável pelo projeto:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Cláudio Jerônimo da Silva

Data / /

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalto M, Seppa K, Kiiama K, Sillanauke P. Drinking habits and prevalence of heavy drinking among primary care outpatients and general population. *Addiction* 1999;94(9):1371-9.
- Abdetran, Impacto do Uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito. Detran- Associação Brasileira dos Departamentos de trânsito; 1997.
- Adjer H, McDonald EM, DeAngelis C: Substance abuse education in pediatrics. *Pediatrics* 1990; 86(4): 555-560.
- Advisory Council on the Misuse Drugs. Problem Drug use: a review of training Report by the Advisory Council on the Misuse Drugs. London: HMSO;1980.
- Ajzen I. Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In: Berkowitz L. *Advances in experimental social psychology*. San Diego, CA: Academic Press; 1987. .p. 1-63.
- Ajzen I. *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey; 1988.
- Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello ED. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 1992;14:93-104.
- Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Wensing M, Grol R, Heather N, Saunders J. Be half of the world Health Organization Brief Intervention Study Group. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on finding of a world health organization international collaborative survey. *Alcohol Alcohol* 2003;38(6):597-601.
- Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N, Wensing M, Grol R, Gual A, Pas L. WHO Brief Intervention Study Group. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on finding from a WHO collaborative study. *Alcohol Alcohol* 2004;39(4):351-6.
- Babor T, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 2000;95(5):677-86.
-

Babor TF, Grant M, et al. Comments on the Who report "Brief Intervention for Alcohol Problems": a summary and some international comments. *Addiction* 1996;89:657-78.

Ballester DA. Avaliação de um treinamento em saúde mental para médicos dos serviços básicos de saúde (dissertação de Mestrado em Medicina – Clínica Médica). Porto Alegre: UFRGS; 2000.

Beck JS, Liese BS. Cognitive Therapy. In *Clinical textbook of Addictive Disorders* 2nd ed Frances RJ, Miller SI; editors. New York: Guilford Press; 1993 p. 547-73.

Beich, A. et al. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002;325:870.

Biens TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction* 1993;88(3):315-36.

Block S. Using problem-based learning to enhance psychosocial competence of medical students. *Academic Psychiatry* 1996;20:65-75.

Brandon JE, Maumdar B. A Introduction and evaluation of problem-based learning in health professions education. *Family Community Health*; 1997;20(1):1-15.

Brasil MA. Treinamento de médicos de atenção primária no diagnóstico e tratamento de depressão. *Congress update – APA Annual Meeting*; 2001. p.8-9.

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Agentes comunitários de Saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, 2005.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. São Paulo: Cromosete Gráfica e Editora; 2001.

Chappel JN, Krug RS: The substance abuse attitude survey: An instrument for measuring attitude. *J. Stud Alcohol* 1985; 46(1): 48-52.

- Chappel JN, Veach TL. Effect of a Course on students' Attitudes Toward Substance Abuse and Its Treatment. *Attitudes Toward Substance Abuse* 1987;62:394-400.
- Cleary PD, Miller M, Bush BT, Warburg MM, Delbanco TL. Prevalence and recognition of alcohol abuse in primary care population. *American Journal of Medicine* 1988;85:466-77.
- Consolaro A. O "Ser" Professor. 3a ed. Maringá: Dental Press; 2001.
- Damelson PE, Rivara FP, Gentilello LM, Maier RV: Reasons why trauma surgeons fail to screen for alcohol problem. *Arch Surg* 1999; 134(5): 564-568.
- DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Healaath* 1999;23:86-92.
- Durant MA. General pactice involvement in the management of alcohol misuse: dynamics and resistances. *Drug and Alcohol Dependence* 1994;35:181-9.
- Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. Editor: Harcourt Brace Jivanivich College Publishers; 1994.
- Edwards G, Anderson P, Barbor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, 1994. In Rehn J, Rehn N, Room R, Monteiro M et al. *The Global Distribution of Avarage Volume of Alcohol Consunsumption and Patterns of Drinking*. *Eur Addict REs* 2003;9:147-56.
- Engs RC. Drinking problems and attitudes toward alcoholism of Australian human-service students. *J St Alc* 1982;43:517.
- Everitt B. *Cluster Analysis: an Social Science Research Council*. Heimermann Educational Books, London, 1974.
- Feuerwerker L, Kalil ME, Baduy RJ. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem – as lições aprendidas pele Rede UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate* 2000;dez;22:49-62.
- Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta especifica para dependentes de álcool no hospital geral. *J Bras Psiq* 1997;46(11):589-93.
-

- Fleming M, Manwell LB. Brief Intervention in Primary Care Settings – A primary Treatment method for At-Risk, Problem, and Dependent Drinkers. *Alcohol Research & Health* 1999;23(2):128-37.
- Fleming MF. Strategies to Increase Alcohol Screening in health care settings. *Alcohol Health & Research World* 1997a;21(4):340-7.
- Fleming MF, et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association* 1997b;277(13):1039-45.
- Fleming MF, et al. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000;38(1):7-18.
- Ford DE, Klag MJ, Whelton PK, Goldsmith M, Levine DAD: Physician knowledge of the CAGE alcohol screening questions and its impact on practice. *Alcohol Alcohol* 1994; 29(3): 329-336.
- Galambos J. Abelson R, Black J. Knowledge structures. London: Lawrence Erlbaum Associate Publishers; 1986.
- Galduróz JCF, Noto AR, Carline EA. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais Brasileiras. UNIFESP / APM-CEBRID; 1997a.
- Galduróz JCV Noto AR, Carline EA .Tendência do Uso de Drogas no Brasil: Síntese dos resultados Obtidos sobre o Uso de Drogas entre Estudantes do 1º e 2º graus em em10 Capitais Brasileiras (1987-1989-1993-1997) 1997b.
- Gênese. O primeiro livro de Moisés. Bíblia Sagrada; tradução João Ferreira de Almeida. 1ª ed; 7ª impressão. Geográfica. São Paulo 2000. p10; cap 9; v20-21.
- Glass IB. Undergraduate training in substance abuse in the United Kingdom. *British Journal of Addiction* 1989;84:197-202.
- Gonçalves EL. Médicos e Ensino da Medicina no Brasil. Ed. Da Universidade de São Paulo – São Pulo; 2002.
- Haidt RCC. Curso de didática Geral. 7a ed. São Paulo: Ática; 2001.
-

Hair, J. F. Jr, Anderson, R. E., Tatham, R. L., Black, W. C., *Multivariate Data Analysis*, 5^o Ed., 1998, New Jersey, Prentice Hall.

Hancock B. A case study approach to enhance problem-solving. *Performance improvement quarterly* 1991;4(1):55-62.

Hanson G, Venturelli. *Drugs and Society*. Jones and Bartlett Publishers – 6th edition, 2001, p 182-184.

Heather N. The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive Behaviors* 1996;21:857-63.

Hovland .I. Reconciling conflicting results derived from experimental and survey studies of attitude change. *American Psychologist* 1959;14:8-17.

Ickes W, Barners RD. The role of sex and self-monitoring in unstructured dyadic interactions. *Journal of Personality and Social Psychology* 1977;5:315-30.

Ickes W, Bissonnerre V, Garcia S, Stinson LL. Implementing and using the dyadic interaction paradigm. In: Hendrick C, Clark MS. *Review of personality and social psychology*. Newbury Park, CA: Sage; 1990. 11:pp. 16-44.

Kahan M, Wilson L, Midner D, Borsoi D, Martin D. Randomized Controlled Trial on the Effects of a skill – based workshop on Medical Students' Management of Problem 'Drinking and Alcohol Dependence. *Substance Abuse* 2003; 24(1): 5-1.

Kaner EF, Healthier N, Mx Avoy BR, Lock CA, Gilvary E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol* 1999; 34(4): 559-66.

Kaner EF, Wtzke, S, Sauders,JB, et al. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol* 2001;62(5):621-7.

Katz D, Stotland E. A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3, pp. 423-475). New York: McGraw-Hill; 1959.

Kelman HC, Baron RM. Moral and hedonic dissonance: A functional analysis of the relationship between discrepant action and attitude change. In S. Heimmelfarb & A.H. Eagly (Eds.), Reading in attitude change. New York: Wiley; 1974. p. 558-75.

Kin J, Mueller CW. Factor Analysis: statistical methods and practical Issues. Sage Publication, 1990, London.

King M, Hidler C, Nazareth I, Frammer R, Gerada C, Cohen J. A controlled evaluation of small group education of general practitioners in the management of drug users. British Journal of General Practice 1998;48:1159-60.

Klaman DL, Miller NS. Integration for Addiction Medicine. Journal of Psychoactive Drugs 1997;29(3):263-8.

Kline P. Handbook of Psychological Testing. 2nd ed Taylor & Francis Group, London, 2000.

Kokotailo PK, Langhough R, Neary EJ, Matson SC, Fleming MF: Improving pediatric residents' alcohol and other drug use clinical skill: use a experimental curriculum. Pediatrics 1995; 96(1): 99-104.

Kristenson H, Ohlin H, Hultén-Nosslin MB, Trelle E, Hood B. Identification and intervention of heavy drinking in middle – aged men: results and follow-up of 24-60 months of long term study with randomized controls. Alcohol Clin Exp Res 1983;7:203-9.

La Torre S, Barrios O. Curso de formação para educadores. Madras; 2002.

Lima MS, Beria JU, Tomasi E, et al. Stressful life events and major psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. Int J Psychiatry Med 1996;26(2):211-22.

Lock CA, Kaner EF, Heather N, et al. A randomized trial of three marketing strategies to disseminate a screening and brief alcohol intervention programme to general practitioners. Br J Gen Pract 1999 Sep;49 (446):695-8.

Lock CA, Kaner EF. Implementation of brief alcohol interventions by nurses in primary care: do non-clinical factors influence practice. Fam Pract 2004;jun;21(3):270-5.

- Lopez-de-Munain J, Torcal J, Lopez V, Garav J. Prevention in routine general practice: activity patterns and potencial promotion factors. *Prev Med* 2001;32(1):13-22.
- Mamede S, Penaforte J (org). *Aprendizagem baseada em problemas - anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: HUCITEC / Escola de Saúde Pública do Ceará; 2001.
- Manwell LB, Fleming MF, Johnson K, Barry KL. Tobacco, alcohol, and drug use in a primary care sample: 90-day prevalence and associated factors. *Journal of Addictive Diseases* 1998;17:67-81.
- Marcus A. *The Alcoholism questionnaire: Administration, Scoring and Interpretation*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation; 1980.
- Mari JJ. Detection for psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev Saúde Pública* 1987;21(6):501-7.
- Marlatt GA, Gordon GR. *Prevenção da Recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
- Merwin S. Evaluation: 10 significant ways for measuring and improving training impact. *Jossey-Bass/Pfeiffer*; 1992. p. 7-41.
- Miller GA, Galanter E, Pribram KH. *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt; 1960.
- Monteiro M. *A World Health Organization perspective on alcohol and illicit drug use and health*, obtido na OMS, Genebra, 2001.
- Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 6a ed. Cortez - São Paulo; Brasília, DF: Unesco; 2002.
- Nérici IG. *Didática do Ensino Superior*. São Paulo: IBRASA; 1993.
- Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory* 3th edition McGraw- Hill; 1994. p 83-104.
- Ockene JK, Adams A, Hurley TG, Wheeler EV, Hebert JR> Brief physician and nurse practitioner- delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Arch Intern Méd*; 1999.
-

Ockene JK, Weeler EV, Adams A, Hurley TG, Hebert JR: Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Arch Intern Med* 1997; 157(20): 2334-41.

Pace L, Fabrocini F. *Tecnologia dell' apprendimento*. Milano: Franco Angeli Libri; 1990.

Penden MM, Knottenbelt JD, van der Spij J, Oodit R, Scholtz HJ, Stolkol JM: Injured pedestrians in Cape Town: The role of alcohol. *S Afr Med J* 1996;86:1103-5.

Pillon S, Laranjeira R, Dunn J. Nurses' attitudes towards alcoholism: factor analysis of three commonly used scales. *Sao Paulo Medical Journal/RPM* 1998a;116 (2):1661-6.

Pillon SC. *O uso de álcool e a educação formal dos enfermeiros*. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina; 2003.

Pozzo JI (org). *A solução de problemas – aprender a resolver, resolver para aprender*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

Rehm et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research* 2003a;9:157-64.

Rehm J, Gmel G, Guthr E. *the relation between average alcohol consumption and disease: an overview*. World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2001a.

Rehm J, Monteiro M, Room R; et al. Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *Eur Addict Res* 2001b;7(3):138-47.

Rehm J, Rehm N, Room R. The Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking. *Eur Addict Res* 2000;9:147-56.

Richmond RL, G-Novak K, Kehoe L, Calfas G, Mendelsohn CP, Wodak A: Effect of training on general practitioners' use of a brief intervention for excessive drinkers. *Aust NZJ Public Health* 1998; 22(2): 206-209.

Ridolfo B, Stevenson C: The Qualification of Drug – Caused Mortality and Morbidity in Australia, 1988. Canberra, Australia Institute of Health and Welfare; 2001.

Roche AM, Parle MD, Stubbs JM, Hall W, Saunders JB. Management and treatment efficacy of drugs and alcohol problems: What do doctors believe? *Addiction* 1995;90(10):1357-66.

Roche AM, Stubbs JM, Sanson-Fischer RW, Saunders JB: A controlled trial of educational strategies to teach medical students brief intervention skill for alcohol problems. *Prev Med* 1997, 26(1): 78-85.

Ronzani TM, Stralen CJ. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia da Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. *Rev Aten Prim Saúde* 2003; 6(2):99-107.

Room R, Graham K, Rehm J, et al. Drinking and Its Burden in a Global Perspective: Policy Considerations and Options. *Eur Addict Res* 2003 ;9:165-75.

Rosenberg MJ, Hovland CI. Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In: Hovland CI, Rosenberg MJ. *Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components*. New Haven, CT: Yale University Press; 1960. p. 1-14.

Rowland N, Maynard A, Kenedy P, Stone W, Wintersgill W. Doctors and alcohol screening – the gap between attitudes and actions. *Health Educ J* 1998;47(4):133-6.

Saltz R, Horton NJ, Sullivan LM, et al. Addressing Alcohol Problems in Primary Care: A Cluster Randomized, Controlled Trial of a Systems Intervention. *Ann Intern Med* 2003;138:372-82.

Samet JH, O'connor PG, Stein MD. *Clínicas Médicas da América do Norte: Abuso de álcool e de outras drogas*. 1nd ed. Rio de Janeiro: Interlivros; 1997.

Seaman J, Mannello T. *Nurses' Attitudes Toward Alcohol and Acoholism – The Seaman-Mannello sacale*. Arlington, VA: National intitute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1978.

Tolor A, Temerin JS. The Attitudes instrument: a measure of attitudes toward alcoholism and the nature and of alcoholism. *BJ Add* 1975;70:223-31.

Valentin W, Levav I, Kotin R, Miranda CT, Feijó de Mello AA, Feijó de Mello M, Ramos SP. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev. Saúde Pública* 2004;38(4):522-8.

Wallace, P. et al. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal* 1998;297(6649):663-8.

Walsh RA Medical Education about alcohol: review of its role and effectiveness. *Alcohol & Alcoholism* 1995;30(6):689-702.

Walsh RA, Sanson-Fischer RW, Low A, Roche AM: Teaching medical students alcohol intervention skill: Results of a controlled trial. *Med Educ.* 1999; 33(8): 559-65.

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

Woodward M. *Epidemiology Study Design and Data Analysis*. Chapman Hall / CRC, 1999.

World Health Organization – Comparative Risk Assessment: Interim Guidelines. Draft of 02-05-01 – page 1/28 (obtido na OMS em Genebra) 2001a.

World Health Organization. Substance Abuse for health professionals. Reports on a W.H. Consultation. Viena; 1987.

World Health Organization. The mental health report 2001. *Mental Health: new understanding new hope*. Geneva: World Health Organization; 2001b.

Abstract

Introduction: Alcohol use is a public health issue. Several problems are associated with it. Many times, primary health care services are the first port of call for people with alcohol problems to access treatment; therefore professionals working in this particular sector should be well prepared and trained to provide effective assessments using techniques like, Early Diagnosis and Brief Intervention to engage and help those in need. But in order to achieve this, there are many barriers to overcome, such as: lack of training, lack of appropriate and efficient public health policies and the prevailing negative attitudes towards alcohol users. **Aims and Objectives:** to design a course for primary health care workers focusing on changing their negative attitudes towards alcohol users and enhancing their awareness and knowledge of alcohol dependence. The main objective is to help professionals to identify the early signs of the different stages and levels of alcohol use and dependence: from the occasional, acute and binge drinker to the heavy, high risk and harmful user and to be able to apply Brief Intervention (BI) techniques to help them. Brief Intervention has proven to be effective and have become increasingly valuable in the management of individuals with hazardous and harmful drinking and can be applied in 10 to 15 minutes of consultation. **Method:** It was conceived a course of short duration to be facilitated to a sample of 178 professionals (doctors, nurses, psychologists, social workers and community health workers). Three scales were used: the Attitude scale, the Knowledge scale and the General Information scale. The scales were applied in three different moments: before and immediately after the course and a follow up measured after two years. **Results:** From the initial sample, 6 participants were removed from the study. The final sample was of 172. In the follow up phase, 141 professionals answered the questionnaires: 19 nurses (11%); 23 community health workers (13,4%); 10 psychologists (5,8%) and 100 doctors (58,1%). Regarding any previous and specific drugs and alcohol training, 107 professionals (62,2%) never received any kind of formal training during graduation. After graduation, 165 (95,9%) never received any drug and alcohol training. A factorial analysis of the Attitude scales was conducted and 5 factors were formed. In the Cluster analysis the course participants were

grouped according to the following factors: preparation, pessimism about prognosis; etiological morality; personal prejudices and control of use. The multiple comparison analysis showed that participants of Group 1 were the most prejudiced of all. This group was composed mainly of community health workers (technical level, with no university degree qualifications). Group 2 considered themselves more unprepared but less moralist. Group 4 had the majority of professionals disagreeing that alcohol users could control their own use. It was the least moralist of all the groups. Consisted mainly of doctors and it did stand out as the group with a very poor attendance to the course. The changing of knowledge factor had a significant increase in all groups - between the beginning of the course and immediately after and between these phases to the follow up ($p\text{-value} < 0,001$). There was no group effect ($F = 1,10$, $p\text{-value} = 0,359$) – and there was a uniform improvement in all groups. In relation to Attitudes, there was a group effect ($F = 3,62$, $p\text{-value} = 0,008$). Group 3 presented an enhanced improvement in relation to the other groups. The F test for the comparison of the scoring levels showed a course effect between the beginning and the end of the training ($F_{221,34}$ $p < 0,001$) and in the follow up period of 2 years ($F_{86,14}$ $p < 0,001$).

Conclusion: The training proved to be effective in the changing of Attitudes and Knowledge. The improvement regarding knowledge was very similar among all the groups composed by the Cluster analysis and the Attitude improvements showed differences between them. There was an improvement both between the beginning and the after-training periods as well as, between the 2 years follow up period.