

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

JANE MORAES LOPES

**Crenças e expectativas sobre uso de álcool:
avaliação do efeito do treinamento em
intervenções breves**

**RIBEIRÃO PRETO – SP
2009**

JANE MORAES LOPES

**Crenças e expectativas sobre uso de álcool:
avaliação do efeito do treinamento em
intervenções breves**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências.
Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado

**RIBEIRÃO PRETO – SP
2009**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Lopes, Jane Moraes

Crenças e expectativas sobre o uso de álcool : avaliação do efeito do treinamento em intervenções breves. Ribeirão Preto, 2009.

163p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Mental.

Orientador: Furtado, Erikson Felipe.

1. Álcool.
2. Crenças.
3. Expectativas.
4. Intervenções breves.
5. Atenção primária.
6. Treinamento.

FOLHA DE APROVAÇÃO

JANE MORAES LOPES

Crenças e expectativas sobre uso de álcool:

avaliação do efeito do treinamento em intervenções breves.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.
Área de Concentração: Saúde Mental

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____



Aos meus amores
Marcos, Luana e Cauê

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado, pela oportunidade de participar de sua equipe de trabalho, confiança e paciência constantes.

A Clarissa Corradi-Webster, pela dedicação ao projeto desde o seu início, pelo interesse contagiante, pelas palavras amigas.

A Flávia Abade, pelo seu empenho na busca dos cadernos pós-treinamento.

A Poliana, que compartilhou comigo suas experiências acadêmicas, me ajudando bastante.

A meus colegas de trabalho no PAI-PAD, Allan, Angélica, Dani, Camila, Lia, Lucila, Melina e Pâmela, por todo o apoio e colaboração.

Aos profissionais de saúde participantes do estudo, pela inestimável contribuição à pesquisa.

Ao meu esposo Marcos, companheiro de vida, pelo incentivo, carinho e contribuições.

Aos meus filhos Luana e Cauê, por entenderem a importância do trabalho para mim, por saberem participar e comemorar comigo cada etapa vencida.

A minha mãe, Maria Glaides, que me ensina a importância da humildade para aprender.

Ao meu pai, Oscar, com quem aprendi a ter esperança e sonhar.

RESUMO/ABSTRACT

RESUMO

LOPES, J.M. Crenças e expectativas sobre uso de álcool: avaliação do efeito do treinamento em intervenções breves. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

INTRODUÇÃO: As Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves (EDIB) propostas pela Organização Mundial de Saúde são consideradas efetivas para o diagnóstico e prevenção dos agravos decorrentes do uso do álcool. Atitudes, crenças e expectativas dos profissionais de saúde em relação ao uso de álcool influenciam o efeito destas novas propostas. **OBJETIVO:** Este trabalho propõe a avaliação do efeito do treinamento em EDIB sobre as crenças e expectativas a respeito do uso de álcool. **MÉTODOS:** O estudo é do tipo observacional, transversal, comparativo, sobre uma amostra de 88 profissionais da atenção primária à saúde, provenientes de Ribeirão Preto e região, que concordaram em participar da pesquisa conforme os procedimentos éticos recomendados, treinados pelo Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAIPAD) no período de 2003 a 2006. Os dados foram coletados através de questionários individuais aplicados antes do treinamento e no período de 4 a 6 meses depois. Os questionários incluíram um formulário sócio-demográfico, o Teste de Conhecimento sobre álcool e Intervenções Breves (IB), o Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IECPA) e um formulário de estimativas sobre o uso do AUDIT (“Alcohol Use Disorder Identification Test”) e das IB. A amostra foi caracterizada quanto à prática e preparação profissional na atenção primária, papel, atitudes e crenças dos profissionais em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas pelos seus pacientes. **RESULTADOS:** No Teste de Conhecimento sobre álcool e Intervenções Breves, a pontuação média foi maior após o treinamento, passando de 4,1 para 5,57 (Wilcoxon Test: $z = -4,936$; $p \leq 0,001$). Os resultados médios do IECPA passaram de 93,45 pontos na fase pré para

78,74 pontos na fase pós-treinamento (Wilcoxon, $z=-4,138$; $p \leq 0,001$). Através do teste de Spearman observou-se tendência à correlação positiva entre a aquisição de conhecimento e as variações no IECPA ($p=0,095$); o nível de conhecimento pré-treinamento e as estimativas de realização de EDIB($p=0,082$); as estimativas de aplicação de AUDITS e o intervalo de tempo($p=0,009$). As variações do IECPA se correlacionaram positivamente com as expectativas de aplicação de EDIB (Nonparametric Chi-Square: $p=0,053$). No Teste de Conhecimento, o nível médio (incompleto e completo) apresentou menor nível de aproveitamento que os outros níveis de escolaridade. As maiores variações no IECPA foram observadas entre os profissionais de nível de escolaridade superior (incompleto e completo). Os profissionais com ocupações de nível superior apresentaram maiores variações positivas quanto ao conhecimento que os de nível técnico, e maior redução na pontuação do IECPA. CONCLUSÕES: A estratégia de formação oferecida pelo PAIPAD foi efetiva, promovendo mudanças nas crenças e expectativas da equipe sobre uso de álcool, interferindo positivamente na conduta preventiva dos profissionais treinados junto aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: álcool, crenças, expectativas, intervenções breves atenção primária, treinamento

ABSTRACT

LOPES, JM. Beliefs and expectations about alcohol use: evaluation of the effect of training in brief interventions. Dissertação (Mestrado) - School of Medicine of Ribeirao Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BACKGROUND: The Strategies of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) proposed by World Health Organization (WHO) are considered effective to perform the diagnosis and the prevention of damage caused by alcohol. Attitudes, beliefs and expectations of health professionals in relation to alcohol use have influence over the effect of these new proposals. **OBJECTIVE:** This study aimed at evaluating the effect of training in SBIRTs on the beliefs and expectations of professionals about the alcohol use. **METHODS:** The study is observational, cross-sectional and comparative, with a sample of 88 professionals of primary care, from Ribeirão Preto and region, who agreed to participate following ethical procedures, trained by Program of Integrated Action for Prevention and Attention to Alcohol and Drug Use in the Community (PAIPAD), in period from 2003 to 2006. Data were collected through individual questionnaires applied before the training and in the period from 4 to 6 months later. The questionnaires included a socio-demographic inventory, the Test of Knowledge about alcohol and brief interventions (IB), the Inventory of Positive Expectations and Beliefs about Alcohol (IECPA) and an inventory of estimates on the use of the AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) and brief interventions. The sample was characterized in relation to the practice and professional preparation in primary care, the professional role in primary care and attitudes and beliefs of professionals about problems related to alcohol or other drugs for their patients. **RESULTS:** In the Test of Knowledge about alcohol and brief interventions, the average score was higher after the training, increasing from 4.1 to 5.57 (Wilcoxon test: $z = -4.936$, $p \leq 0.001$). The IECPA average changed from 93.45 points to 78.74 points after intervention, in the post-training (Wilcoxon, $z = -4.138$, $p \leq 0.001$).

A trend toward positive correlation between the acquisition of knowledge and changes in IECPA ($p = 0,095$) was found (Spearman test), as well the level of pre-training knowledge and estimates of conducting SBIRTs ($p = 0,082$), estimates of implementing AUDIT and the time ($p = 0,009$). In the Test of Knowledge, the intermediate level of schooling (complete and incomplete) showed lower score than the others. Variations of IECPA correlated positively with the expectations of applying SBIRTs (Nonparametric Chi-Square: $p = 0,053$). The highest changes in IECPA were seen among higher level professionals (complete and incomplete). The professionals of higher-level occupations showed bigger positive changes in knowledge than workers of technical level and higher reduction in scores of IECPA. CONCLUSIONS: The strategy of training offered by PAIPAD was effective, promoting changes in beliefs and expectations of the team about alcohol use, interfering positively in the preventive attitudes of trained professionals with the patients.

KEYWORDS: alcohol, beliefs, expectations, primary care, brief interventions, training

LISTAS E SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AEQ – Alcohol Expectancy Questionnaire

APS – Atenção Primária à Saúde

ASSIST - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

CEP – Conselho de Ética em Pesquisa

CEPPA – Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Alcool

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

DP - Desvio Padrão

DRS – Departamento Regional de Saúde

EDIB – Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

HC/FMRP/USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de

Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

IB – Intervenções Breves

IECPA - Inventário de Expectativas e Crenças Positivas sobre Alcool

INEBRIA - International Network on Brief Interventions for Alcohol

INEBRIA LATINA - Sessão Latino-americana da INEBRIA

M – Média

MS – Ministério da Saúde

NPCP - Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia

NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS- Programa de Agentes Comunitários

PAIPAD – Programa de Ações Integradas para a Prevenção e Atenção aos problemas de álcool e Drogas

PHEPA – Primary Health Care European Project on Alcohol

PSF – Programa de Saúde da Família

SD – Desvio Padrão

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UDED – Unidade de Dependência e Abuso de Drogas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

USP – Universidade de São Paulo

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

Quadro 1: Resultados do Teste de Conhecimento nas duas fases da pesquisa	79
Quadro 2: Diferenças de pontuação média no Teste de Conhecimento e IECPA (pré/pós).....	83
Gráfico 1: Pontuações Médias no Teste de Conhecimento	78
Gráfico 2: Teste de Conhecimento: respostas por categoria	80
Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	75
Tabela 2: Comparação entre características do grupo total de profissionais treinados e a amostra selecionada para pesquisa.....	76
Tabela 3: Resultados do Teste de Conhecimento e IECPA	83
Tabela 4: Variações dos resultados no Teste de Conhecimento em função das variáveis sócio-demográficas	88
Tabela 5: Variações dos resultados no IECPA em função das variáveis sócio-demográficas.....	90
Tabela 6: Correlações entre os resultados do Teste de Conhecimento e IECPA e as variáveis sócio-demográficas	91
Tabela 7: Resultados das questões sobre a Prática Profissional	92
Tabela 8: Resultados das questões sobre a Preparação Profissional	94
Tabela 9: Resultados das questões sobre o Papel Profissional	97
Tabela 10: Resultados das questões sobre Atitudes e Crenças Pessoais	101

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	ix
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS	xii
LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS	xiv
1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 – Crenças e Expectativas sobre os efeitos do consumo do álcool.....	18
1.1.1 - Instrumentos de Avaliação de Crenças e Expectativas sobre os efeitos do consumo do álcool.....	24
1.1.2 - Atitude dos profissionais de saúde quanto ao uso de álcool	29
1.2 – Prevenção do uso abusivo de álcool.....	31
1.2.1 - A proposta do Ministério da Saúde do Brasil para os problemas relacionados com o álcool.....	32
1.2.2 - Educação profissional continuada	36
1.3 - Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves - EDIB.....	37
1.3.1 - Características das EDIB.....	38
1.3.2 - Efetividade das EDIB.....	40
1.3.3 - Programas de implementação das EDIB em outros países	43
1.3.4 - EDIB no Brasil	46
1.3.4.1 - Modelo de Treinamento Proposto pelo PAIPAD/Ribeirão Preto.....	48
1.4 - Avaliação de treinamento de profissionais de saúde	51
1.4.1 – Modelo de Avaliação Pré e Pós-Treinamento.....	58
2. OBJETIVOS	61
3. METODOLOGIA	63
3.1 – Amostra	64
3.2 – Fases e Procedimentos da Pesquisa	65
3.3 - Instrumentos da pesquisa	66
3.3.1 – Formulário sócio-demográfico	66

3.3.2 – Teste de Conhecimento sobre consumo de álcool e Intervenções Breves- IB.....	67
3.3.3 – Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do álcool - IECPA	67
3.3.4 – Formulário de Estimativas – AUDIT e IB	68
3.3.5 - Questionário de estudo no. 1 para profissionais da atenção primária.....	68
3.4 - Coleta de dados	70
3.5 – Análise de dados	71
4. RESULTADOS	73
4.1– Características sócio-demográficas	74
4.2 – Teste de Conhecimento sobre Consumo de Álcool e IB	76
4.3 – Expectativas e Crenças Pessoais sobre o álcool	82
4.4 – Estimativas de aplicação de AUDIT e Intervenções Breves.....	84
4.5 - Efeito de variáveis sócio-demográficas sobre as variações de conhecimento, crenças e expectativas.....	86
4.6 - Prática profissional	91
4.7 - Preparação profissional da atenção primária	93
4.8 - Papel profissional	94
4.9 - Atitudes e crenças pessoais.....	99
5. DISCUSSÃO.....	103
6. CONCLUSÕES.....	124
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
8. APÊNDICE	139
APÊNDICE A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	140
9. ANEXOS.....	141
ANEXO A - Questionário de Pesquisa (pré-treinamento).....	142
ANEXO B - Questionário de pesquisa (segundo tempo de coleta de dados).....	163

1. INTRODUÇÃO

Muitos estudos que avaliam a implantação de programas de prevenção em saúde apontam para a importância do aspecto humano referente às atitudes, crenças e expectativas dos profissionais de saúde em relação à prática das novas propostas e promoção de saúde. Estes estudos ainda são pouco frequentes em nosso país.

1.1 – Crenças e Expectativas sobre os efeitos do consumo do álcool

A pesquisa e teoria desenvolvidas recentemente a respeito das expectativas acerca dos efeitos do álcool, convergem com conceitos originários dos modelos cognitivos e da neurociência, cuja utilização tem facilitado a compreensão teórica da estrutura e processo das expectativas e estratégias para modificá-las, tendo em vista não só a intervenção como também a prevenção.

As crenças são inferências feitas pelos indivíduos: não podem ser observadas diretamente, mas podem ser deduzidas através de todas as atitudes e falas do crente, sendo entendidas como uma disposição meramente subjetiva a considerar algo certo ou verdadeiro, por força do hábito ou da vivacidade das impressões sensíveis.

Existe uma hierarquia de importância entre elas, onde quanto mais central for uma crença, mais difícil será a sua mudança, e, quanto mais central a crença que foi mudada, mais difundida será sua repercussão no sistema de crenças. Mudanças de crenças são fundamentais para promover mudanças de atitudes já estabelecidas: a atitude da pessoa direcionada a um objeto é influenciada pelo conjunto das suas crenças sobre o objeto, e

não necessariamente a uma crença em particular. Assim, algumas crenças influenciam (e não determinam) a atitude das pessoas em direção a um dado comportamento porque a pessoa espera - tem a expectativa - que a exibição daquele comportamento levará a certas conseqüências, que ela avalia como importantes. Desta forma, as expectativas, configuradas como proposições de relações de “se...—então...” entre eventos (certo comportamento) e suas conseqüências (determinado resultado esperado), orientam a intencionalidade do comportamento.

A norma subjetiva da pessoa é vista como maior determinante de intenção para desempenhar o comportamento, havendo maior probabilidade de exibição de um comportamento quando a pessoa acredita que os outros esperam que esse comportamento ocorra numa dada situação. Desta forma, a crença de que as pessoas esperam que o comportamento seja ou não exibido, de natureza normativa, também direciona o comportamento.

As crenças sobre o consumo do álcool, assim como as demais crenças que acompanham a humanidade, variam ao longo da história. Os alcoolistas, ao se engajarem no comportamento de beber, esperam obter os efeitos previstos, ou seja, bebem com certas expectativas de resultados, sendo que quanto mais positiva for a expectativa, maior será o consumo de etílicos.

Segundo Knapp et al. (2001), no campo da dependência do álcool e outras substâncias devem ser consideradas quatro importantes classes de crenças: as *crenças antecipatórias* que refletem a expectativa de recompensa ou prazer; as *crenças de alívio* que expressam a remoção de

algum desconforto ou sofrimento; as *crenças permissivas ou facilitadoras*, que avaliam o uso de substâncias psicoativas como aceitável e justificável e, por último, as *crenças de controle*, que abarcam todas as crenças que diminuem a possibilidade do uso de tais substâncias.

As expectativas (ou cognições antecipatórias) possuem propriedades motivacionais, resultantes da associação aprendida entre estímulos para ação e reforçadores do comportamento. Maiores níveis de uso de álcool estão associados a expectativas positivas e que induzem ao consumo, parecendo justificar o padrão de uso do álcool (CUNHA et al., 2007). As expectativas de prazeres sociais e físicos foram associadas com indivíduos que bebiam socialmente, os quais relataram a expectativa de que o álcool reduziria a tensão (BROWN, 1993). Eventos congruentes com as expectativas são selecionados e registrados (DIMEFF, 2002) podendo ser confirmadas pela experiência direta com a droga e, então, fortalecer as expectativas previamente existentes. Desta forma, a apresentação do álcool pode gerar a expectativa de estados afetivos aprendidos associados ao comportamento de beber (Ex.: alegria, prazer, maior autoconfiança, sociabilidade, aumento e/ou ativação do desejo sexual, redução de tensão, desinibição social e atratividade física/sexual) e o desejo de vivenciar estas emoções. Na literatura, existe evidências de reações diferenciadas em pessoas que acreditavam ter ingerido álcool, sugerindo alterações na função de memória e alcolemia (ASSEFI e GARRY, 2003; COLE-HARDING e MICHELS V. J., 2007).

As expectativas positivas quanto ao uso de álcool podem surgir a partir de fontes como exposição a estímulos condicionados, associados com expectativas anteriores em relação a droga, dependência física, crenças pessoais e culturais sobre os efeitos da droga, e fatores situacionais e ambientais (MARLATT e GORDON, 1993; OEI e MORAWSKA, 2004). Os efeitos do álcool, por exemplo, não estão ligados simplesmente a fatores fisiológicos, mas aos fatores cognitivos, decorrentes das crenças e opiniões acerca dos efeitos dessa substância (PEUKER et al., 2006).

Uma vez que essas expectativas se tornam estabelecidas, guiam o comportamento quando expostas ao álcool, de modo que um indivíduo pode produzir os efeitos previstos quando o álcool é consumido. Desta forma, a opinião do indivíduo sobre o poder do álcool pode mudar o comportamento relacionado ao uso dessa substância mais do que as próprias ações fisiológicas (LEIGH, 1989; BARRY et al., 2001). Na teoria de aprendizagem social, supõe-se que atividades cognitivas, tais como antecipação, expectativa e memória sobre a história do uso do álcool, modelam e podem determinar o comportamento dependente.

Consideradas informações da memória de longo-prazo que derivam de experiências diretas que um indivíduo teve com o álcool, as expectativas em relação aos efeitos do álcool são consequência de suas características biológicas e do ambiente, sendo determinadas a partir do que as pessoas acreditam acerca dos efeitos da substância, sendo o produto entre o efeito real e o efeito esperado quanto ao consumo da substância, podendo ser constantemente modificadas a partir das experiências individuais de

observação e aprendizagem de novos comportamentos, a partir das crenças em resultados positivos ou negativos.

Segundo Darkes e Goldman (1993), o efeito das expectativas no comportamento de beber é baseado na informação sobre o álcool e nos seus efeitos, adquiridos na infância e na adolescência e armazenados na memória, em longo prazo, podendo se formar antes mesmo que o indivíduo beba pela primeira vez na vida. Estas expectativas se desenvolvem a partir de modelos familiares e do grupo de iguais, experiências diretas e indiretas com bebidas de álcool e exposição à mídia (ARAUJO e GOMES, 1998; GOLDMAN et al., 1991) considerando que a influência desses agentes sociais atua, inclusive, sobre a predisposição dos fatores individuais, no formato de uma rede semântica.

No modelo cognitivista, pressupõe-se que as expectativas são confirmadas ou não quando o álcool é consumido. Desta forma, as contingências ambientais e os efeitos fisiológicos reais de beber reforçam ou não as expectativas de resultados sobre os efeitos do álcool, fazendo com que a manutenção do consumo da substância dependa dessas expectativas, que estão sendo confirmadas ou não (BROWN, 1993; OEI e MORAWSKA, 2004).

As expectativas positivas quanto aos efeitos da droga estão associadas ao beber problemático, podendo exercer influências importantes no início e na manutenção do uso da substância e na emissão de comportamentos relacionados a este consumo (ARAUJO e GOMES, 1998; GOLDMAN et al., 1991). Beck et al. (1999) referiram que as crenças

adictivas estão relacionadas à procura de prazer, da solução de problemas e do alívio do desconforto, podendo variar de pessoa para pessoa e conforme o tipo de droga escolhida. As expectativas de resultados são ativadas e desencadeiam o comportamento aditivo voluntário, onde o sujeito decide usar a substância quando as suas reações psicológicas antecipam a compensação pelo uso da droga.

Bebedores frequentes mantêm expectativas positivas que geralmente estão incorretas. Há evidência de que bebedores-problema têm mais expectativas positivas sobre os efeitos imediatos do álcool do que expectativas acerca de suas conseqüências negativas a longo-prazo. Dessa forma, no processo de recaída, as expectativas de resultados positivos podem ser mais relevantes do que os próprios prejuízos decorrentes do consumo da droga. (Ex.: funcionamento social prejudicado) (LEIGH e STACY, 2004).

Quanto à interferência de características sócio-econômicas, existem evidências de que as expectativas positivas variam de acordo com a idade, sendo que as expectativas positivas são mais preditoras do consumo do álcool para adolescentes do que para adultos (LEIGH, 1989; DARKES e GOLDMAN, 1993; LEIGH e STACY, 2004; AMARAL, 2007). Embora ambos os gêneros pareçam endossar fortemente as expectativas sociais, as mulheres vislumbram expectativas de resultados positivos, de modo mais global, enquanto os homens focalizam-se na facilitação sexual (OEI e MORAWSKA, 2004).

A ocorrência de falsas expectativas pode provocar situações de vulnerabilidade aos riscos decorrentes do uso abusivo do álcool, bem como comprometer a ação de profissionais de saúde junto à comunidade. Por exemplo, a associação entre o beber pesado e a demonstração de masculinidade ou de camaradagem, pode encorajar homens a negar e minimizar problemas ou riscos decorrentes do uso de álcool (TONSEN, 1997), assim como a suposição de que mulheres não fazem uso pesado de álcool pode permitir a desconsideração de problemas relacionados ao beber nesta população por profissionais da área de saúde na atenção primária.

1.1.1 - Instrumentos de Avaliação de Crenças e Expectativas sobre os efeitos do consumo do álcool

A literatura tem demonstrado a importância da avaliação das expectativas pessoais sobre os efeitos do álcool, não só para compreender o uso e a dependência do álcool, como para obter subsídios em termos de estratégias de intervenção de recaídas. Contudo, a validação de instrumentos que mensurem as expectativas de resultados frente ao uso de substâncias psicoativas constitui-se apenas o início do processo que poderá auxiliar na prevenção do desenvolvimento e do progresso seqüencial do uso de substâncias psicoativas.

Pedroso et al. (2006) demonstraram que é importante desenvolver e validar instrumentos que mensurem, especificamente, as expectativas de resultados diante do uso de diferentes substâncias psicoativas, já que há evidências de que os efeitos subjetivos e comportamentais das drogas são

influenciados pelas expectativas. Darkes e Goldman (1993) relataram o uso de instrumentos psicométricos em seu trabalho focado no conceito da expectativa.

A avaliação das expectativas positivas do efeito do álcool pode ser realizada através de escalas que avaliem este fator (LEIGH, 1989) ou de um instrumento específico como o *Alcohol Expectancy Questionnaire* (AEQ)(Brown, 1980) . O AEQ é o instrumento mais usado para medir as expectativas dos adolescentes e dos adultos, para os quais existem duas versões: a versão dos adultos mede somente expectativas de efeitos positivos, a versão dos adolescentes inclui itens que medem efeitos negativos (LEIGH e STACY, 2004). O AEQ apresenta alternativas que variam de “concordo” a “não concordo”, onde o sujeito responde, conforme suas experiências, a uma escala Likert de um a cinco. Contempla seis domínios, onde o primeiro se refere a efeitos globais do álcool e os outros cinco contém itens referentes a efeitos específicos tais como bem estar físico ou social, facilitação sexual e social, relaxamento e redução de tensão e agressividade.

Outro instrumento disponível é o Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IECPA) que foi desenvolvido em Coimbra, por Pinto Gouveia e colaboradores para avaliação das expectativas pessoais sobre os efeitos do álcool. Para esses autores, a investigação das expectativas constitui-se como uma ferramenta preventiva útil em função de seu valor preditivo em relação ao consumo de álcool (PINTO GOUVEIA et al., 1996).

Além de avaliar as expectativas pessoais sobre os efeitos do álcool, o IECPA permite a compreensão do uso e dependência do álcool, oferecendo subsídios para adequada utilização em contextos clínico-assistenciais, monitorização em protocolos de tratamento ou na prevenção de recaída, estudos de rastreio de alcoólicos, investigação geral sobre comportamentos de bebida, caracterização e detecção de grupos de indivíduos com elevado risco de virem a tornarem-se dependentes do álcool.

A adaptação brasileira do IECPA foi realizada por Werlang e Oliveira em 1996, em uma amostra de 502 sujeitos com idade entre 16 e 74 anos. No grupo estudado, 315 eram oriundos da comunidade, 40 eram alcoolistas em tratamento ambulatorial e 142 alcoolistas internados. O trabalho demonstrou que as propriedades psicométricas da versão brasileira são excelentes e comparáveis com as verificadas com a versão portuguesa: na validação brasileira são apresentados dados sobre fidedignidade (análise de item, consistência interna e estabilidade) e sobre quatro tipos de validade (validade de constructo, validade discriminativa, validade fatorial e validade preditiva).

As autoras aplicaram o IECPA e observaram que as médias das expectativas acerca do uso de álcool cresceram à medida que o padrão de bebida era mais pesado, de acordo com a pontuação nos quatro grupos: “não bebe ou ingere raramente”, “não ultrapassa 80 g de álcool”, “bebe, sistematicamente, mais de 80 g de álcool absoluto”, “bebe sistematicamente mais de 80 g de álcool e já precisou ou está em tratamento”.

Na adaptação brasileira, os 61 itens foram distribuídos em cinco fatores, onde cada um consiste numa afirmação sobre expectativas e crenças a respeito dos efeitos do álcool:

1. Efeitos globais positivos (“beber me deixa mais corajoso”) e facilitadores das interações sociais (“o álcool me torna mais alegre e simpático”);
2. Diminuição e/ou fuga de emoções negativas (“o álcool me faz esquecer os problemas da vida”);
3. Ativação e prazer sexual (“tenho mais prazer sexual após ter bebido”);
4. Efeitos positivos na atividade e humor (“quando bebo aprecio melhor as coisas boas da vida”);
5. Efeitos positivos na avaliação de si mesmo (“quando bebo fico menos nervoso”).

Uma vez validado no Brasil, o IECPA é um instrumento aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, cujos direitos de utilização do inventário (IECPA) são de propriedade da Casa do Psicólogo, tendo sido formalmente adquiridos por ocasião do início deste trabalho.

No Brasil, o IECPA foi utilizado em 2002 por Mendes et al., em uma pesquisa junto a mulheres alcoolistas onde o objetivo principal foi investigar tolerância à frustração. Em 2006, Peuker et al. examinaram a relação entre expectativas sobre os efeitos do álcool e o padrão de beber de risco em 165 universitários. Diante da correlação entre beber problemático e expectativas positivas, esses autores consideraram que investigar a relação entre padrão

de uso e expectativas sobre os efeitos do álcool favorece o planejamento de intervenções terapêuticas e estratégias preventivas mais precisas que visem à redução dos riscos do beber problemático. Outros autores brasileiros utilizaram o IECPA em pesquisas realizadas com alcoolistas: Cunha et al. (2007) também o utilizaram em um grupo de 26 pacientes em tratamento, investigando as crenças e expectativas pessoais sobre os efeitos do uso do álcool, em um trabalho cujo objetivo era avaliar suas habilidades sociais, constata a presença de crenças e expectativas de facilitação nas interações sociais através do uso do álcool nesses indivíduos. Em 2007, Scali e Ronzani avaliaram o desempenho do IECPA na identificação de alcoolistas, confirmando empiricamente a construção teórica de que quanto maior a expectativa e quanto mais positivas as crenças sobre o álcool, maior foi o consumo de álcool entre os respondentes do grupo de dependentes, reforçando a hipótese que o IECPA é bom instrumento de identificação de dependentes de álcool.

O trabalho de Amaral (2007), construído a partir das características sócio-culturais das regiões Sul e Nordeste do Brasil, buscou estimar perfis de vulnerabilidade à AIDS associado ao uso de álcool por adolescentes. A autora relatou a existência de associação entre a bebida alcoólica e a busca pelo prazer, que se acentua a partir da experiência com a bebida, e atividade sexual, ao mesmo tempo em que cai a percepção de vulnerabilidade à AIDS.

Revisando a bibliografia disponível nas principais bases de dados, observou-se que até o segundo semestre de 2008 não foram publicados no

Brasil trabalhos cujo objetivo tenha sido a investigação de crenças e expectativas sobre os efeitos do álcool junto a profissionais de saúde atuantes em atenção primária, utilizando o IECPA ou outro instrumento específico para esse fim, padronizado e validado.

1.1.2 - Atitude dos profissionais de saúde quanto ao uso de álcool

A atitude dos profissionais de saúde em relação ao uso de bebidas alcoólicas por pacientes interfere na eficácia de intervenções preventivas para problemas de saúde conseqüentes, havendo correlações entre a habilidade para a abordagem de problemas relacionados com álcool e drogas com idade, anos de prática, especialidade, habilidade para obter história de uso das substâncias e treinamento após a graduação, sendo que a educação e treinamento são sugeridos como alternativas para promover mudanças de comportamento de médicos clínicos (FUCITO et al.,2003).

Existe grande diversidade quanto à conceituação de atitude, objetivos, metodologia, instrumentos e resultados das pesquisas apresentadas, como foram verificados na revisão de publicações do período entre 2001 e 2007 sobre o tema. Em boa parte dos 18 trabalhos incluídos na revisão sistemática realizada, foram referidas dificuldades dos profissionais quanto à identificação e acompanhamento dos pacientes, tendendo a restringir sua ação às situações de evidência de agravos à saúde ou dependência de álcool.

Considerando os profissionais de saúde como os principais atores na efetivação da implementação das Estratégias de Diagnóstico e Intervenções

Breves (EDIB) na comunidade, a qualidade do conhecimento, sentimento e atitudes dos profissionais são pré-requisitos fundamentais para a promoção da reeducação e tratamento dos pacientes que bebem de forma pesada (KAARIANEN et al., 2001).

A presença do estereótipo do alcoolista, juntamente com crenças encontradas entre os profissionais da saúde, determina o tipo e a qualidade dos cuidados que o paciente recebe, bem como o foco de pesquisa e atitudes sobre o álcool (DINIZ e RUFFINO, 1996; LOCKE e KANER, 2004). Aira et al. (2003) sugerem a mudança de foco no sentido de considerar os fatores de risco associados a estilo de vida, em oposição à postura reducionista de considerar apenas a dependência enquanto problema de saúde.

Em seu estudo sobre fatores que influenciam o comportamento de médicos sobre perguntar aos pacientes sobre o consumo de álcool, também são citadas as expectativas quanto à efetividade das intervenções.

Considerando que a atenção primária e ocupacional sejam níveis mais apropriados que os cuidados especializados para a reeducação e tratamento dos pacientes bebedores pesados, evidencia-se a necessidade de melhorar a motivação e atitudes dos profissionais nos diferentes níveis de atenção em relação ao trabalho junto aos pacientes que fazem uso abusivo de álcool. Ainda que inicialmente não acreditem que podem influenciar o consumo de bebidas pelos pacientes através das intervenções breves, ou mostrem-se pouco motivados para todos os níveis de cuidados de saúde, por outro lado, pesquisas recentes comprovam que profissionais treinados

podem aderir à prática das intervenções breves onde gastam poucos minutos por intervenção, numa relação custo-benefício positiva (D'ONOFRIO et al., 2005).

1.2 – Prevenção do uso abusivo de álcool

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser estudada como um processo de planejamento e implantação de múltiplas estratégias voltadas para a diminuição da vulnerabilidade, redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção.

Evidências científicas respaldam a demanda mundial por modelos assistenciais mais adequados às necessidades da população que sofre os agravos decorrentes do uso abusivo de bebidas alcoólicas (acidentes automobilísticos e de trabalho, criminalidade, violência intra e extra-familiar, absenteísmo da escola e do trabalho) (CARLINI et al., 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Até o momento, existe consenso a respeito da efetividade das EDIB, propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como recurso preventivo e facilitador da assistência a nível primário de saúde. Contudo, parece que a educação formal dos profissionais de saúde não vem promovendo sua capacitação para a detecção e intervenção para os problemas relacionados ao álcool, um tema muitas vezes cercado por estigmas, preconceitos, e dificuldades. O desafio atual diz respeito ao convencimento dos profissionais no sentido de incorporarem as intervenções

à sua prática, e para tanto, uma alternativa é o seu preparo técnico através da formação profissional continuada.

1.2.1 - A proposta do Ministério da Saúde do Brasil para os problemas relacionados com o álcool

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS), divulgou um documento intitulado “Política para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” onde o alcoolismo é colocado entre as dez doenças mais incapacitantes. Considerando o consumo abusivo de álcool como o maior problema de saúde pública, o documento apresenta o compromisso com a criação e manutenção de equipamentos, formulação de políticas de saúde em articulação com outras áreas afins, além da execução e avaliação das mesmas. O governo brasileiro definiu sua política pública para o álcool a partir de um processo instalando o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), com a criação da Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA). Em novembro de 2005, o Brasil promoveu e financiou integralmente a 1ª Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas para o Álcool, que reuniu representantes governamentais de 26 países, culminando com a Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o álcool, que aponta entre suas recomendações que políticas baseadas em evidências sejam implantadas e avaliadas por todos os países das Américas (Ministério da Saúde, 2006).

No modelo brasileiro, os pacientes da rede primária têm o primeiro contato com os serviços de saúde através do clínico geral, onde o foco dos

atendimentos é voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência. A primeira intervenção voltada para o problema do álcool ocorre, em média, cinco anos após o primeiro problema decorrente do uso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Além de doenças indiretamente provocadas pelo consumo de álcool e seus desdobramentos, os custos se estendem das internações aos tratamentos ambulatoriais.

Condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 como uma estratégia de redirecionamento da atenção à saúde, fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituídos na Constituição de 1988, esses princípios foram baseado nas idéias de promoção da saúde, que objetiva a igualdade de oportunidades visando proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizarem completamente seu potencial de saúde. Possui como foco a descentralização e a responsabilidade pela assistência à saúde da população promovida pelos municípios, com recursos técnicos e financeiros a serem fornecidos pela União e pelos Estados. Apresentando um crescimento expressivo nos últimos anos, a consolidação da estratégia se sustenta pela real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, e pela produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida, conferindo ao modelo de atenção à saúde do Brasil o status de referência internacional. Superando a antiga proposição de caráter exclusivamente

centrado na doença, a proposta atual para a "Atenção Básica à Saúde" no Brasil fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade, qualidade, equidade e participação social. Em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional, o trabalho das equipes responsáveis por populações de territórios delimitados, ocorre sob a forma de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas.

A inserção da Atenção Primária à Saúde (APS) nos sistemas municipais constitui um desafio para a atenção básica brasileira. Apesar de ser um programa federal, a implantação do PSF pelas prefeituras, ocasiona desníveis ocasionados pela autonomia municipal para definir e implantar o modelo de atenção básica.

A operacionalização do PSF ocorre mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, atuantes em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da comunidade. Por meio da Portaria nº 648, a Política Nacional de Atenção Básica definiu os recursos necessários para a realização de suas ações a partir de uma composição mínima de equipe que têm, em princípio, a responsabilidade de acompanhar cerca de 3000 a 4.500 pessoas ou 1000 famílias de uma determinada área geográfica. As equipes são compostas por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis

agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

As equipes atuam principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, funcionando como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Desta forma, pode intervir sobre os fatores de risco a que a comunidade está exposta, prestando assistência integral, permanente e de qualidade através da realização de atividades de educação e promoção da saúde. Até o final de 2008, estimava-se a existência de 27.324 mil equipes do PSF implantadas em 5.125 municípios brasileiros, cobrindo 46,6% da população, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas.

As políticas assistenciais devem conseguir o maior alcance e efetividade possíveis, sendo imprescindível o uso racional dos limitados recursos disponíveis e a escolha de técnicas economicamente viáveis. Nesse contexto, através de investimentos em tecnologias seguras, cuja eficácia e efetividade possam ser investigadas, a aplicação dos recursos no sistema de saúde pode ser otimizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O investimento em 2007 na estratégia PSF foi da ordem de R\$ 4.064,00 milhões.

As EDIB contemplam os objetivos da APS no que diz respeito à promoção de saúde, prevenção de doenças e capacitação dos indivíduos para cuidarem melhor de si mesmos. Além disso, a relação custo-benefício da aplicação de EDIB em APS é positiva, ampliando o acesso a

oportunidades de intervenção precoce para um universo maior de pessoas (BABOR et al., 2004).

1.2.2 - Educação profissional continuada

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo MS e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. O MS reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. Entre os desafios institucionais para expandir e qualificar a atenção básica no contexto brasileiro, colocados pelo MS, encontra-se:

- A elaboração de protocolos assistenciais integrados para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população;
- A revisão dos processos de formação considerando-se a educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores;
- As ações articuladas com as instituições formadoras de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica.

Outro desafio é a qualificação dos profissionais envolvidos: segundo a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, o perfil

adequado do médico para atender a esse processo é o médico de família e de comunidade, sendo que das 27.000 equipes existentes, apenas 1.500 médicos tem essa formação. Algumas ações vêm sendo desenvolvidas no sentido de aumentar a procura dos médicos recém-formados pela especialização em Medicina de Família e Comunidade, tais como os estímulos do MS quanto à melhor remuneração dos médicos pelas prefeituras e iniciativas das universidades que tem levado os estudantes de graduação para os postos de saúde desde os primeiros anos do curso. Acredita-se que a qualificação profissional seja o caminho para alcançar uma maior resolutividade da atenção primária e assim, ampliar a área de atuação influenciando positivamente a reorganização do sistema de saúde. Desta forma, o investimento no fortalecimento da Atenção Básica, garantindo a assistência universal à saúde, vai minimizar custos nos níveis secundário e terciário a médio e longo prazo.

1.3 - Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves - EDIB

Pesquisas desenvolvidas ao longo de vinte anos em diversos países do mundo, permitiram o desenvolvimento de EDIB, criadas para prevenir os danos causados pelo uso abusivo de álcool e como forma de assistência a pacientes que estejam abusando de bebidas alcoólicas.

Desde o início da década 80, a OMS já investigava maneiras eficientes de identificar o uso problemático de álcool pela população com o objetivo de prevenir outros problemas de saúde. Em 1989, a primeira edição do manual do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), foi

publicada pela OMS, introduzindo um instrumento simples para investigação dos padrões de consumo de álcool. Diante da ampla difusão da proposta, os avanços ocorridos na pesquisa e em decorrência da experiência prática de profissionais de saúde provocaram a necessidade de uma revisão do material, ocorrida em 2001, quando também foi publicado o manual de intervenções breves da OMS (BABOR E HIGGINS-BIDDLE, 2001).

1.3.1 - Características das EDIB

As EDIB têm sido consideradas como um recurso efetivo e de baixo custo para o trabalho junto às pessoas que fazem uso de risco ou nocivo de bebidas alcoólicas, bem como forma eficaz para a identificação e posterior referenciamento de casos onde o tratamento especializado se faz necessário devido à dependência do álcool, podendo assegurar, em qualquer contexto, a redução de danos ao paciente e à sociedade a partir do tratamento precoce dos problemas relacionados. Cabe ressaltar que não se trata de tratamento de pessoas dependentes do álcool, onde são indicados o tratamento especializado e manejo clínico intensivo, e sim um método educativo eficiente na promoção de saúde e prevenção de doenças através da mudança de atitudes e hábitos que sustentam o uso de risco e uso nocivo de álcool na comunidade (BABOR et al., 2004).

Além de permitir verificar relações entre hábito de beber e enfermidades presentes, as EDIB oferecem uma estrutura de intervenção que pode ajudar pessoas com uso de risco ou nocivo a reduzir ou parar de consumir álcool, evitando desdobramentos que tal padrão de consumo pode

trazer ao diminuir as possibilidades e condições que apóiam o aumento de problemas ligados ao uso de substâncias. Baseadas na entrevista motivacional e na redução de danos, as técnicas da intervenção breve objetivam detectar o problema e motivar o usuário a alcançar determinadas ações tais como iniciar um tratamento ou, ainda, melhorar seu nível de informação sobre os riscos ligados ao uso de substâncias psicoativas, aumentando seu senso de risco e de auto-cuidado (MARQUES et al., 2004). As EDIB incluem identificação do consumo excessivo de álcool; informações ao paciente sobre as desvantagens do uso do álcool; motivação para mudança dos hábitos de consumo; estabelecimento de objetivos pessoais; instruções para conseguir alcançar esses objetivos e acompanhamento. Assim, permitem o reconhecimento do padrão de consumo seguido do apoio aos pacientes no processo de tomada de decisão e em seus esforços para reduzir o padrão de consumo de álcool ou parar de beber, antes que se desenvolvam os problemas físicos, psicológicos ou sociais conseqüentes (BARRY et al., 2001).

O foco principal das EDIB, conforme a abordagem preconizada pela OMS concentra-se sobre o nível de APS, onde os profissionais são tipicamente os responsáveis pela execução deste programa (BABOR et al., 2004), atendendo à necessidade dos serviços, devido a alta demanda, a qual exige que as intervenções devam ser breves.

O ambiente proporcionado pela rede de APS, correspondente à primeira linha de atendimento, é o ideal para aplicação das EDIB sendo esse contexto de assistência uma das melhores ocasiões para ações preventivas.

A posição dos profissionais de saúde atuantes em APS – médicos, enfermeiras, assistentes sociais ou agentes comunitários de saúde – é de grande importância, permitindo o diagnóstico e intervenção precoce e, conseqüentemente, a prevenção secundária de danos e seqüelas advindas do uso abusivo crônico na atenção a pacientes cujo padrão de beber está trazendo riscos ou danos para a saúde. O estigma associado ao alcoolismo parece menor na unidade básica de saúde onde conseqüentemente a resistência do paciente à abordagem e orientação sobre o uso de álcool também parece menor (SAUNDERS et al., 1993; BABOR et al., 1994).

1.3.2 - Efetividade das EDIB

Diversos artigos de revisão apresentaram evidências da efetividade das EDIB. Os resultados da revisão de 32 artigos referentes a estudos controlados que envolveram mais de 6.000 pacientes realizados por Bien et al. (1993) apontam que as EDIB são tão efetivas quanto os tratamentos mais prolongados. Revendo 11 experiências de Intervenções Breves, Kahan et al. (1995) concluíram a respeito do enorme impacto das EDIB na saúde pública, aconselhando a implementação das mesmas em função das evidências de efetividade, além do baixo dispêndio de tempo e esforços. A revisão de Wilk et al. (1997), a partir de 12 experiências controladas e padronizadas, também apontam para a questão do baixo custo e efetividade, apresentando resultados sugestivos de que usuários de álcool submetidos às EDIB tinham o dobro de chances de diminuir o padrão de consumo (após 6 a doze meses) em relação aos que não receberam nenhuma intervenção. A

comparação do resultado das IB em grupos controle que não estavam em tratamento e em outros que estavam em tratamento prolongado também apontam para evidências positivas para a efetividade das EDIB, observando-se melhores resultados entre pacientes com problemas menos severos e recomendando-se as intervenções como tratamento inicial para pacientes dependentes, sem substituir, desta forma, os tratamentos especializados (MOYER et al., 2002).

As EDIB não são necessariamente ideais para pacientes já portadores da síndrome de dependência, sendo seu melhor uso quando as intervenções são direcionadas a usuários de risco ou a pacientes com diagnóstico de uso nocivo (BABOR et al., 1994; HIGGINS-BIDDLE et al., 1997; MOYER et al., 2002). A efetividade das EDIB também foi verificada em vários experimentos clínicos através de informações sobre o padrão de consumo do álcool, testes sangüíneos e uso dos serviços de saúde.

Comparando a efetividade de seis modalidades de intervenção, baseado em um total de nove estudos conduzidos entre 1983 e 1990, Holder et al. (1995) consideraram o aconselhamento motivacional breve a melhor modalidade em relação ao custo-benefício. A modalidade de intervenção ficou em terceiro lugar, quando comparado a respeito das evidências de efetividade clínica e em primeiro lugar, quando comparados os custos típicos de várias modalidades de tratamento do alcoolismo.

No ambiente de atenção primária, também é possível o monitoramento e seguimento das intervenções (AALTO et al., 2001). Revisando a literatura a respeito da efetividade das intervenções breves em

atenção primária, Kaner et al.(2007), concluíram que realmente as IB levam à redução do consumo, especialmente em pacientes masculinos.

No Brasil, De Micheli et al.(2004), realizaram um estudo da efetividade das IB para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de APS, confirmando a efetividade de uma única sessão de IB na redução do consumo de substâncias. Tendo como foco ensaios clínicos sobre avaliação das IB na atenção primária no período de 1990 a 2003, a equipe do Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAIPAD) realizou uma revisão bibliográfica sistemática. Buscando verificar estudos sobre a efetividade das EDIB, foram selecionados 26 estudos, sendo que a maioria revelou que as intervenções breves foram eficientes para detectar precocemente problemas relacionados ao álcool, levando a redução de gastos, diminuição de consultas médicas e melhor utilização dos recursos de saúde (MINTO et al., 2007).

Ao examinar a transposição das propostas científicas para a comunidade referentes aos programas preventivos para abuso de substâncias sugeridas pelos avanços científicos, August et al. (2004) enfatizam a relação entre eficácia e efetividade, destacando algumas barreiras que impedem a integração bem sucedida entre os métodos eficazes e a efetividade dos estudos: fatores do cliente, fatores do profissional, intervenção das características da estrutura, fatores organizacionais e de desenvolvimento.

1.3.3 - Programas de implementação das EDIB em outros países

O processo de disseminação e implementação das EDIB vem contando com o apoio de diferentes instituições internacionais, como a própria OMS, Organização dos Estados Americanos (OEA) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

No caso específico dos países da América Latina, conta-se com o trabalho desenvolvido pelos técnicos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que é um organismo internacional de saúde pública voltado para a melhoria das condições de saúde do continente americano. A OPAS colabora para acelerar a promoção de estilos de vida saudáveis, prevenindo os problemas de saúde típicos do desenvolvimento e da urbanização, onde se inclui alcoolismo. Ela utiliza tecnologias modernas de comunicação e atividades de informação, educação e promoção de saúde. Ela também atua como Escritório Regional da OMS para as Américas e faz parte dos sistemas da OEA e da ONU. Através desses técnicos e cientistas de vários países do mundo, a OPAS promove a transferência de tecnologia e a difusão do conhecimento acumulado através de experiências produzidas nos Estados membros da OPAS/OMS. Cooperando com os governos para melhorar políticas e serviços públicos de saúde, estimula o trabalho em conjunto para alcançar metas comuns como iniciativas sanitárias multilaterais, de acordo com as decisões dos governos que fazem parte do corpo diretivo da Organização.

Na Europa, o *Primary Health Care European Project on Alcohol* (PHEPA) agrega profissionais e instituições de 24 países da União Europeia

que se uniram para obter um consenso no campo, para desenvolver produtos úteis e para fornecer informações e recursos para os profissionais que querem saber mais sobre os problemas de gestão de álcool em APS. Os 24 países que constituem a Plataforma Européia PHEPA são: Alemanha, Bélgica, Bulgária, República Checa, Inglaterra, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Lituânia, Letônia, Países Baixos, Polônia, Portugal, Eslovênia, República Eslovaca, Espanha, Suécia e Turquia. A plataforma tem por objetivo apoiar a Comissão Européia e os estados europeus membros na implementação de políticas eficazes para reduzir os danos causados pelo álcool. O "Projeto de divulgação de intervenções breves sobre o álcool a nível europeu" (PHEPA II) prevê a continuação do trabalho realizado na fase I.

Um grupo de pesquisadores europeus envolvidos com o projeto PHEPA se reuniu para formar uma rede internacional de profissionais interessados na promoção do rastreamento do álcool e IB em todo o mundo, chamado INEBRIA (*International Network on Brief Interventions for Alcohol*). Apoiado pela OMS e pelo Ministério da Saúde do Governo da Catalunha, na Espanha, a Secretaria permanente do INEBRIA é sediada no Programa de Abuso de Substâncias do Departamento de Saúde. O objetivo geral do INEBRIA é promover a implementação das IB para bebedores de risco e abusadores de álcool, em nível local, nacional e internacional. A rede busca compartilhar informação, experiências, resultados de pesquisas e expertise na área de IB para o álcool; facilitar treinamento e assessorar países e instituições na adaptação e implementação das IB, especialmente a

transferência de tecnologia e conhecimento para os países menos desenvolvidos; promove a divulgação de manuais práticos para a disseminação e implementação das intervenções; visa identificar possibilidades e necessidades de pesquisa, promovendo cooperação internacional e divulgação dos achados científicos; integra o estudo das IB com o das medidas preventivas para reduzir o uso abusivo de álcool e dispensa atenção especial para as necessidades dos jovens em relação às IB.

Desde 2004 a INEBRIA realiza, a cada ano, uma conferência reunindo pesquisadores e profissionais de diversos países: a primeira em Barcelona, na Espanha; a segunda, em 2005, na cidade de Münster, na Alemanha; em 2006 a terceira conferência aconteceu em Lisboa, Portugal; a quarta conferência, de 2007, em Bruxelas, concentrou-se na efetividade das IB na atenção primária e o emprego das IB em diferentes contextos de atenção de saúde. A 5ª Conferência Anual da INEBRIA, realizada em outubro de 2008, em Ribeirão Preto, teve como tema central “Problemas do uso de álcool e drogas nos países em desenvolvimento: o papel das IB para o aperfeiçoamento da assistência da prevenção”.

A Sessão Latino-americana da INEBRIA, denominada INEBRIA LATINA, foi apresentada na Assembléia da 4ª Conferência da INEBRIA, como um espaço de discussão das IB para as necessidades e características das populações latino-americanas.

1.3.4 - EDIB no Brasil

No Brasil, a história das IB começa em 1988 visando estudar a efetividade de uma modalidade terapêutica breve no atendimento de dependentes de substâncias, num projeto colaborativo entre Jandira Masur e colaboradores e Sanchez-Craig e Wilkinson (MARQUES et al.,2004).

Buscando delinear um projeto de implementação das IB nos países em desenvolvimento, a OMS convocou uma reunião na cidade de Alicante, Espanha, em setembro de 2002. Na ocasião, foi deliberado que o Brasil e a África do Sul serviriam como centros de desenvolvimento de um projeto demonstrativo de avaliação dos fatores envolvidos na implementação de treinamento, aceitação e adoção da estratégia pelos serviços de saúde, e outros. Dois grupos de pesquisa representaram o Brasil no encontro: a Unidade de Dependência e Abuso de Drogas (UDED), do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); e o PAIPAD, da FMRP-USP. A OMS patrocinou uma pesquisa executada pelo PAI-PAD, para analisar um projeto piloto de implantação das IB na rotina dos serviços com gestores e profissionais da saúde municipais. A UDED realizou estudo em cooperação com a Universidade Federal de Juiz de Fora, aplicando um modelo de treinamento adaptado do modelo do PAI-PAD, na cidade de Juiz de Fora, promovendo uma avaliação qualitativa do processo de implementação (RONZANI et al, 2005). O PAIPAD tem um projeto voltado para o desenvolvimento de estratégias de treinamento para profissionais de saúde e o monitoramento da implementação e execução das EDIB, iniciado nos serviços na região de Ribeirão Preto/SP (MINTO et

al., 2007). Além dos apoios iniciais da OMS e da Secretaria de Estado da Saúde, através de sua Diretoria Regional de Ribeirão Preto, atualmente o PAIPAD conta com financiamento permanente da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo, assim como subsídios do MS e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Ao final do ano de 2006 e início de 2007, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), promoveu, em parceria com a UDED da UNIFESP, o curso “Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: encaminhamento, IB, reinserção social e acompanhamento” - SUPERA. Na primeira edição, foram capacitados cinco mil profissionais de saúde de todo o Brasil, havendo demanda pelo lançamento da segunda edição do SUPERA. No curso são disponibilizadas diferentes vias de acesso ao conteúdo e à ampliação do conhecimento sobre o assunto, visando a capacitação de profissionais da área de saúde, oferecendo conhecimentos para a correta identificação e diagnóstico dos usuários de álcool e/ou outras drogas, instrumentalizando-os para trabalharem com os diferentes modelos de prevenção, formas adequadas de intervenção e encaminhamento, além de outras demandas existentes em seu cotidiano de trabalho, sempre em consonância com as orientações e diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

Coordenado pela OMS, o projeto *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*, onde pesquisadores de vários países desenvolveram um instrumento para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, está ocorrendo em vários países do mundo,

como Austrália, Estados Unidos, Espanha, Índia e Tailândia, também acontecendo no Brasil, onde as cidades participantes são Curitiba e Palmas no estado do Paraná, São Paulo e Diadema no estado de São Paulo, onde a efetividade do mesmo já foi objeto de pesquisa.

1.3.4.1 - Modelo de Treinamento Proposto pelo PAIPAD/Ribeirão Preto

Em Ribeirão Preto (SP), o PAIPAD foi criado em 1999, integrado às atividades do Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia (NPCP), existente desde 1996, do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da FMRP/USP. A linha prioritária de pesquisa do NPCP são os estudos na área de álcool e drogas, orientados para pesquisas sobre problemas psiquiátricos de relevância para a saúde pública.

O projeto de implementação do PAIPAD desenvolveu-se em fases. Em 2003, a equipe do PAIPAD traduziu e publicou os manuais propostos pela OMS para a disseminação das EDIB, planejou o curso de treinamento que foi executado em caráter de estudo piloto na UBS da Vila Tibério. Nas fases seguintes do projeto de implementação, a ação se estendeu a equipes de profissionais do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), componentes da rede de atenção básica à saúde da região de Ribeirão Preto, incluindo mais 20 outros municípios no treinamento. Até a presente data, o PAIPAD tem se dedicado ao processo de implementação das EDIB, através da sensibilização dos agentes públicos e gestores de saúde pública e reuniões com autoridades locais e regionais, organizando

simpósios, cursos de treinamento, campanhas de alerta e difundindo o uso do AUDIT e das IB.

O PAIPAD oferece 50 vagas/mês para o treinamento intitulado “Uso do AUDIT e IB para problemas relacionados ao álcool em atenção primária”. O treinamento capacita profissionais de saúde para utilização das EDIB, propondo o AUDIT enquanto instrumento de rastreamento para identificação de risco e realização de orientações conforme a necessidade do paciente. Desde 2003 foram treinados 1.120 profissionais. Na primeira fase, foram treinados 301 profissionais de Ribeirão Preto e região. A partir da parceria estabelecida com a Secretaria Estadual de Saúde-SP, no ano de 2006, os treinamentos se intensificaram e desde então foram treinados profissionais provenientes do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII de Ribeirão Preto, DRS VII de Franca e DRS XVIII Taubaté. O DRS XIII é composto por 26 municípios dos quais 17 foram treinados. Dessa regional, a maioria dos profissionais treinados atuam em PSF, sendo que os ACS representam 58% dos treinados, além de auxiliares de enfermagem (10%), enfermeiros (10%), médicos (5%), psicólogos (6%) e outros (11%).

O PAIPAD avalia sistematicamente o treinamento oferecido, acompanhando e supervisionando as equipes de saúde treinadas para o uso do AUDIT e IB, verificando o impacto do treinamento em EDIB, oferecendo assessoria técnica e auxiliando na implementação da proposta apresentada (Furtado, 2004).

O modelo de treinamento voltado para a capacitação de profissionais de saúde atuantes em atenção primária oferecido pelo PAIPAD, adaptado a

partir das propostas de Babor e Higgins-Biddle (2001), foi formulado com o objetivo de capacitar profissionais de saúde para a identificação do uso problemático de álcool através do instrumento de rastreamento AUDIT e para o manejo dos casos rastreados através do uso de IB.

Os treinamentos procuram abranger, além dos aspectos cognitivos, as crenças, valores e atitudes dos participantes, considerando o contexto social do aluno e aumentando a probabilidade de sucesso do aprendizado. Trata-se de um curso com duração de 16 horas, distribuídas em 4 módulos, onde são ministradas aulas teóricas seguidas de dinâmicas de grupo onde se discute a aplicação dos conteúdos à realidade dos treinandos através de dramatizações, discussão de casos, necessidades e planejamento da implementação das EDIB (FURTADO, 2003).

No primeiro módulo, aborda-se o papel e a importância do profissional de saúde na prevenção do uso problemático de álcool, tendo como objetivos capacitar os participantes para identificar os limites do consumo de álcool, saber o que são doses-padrão, o que é beber de baixo risco e situações em que não se deve beber; diferenciar os tipos de problemas relacionados ao uso de álcool e saber o que são instrumentos de rastreamento, conhecer o AUDIT, saber aplicá-lo, analisá-lo e reconhecer os domínios deste teste.

O segundo módulo prepara o profissional para identificar as pessoas que se situam nas Zonas de Risco I e II a partir do resultado do AUDIT. Além de reconhecer seu papel como educador na prevenção de problemas relacionados ao álcool, o profissional de saúde deve familiarizar-se com os materiais informativos de apoio e saber utilizá-los, tornando-se apto a

orientar sobre o beber de baixo risco e a auxiliar o paciente a estabelecer metas.

Na seqüência, o terceiro módulo trata da identificação das pessoas que se situam na Zona de Risco III a partir do AUDIT. Além de caracterizar as EDIB de acordo com as zonas de Risco, estuda-se a avaliação e identificação do estágio de “Prontidão para Mudança” em que o paciente se encontra, estabelecendo-se as estratégias adequadas de aconselhamento para cada estágio de prontidão para mudança.

Finalizando, o quarto módulo aborda a identificação do paciente que pontua na Zona de Risco IV e o papel do profissional de saúde de atenção primária junto aos pacientes da Zona IV, buscando-se capacitá-lo para realizar o encaminhamento adequado e o conhecimento das possibilidades de encaminhamento.

1.4 - Avaliação de treinamento de profissionais de saúde

Embora possa contribuir efetivamente para a melhoria dos cuidados ao paciente, a incorporação de novas propostas resultantes de pesquisas científicas na área da saúde na prática clínica é um processo lento e difícil, como pode ser observado em países desenvolvidos como a Inglaterra, e Estados Unidos. Contudo, a avaliação das intervenções difusoras das novas evidências pela verificação de sua efetividade através de testes pragmáticos, não permite generalizar os resultados para a rotina de locais de atendimento. A *Implementation Research* é o estudo científico dos métodos para a promoção da atualização a partir dos achados científicos, reduzindo

os cuidados impróprios. Inclui estudos sobre a influência do comportamento dos profissionais de saúde e métodos para facilitar-lhes a utilização mais efetiva dos resultados de pesquisa (WALKER, 2003).

O processo de investigação das conseqüências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias em saúde vem sendo chamado de *Avaliação de Tecnologias em Saúde* (ATS). Entendem-se como tecnologias em saúde: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (NOVAES, 2000). No mundo, a ATS surgiu nos anos 60 e tornou-se um instrumento importante para auxiliar a tomada de decisão dos gestores em saúde, assim como dos clínicos, dos chefes de serviços, das organizações de pacientes, do sistema judiciário e dos ministros de saúde. No Brasil, na década de 80, instituições governamentais de saúde abordaram esta questão, embora sem uma estruturação permanente. As instituições de ensino e pesquisa também se direcionaram para o campo da ATS, criando capacidade instalada de pesquisa nesta área. No MS, a ATS é uma das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, através da atuação do Departamento de Ciência e Tecnologia, com o objetivo de institucionalizar a ATS no SUS, através da promoção e difusão de estudos prioritários, capacitação de gestores, formação de rede de ATS e cooperação internacional. Desde 2003, no Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CCTI) do MS, instituiu-se o Grupo de Trabalho Permanente em

ATS, visando promover estudos em ATS de interesse para o SUS e fortalecer o apoio à tomada de decisão sobre tecnologias em saúde.

Diferentes autores propõem que treinamentos sejam avaliados em níveis, que vão desde as impressões subjetivas a respeito da experiência até a relação custo-benefício em relação aos investimentos realizados. Hamblin (1978), que define avaliação como “o ato de julgar se o treinamento valeu a pena ou não em termos de algum critério de valor à luz da informação disponível”, preconizou a avaliação de treinamento em cinco níveis: *Reação*, *Aprendizagem*, *Mudança de Comportamento no Cargo* (Avaliação de Impacto), *Organização* (Mudanças Organizacionais) e *Valor Final* (Retorno Financeiro). O impacto do treinamento no trabalho tem sido considerado o principal indicador da efetividade de ações de treinamento no nível individual, sendo definido como a influência que o evento instrucional exerce sobre o desempenho global subsequente do participante do treinamento, bem como, em suas atitudes e motivação. Por essas características, o impacto do treinamento no trabalho nem sempre se reduz à transferência de aprendizagem.

Nas pesquisas na área de treinamento e desenvolvimento, o que mais frequentemente interessa é o exame do efeito do treinamento em longo prazo sobre os níveis de desempenho, inclusive com a identificação de fatores restritivos e facilitadores do uso daquelas habilidades, capacidades e atitudes, e as condições necessárias para que tais níveis melhorem. Em um sentido ideal, um treinamento deve ter efeito duradouro e também melhorar o nível de desempenho da pessoa treinada em atividades similares e em

outras que requeiram o uso da nova habilidade, capacidade e/ou atitude. Uma evidência de que o treinamento produziu efeitos benéficos, sobre o trabalho, requer que o participante demonstre melhorias relevantes nos produtos e/ou nos processos de trabalho, bem como em suas atitudes e motivação.

Abbad et al. (2000), ao realizar uma análise dos conceitos aquisição, retenção e generalização, encontrou que *retenção* e *generalização* são consideradas condições necessárias ao uso eficaz dos desempenhos aprendidos no treinamento no trabalho. A aplicação eficaz no trabalho dos conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos em treinamento define satisfatoriamente o conceito de *transferência de aprendizagem*. Os constructos utilizados para avaliação são definidos como *aquisição* (processo básico de apreensão de conhecimentos, habilidades e atitudes, desenvolvidos na ação instrucional), *retenção* (armazenamento dos conhecimentos na memória de longo prazo), *generalização* (grau com que os comportamentos obtidos por meio de treinamentos são exibidos pelo egresso no trabalho e aplicados a situações e condições diferentes daquelas de treinamento).

Miller et al. (2007) realizaram revisão a respeito dos métodos utilizados para a disseminação de novos tratamentos na prática, concluindo sobre a necessidade de os profissionais serem incentivados para o desenvolvimento e a aquisição de habilidades, dependendo de *feedback* individual e acompanhamento para a adoção de novos programas e sistemas.

Avaliando a receptividade de clínicos em relação a achados científicos sobre alcoolismo, suas causas e tratamento, Erikson et al. (1998) encontraram significativas possibilidades de mudanças em relação a conhecimento, crenças e comportamentos nos participantes, especialmente quando os pesquisadores apresentam conceitos neurofarmacológicos e novas pesquisas em neurobiologia para assistentes sociais, profissionais da área da justiça, médicos, enfermeiros, familiares, religiosos ou outros interessados no tema.

Na metanálise realizada por Walters et al. (2005), os autores revisaram 17 trabalhos científicos que descreveram programas de treinamento que utilizaram método de *workshop* para o treinamento de profissionais para tratamento de abuso de substâncias e os resultados educacionais dos programas de treinamento. Segundo os autores, os treinamentos tendem a desenvolver conhecimento, atitudes e confiança no trabalho com os pacientes com problema de abuso de substância. Contudo, algumas habilidades desenvolvidas são observadas apenas imediatamente após o treinamento, tornando-se menos expressivas após um tempo maior. Desta forma, manutenção do contato com os treinandos através de acompanhamento posterior, supervisão ou *feedback*, são apontados como necessários para a manutenção das habilidades adquiridas. Além disso, os autores citam a influência dos fatores institucionais na adoção das novas práticas.

Stathes et al. (2008), da Universidade de Wisconsin (EUA), realizaram um estudo para a avaliação de um modelo de treinamento virtual voltado

para o rastreamento do uso do álcool e realização de intervenções breves, financiado pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA/EUA).

O trabalho desenvolvido por Gaskin (2002), da faculdade de medicina de La Universidad Del Zulia, na Venezuela, avaliou o programa de educação primária para médicos proposto pelo NIAAA. Foram treinados docentes de 9 diferentes faculdades de medicina, envolvidos com estudantes, residentes e médicos atuantes na atenção primária, através de aulas expositivas, *role-play*, apresentação de casos, *workshops* e desenvolvimento de plano de ação por cada participante. Após 6 meses, 76% dos participantes haviam incluído novas atividades em suas aulas relativas à prevenção e tratamento de problemas relacionados ao álcool. Realizando a avaliação de habilidade em utilizar instrumentos de rastreamento Vander et al. (1997) concluíram que existem diferentes níveis de necessidade de treinamento, sendo que as mulheres que têm menos tempo de prática em tratamento apresentam mais habilidade em rastreamento, as que têm menos experiência na área e as assistentes sociais e enfermeiras, maior necessidade de treinamento. Os autores diferenciam habilidade, adequação e necessidades do treinamento, interesse pelo treinamento, considerando que as prioridades devem ser determinadas a partir das demandas existentes. Em 2008, na Nova Zelândia, Sheridan et al. levantaram dados a respeito do conhecimento, atitudes e barreiras para a prática das EDIB por farmacêuticos. Concluíram que apesar de a falta de conhecimento ser uma dificuldade facilmente transponível para garantir o envolvimento com as intervenções, a maiores

barreiras dizem respeito à falta de habilidades, confiança no modelo e motivação para o envolvimento com os programas, as quais devem ser focadas em programas de capacitação. Kaner et al. (2003) avaliaram o impacto clínico e a relação custo-benefício das EDIB entre enfermeiras da atenção primária não encontrando diferença entre as três estratégias (um grupo controle que recebeu manual, mais dois grupos, um dos quais recebeu apenas treinamento, e outro que recebeu acompanhamento por telefone).

Segundo a revisão feita por Cheng e Ho (2001), os estudos empíricos focalizam características individuais como um dos conjuntos de variáveis-chave que influenciam no processo de transferência de treinamento, além de características do treinamento e de suporte à transferência. Os resultados das pesquisas mostradas na revisão indicam que várias atitudes do treinando afetam o grau em que ele transfere para o contexto de trabalho o que aprendeu em treinamento. Muitas dessas atitudes são decorrentes de crenças existentes em vários níveis. Crenças sobre a própria pessoa (auto-eficácia); crenças sobre o trabalho (nível de envolvimento com trabalho, planejamento de carreira, expectativas quanto aos benefícios do treinamento e comprometimento organizacional); e crenças sobre a empresa (cinismo organizacional). Ao avaliar o processo de implementação das EDIB, Ronzani et al. (2005) concluíram que é necessário considerar as diversidades sócio-culturais das equipes treinadas para se implantar novas tecnologias em saúde, inclusive suas crenças e expectativas com relação ao problema. Babor et al. (2004) comparou o efeito de treinamento em EDIB oferecido a

três grupos distintos, compostos por médicos, estudantes de medicina e não médicos, verificando a efetividade do treinamento proposto. Apesar do efeito do treinamento depender da composição dos grupos, em todos os casos houve mudanças no sentido da implementação das EDIB: médicos e estudantes tornaram-se mais confiantes para executar o rastreamento, estudantes aumentaram sua habilidade em conduzir IB e não médicos passaram a perceber menos obstáculos para realizar intervenções após o treinamento.

1.4.1 – Modelo de Avaliação Pré e Pós-Treinamento

Alguns autores têm realizado pesquisas com o propósito de avaliar modelos de treinamento em saúde comparando o resultado de diferentes estratégias de treinamento (BALLESTRER, 2004; KANNER et al., 2003) sendo freqüente a verificação de conhecimentos, crenças, atitudes e expectativas antes e depois do treinamento.

Avaliação de treinamentos para a área da saúde, para o manejo de doenças como a epilepsia, depressão e problemas relacionados ao abuso de álcool estão presentes na literatura, contudo observando-se que nem sempre se utiliza grupos controle. Fernandes et al. (2007) utilizaram a metodologia de avaliação pré- e pós-treinamento para avaliar o efeito de sua experiência de treinamento de médicos e ACS a respeito de epilepsia. Willians et al. (2004) avaliaram os resultados da aplicação de programa de treinamento da OMS, voltado para diagnóstico e tratamento da depressão, dirigido a médicos clínicos gerais. Um mês antes e um após o treinamento,

foram avaliados o conhecimento dos médicos, suas atitudes e o atendimento prestado aos pacientes.

Realizando avaliação pré- e pós-treinamento, Romano (1999) avaliou programa de treinamento para 200 profissionais atuantes em escola visando redução de consumo de álcool e outras drogas por estudantes.

MacLeod et al. (2008) avaliaram o efeito do treinamento para a utilização de EDIB oferecido a um grupo de estudantes do primeiro ano da especialização em cirurgia na Universidade de Emory, Atlanta, EUA. Os resultados foram comparados com os de outro grupo de primeiro ano, os quais foram avaliados 5 semanas após o treinamento. O treinamento promoveu o desenvolvimento das habilidades desejadas para o manejo de pacientes vítimas de traumatismos em decorrência do uso abusivo de álcool.

Em 1997, Ockene et al. realizaram a avaliação da eficácia de um programa de treinamento sobre aconselhamento de pacientes com problemas relacionados ao álcool e bebedores de risco utilizando a técnica de testagem e pós-testagem para avaliar o impacto de um programa de treinamento breve (2 horas em grupo e *feedback* individual de 2 a 6 semanas depois). Neste estudo, os resultados apontaram para um aumento significativo, após o treinamento, dos escores relacionados a habilidades para aconselhamento, atitudes sobre preparo para intervir e percepção da importância e utilidade das intervenções, conhecimento sobre natureza, prevalência e tratamento apropriado para abuso de álcool em atenção primária.

Gaskin de Urdaneta et al. (2002), buscando avaliar o resultado da aplicação do modelo internacional para educação de médicos, proposto pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), relataram a experiência de treinamento de 33 médicos que atuam como professores universitários com o objetivo de aumentar a atitude clínica, educativa e investigadora. Seis meses após o treinamento, 76% do grupo treinado afirmava que tiveram significativos avanços em sua competência e que haviam implementado com sucesso novas atividades curriculares em suas respectivas faculdades de medicina e programas de residência. Os autores consideraram que o modelo é uma estratégia efetiva para o treinamento de médicos na prevenção e tratamento de problemas relacionados ao álcool na Venezuela, como tem sido demonstrado na literatura a respeito de experiências em outros países.

A presente pesquisa se justifica pela importância da prevenção das situações de uso de risco e nocivo de bebidas alcoólicas, tendo em vista a gravidade do problema, as dificuldades dos profissionais de saúde quanto a abordagem do tema e a conseqüente necessidade de capacitação dos mesmos para intervir. A questão que aqui se coloca é a avaliação do efeito do treinamento em EDIB sobre as crenças e expectativas dos profissionais considerando-se a potencial influência dessas na efetividade do processo de implantação das estratégias de prevenção e a necessidade de se conhecer a repercussão do modelo de treinamento proposto.

2. OBJETIVOS

Este trabalho pretende avaliar o efeito do treinamento em intervenções breves sobre os níveis de crenças e expectativas de profissionais de saúde da atenção básica da região de Ribeirão Preto em relação ao uso de álcool.

Objetivos específicos

1. Avaliar diferenças nos escores obtidos no IECPA entre os profissionais de saúde, antes e depois dos treinamentos em intervenções breves;
2. Verificar a relação entre as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, profissão), as pontuações no Teste de Conhecimento e as diferenças nos escores de IECPA;
3. Avaliar a relação entre os escores do IECPA e a pontuação em instrumento de avaliação de conhecimentos em intervenções breves, antes e depois do treinamento;
4. Estabelecer as associações possíveis entre as variações de resultados no Teste de Conhecimento em EDIB e no IECPA e as estimativas de aplicação de AUDIT e IB após o treinamento;
5. Caracterizar a amostra quanto à prática e preparação profissional na atenção primária, papel do profissional da atenção primária e atitudes e crenças dos profissionais em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas pelos seus pacientes.

3. METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte do projeto “PAIPAD/OMS – Implementação de Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para problemas relacionados ao álcool em serviços de atenção primária na região de Ribeirão Preto/SP - Brasil”, desenvolvido no NPCP, coordenado pelo Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado, da FMRP-USP, o qual se encontra em andamento desde 2002. Pretende-se avaliar o efeito do treinamento sobre as crenças e expectativas dos profissionais a respeito do uso de álcool, a partir de dados coletados em dois tempos, antes e depois da intervenção, correlacionando os resultados com variáveis sócio-demográficas e variações no nível de conhecimento, expectativas de aplicação de AUDIT e realização de IB.

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal, comparativo, sobre amostra de conveniência de área de referência pré-definida.

A autorização para execução foi obtida pela aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- conforme protocolo nº 3755/2003 (Apêndice A). Atende as exigências éticas e científicas fundamentais próprias de pesquisas que envolvem seres humanos e o manejo de informações, incluindo o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos não apresentando riscos e/ou danos atuais e potenciais e comprometendo-se a preservar a confidencialidade e privacidade dos participantes.

3.1 – Amostra

Participaram como sujeitos desta pesquisa 88 profissionais de saúde, provenientes de equipes de programas de saúde da família - PSF e PAC em Ribeirão Preto e região.

O curso de treinamento “Uso do AUDIT e IB para problemas relacionados ao álcool em atenção primária”, oferecido pelo PAIPAD foi disponibilizado para as secretarias de saúde dos municípios, quando foram esclarecidos os objetivos do treinamento, enfatizando-se o caráter preventivo do mesmo e seu foco na atenção primária à saúde. Os gestores locais elegeram os participantes segundo suas prioridades, não havendo interferência dos pesquisadores nesse processo.

Crítérios de inclusão e exclusão para a amostra:

Foram incluídos os profissionais que concluíram o treinamento até 2006, e concordaram com a participação na pesquisa, dos quais se obteve a anuência através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estes atuam em programas de saúde na atenção básica nas funções de médico, dentista, auxiliar de dentista, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Todos preencheram o questionário proposto para o levantamento de dados nas fases pré e pós-treinamento observando-se o critério que tenham respondido integralmente os instrumentos IECPA e Teste de Conhecimento sobre consumo de álcool e IB.

3.2 – Fases e Procedimentos da Pesquisa

O presente trabalho foi elaborado a partir de dados coletados previamente, em dois tempos, pré e pós-treinamento. Uma vez aplicados os instrumentos de pesquisa, os dados foram codificados e elaborada a base de dados, a partir da qual a amostra foi composta. O grupo de sujeitos

participantes foi selecionado conforme os critérios de inclusão e exclusão, seguindo-se a análise dos dados e organização dos resultados.

3.3 - Instrumentos da pesquisa

Os cadernos intitulados “Questionários do estudo” (Anexos A e B) foram elaborados conforme os objetivos do projeto EDIB, atendendo as exigências éticas em pesquisa. Para este estudo, foram selecionados os dados relativos aos seguintes instrumentos: Formulário sócio-demográfico, Teste de Conhecimento sobre consumo de álcool e IB, Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do álcool - IECPA (Pinto Gouveia, 1996), Formulário de Estimativas – AUDIT e IB e Questionário de estudo no. 1 para profissionais da atenção primária.

Os questionários auto-aplicáveis foram respondidos individualmente pelos participantes da pesquisa nas duas fases de coleta de dados, o que será mais detalhado na sessão referente a esse procedimento.

3.3.1 – Formulário sócio-demográfico

Entrevista estruturada para informações sócio-demográficas e características da equipe: entrevista proposta conforme objetivos deste estudo, composta por itens relacionados a informações sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, profissão, situação conjugal, religião, afiliação étnica/cor da pele) e antecedentes familiares e pessoais relacionados a fatores gerais de risco para a saúde.

3.3.2 – Teste de Conhecimento sobre consumo de álcool e Intervenções

Breves- IB

Questionário-teste composto por oito itens de avaliação de conteúdos relativos a conhecimentos básicos sobre consumo de álcool e intervenções preventivas. Para cada item existe uma resposta considerada certa, sendo a pontuação possível entre zero e nove pontos.

3.3.3 – Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do álcool

- IECPA

O IECPA é um instrumento construído idealmente para auto-aplicação, tendo uma duração estimada em vinte minutos, preferencialmente na forma auto-aplicada. Com 61 itens, o IECPA utiliza medida escalar, de tipo *Likert*, com cinco alternativas de resposta que recebem escores de 1 a 5: “*não concordo*”, “*concordo pouco*”, “*concordo moderadamente*”, “*concordo muito*” e “*concordo muitíssimo*”. O escore final varia de zero a 305 pontos, pressupondo que maiores escores no IECPA caracterizam sujeitos com expectativas positivas mais altas e, portanto, maior vulnerabilidade ao alcoolismo. Um ponto de corte pode ser utilizado como indicativo de suspeição de risco para alcoolismo. Na versão original (PINTO GOUVEIA et al., 1996) considera-se o ponto de corte de 121,82 para a população geral. Assim o escore total de 122 ou mais aponta probabilidade de o indivíduo ser ou vir a ser dependente de álcool. Na adaptação brasileira, o ponto de corte é de 135,97. Quanto aos valores preditivos, a sensibilidade do instrumento é de 76,7%, e sua especificidade de 79,4%.

3.3.4 – Formulário de Estimativas – AUDIT e IB

Após o treinamento, os participantes foram solicitados a preencher o Formulário de Estimativas – AUDIT e IB, onde foram informados o número de famílias e de pacientes cadastrados na instituição, número de AUDIT aplicados e o de IB realizadas desde o treinamento até a data do preenchimento do questionário.

3.3.5 - Questionário de estudo no. 1 para profissionais da atenção primária

O Questionário de estudo nº 1 é constituído por questões sobre a prática profissional, preparação profissional na atenção primária, papel do profissional da atenção primária e atitudes e crenças dos profissionais quanto aos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas pelos seus pacientes.

Nas instruções, solicita-se aos participantes que o questionário seja totalmente preenchido. A maioria das perguntas é respondida marcando-se um X no quadrado próximo à resposta correspondente. Conforme a conveniência com os objetivos deste estudo foram selecionadas algumas questões para análise, as quais estão descritas a seguir.

Da Parte 1 “*Questões sobre sua prática profissional*”, duas questões foram incluídas: a primeira investiga com que freqüência, como parte de sua consulta a um paciente adulto, o profissional pergunta especificamente sobre fumar, exercitar-se, consumo de álcool, dieta/alimentação, nível de estresse e uso de droga ilícita. As respostas possíveis variam de “*sempre*” a

“*raramente/nunca*”, havendo também a opção “*não se aplica*”. Na segunda questão é perguntado com que frequência é realizado aconselhamento aos pacientes com padrões de consumo de risco para problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, a diminuir ou parar com esse consumo, apresentando como alternativas: “*todas às vezes*”, “*a maioria das vezes*”, “*algumas vezes*”, “*raramente*” ou “*nunca*”.

A segunda parte do questionário de estudo, “*Preparação Profissional da Atenção Primária*”, investiga se o profissional se sente preparado(a) para aconselhar os pacientes em determinadas áreas de comportamento (não fumar, exercitar-se regularmente, reduzir o consumo de álcool, evitar excesso de calorias, reduzir o estresse, não usar drogas ilícitas), tendo como alternativas as respostas: “*muito preparado(a)*”, “*um pouco preparado(a)*”, “*um pouco despreparado(a)*” e “*muito despreparado(a)*”.

A terceira parte do questionário apresenta 4 questões compostas por diversos itens sobre o papel profissional. Relacionam-se com o como lidar com usuários de risco, detectar pacientes com problemas relacionados ao álcool ou outras drogas, incluindo dependência e padrão de uso de risco, seu interesse profissional sobre o padrão de uso de álcool ou outras drogas e os riscos de saúde relacionados a esse uso ou sobre o aconselhamento para diminuir ou parar com o uso de álcool ou drogas. As respostas possíveis: são “*concordo totalmente*”, “*concordo um pouco*”, “*discorda*”, “*concorda totalmente*”, “*concorda um pouco*” e “*discorda*”.

Na parte 4 do questionário, apresentam-se 9 afirmativas sobre *atitudes e crenças do profissional em relação aos problemas relacionados ao*

uso de álcool ou outras drogas pelos seus pacientes. As questões apresentam afirmativas relacionadas à expectativas em relação à consequência de falar aos pacientes sobre seu consumo de álcool, sobre bebedores de risco, possibilidades de ajudar usuários e bebedores de risco, importância do uso do álcool em relação a outros problemas de saúde. Para cada afirmativa, foi solicitado que respondessem em relação a álcool e para outras drogas; nas questões 1 a 3, as respostas variam entre "*concorda totalmente*", "*concordo um pouco*" e "*discorda totalmente*".

3.4 - Coleta de dados

Os cursos de treinamento tiveram, em média, 25 participantes, sendo ministrados por técnicos da equipe do PAIPAD em sala de aula nas dependências do HC-FMRP/USP.

Os dados foram coletados através de "Questionário de Estudos" aplicado em grupo, antes e após a realização do treinamento. O procedimento de coleta de dados da pesquisa foi realizado em duas fases:

1. Na fase pré-treinamento, os instrumentos foram aplicados coletivamente antes do início das aulas, no mesmo local onde ocorreram os treinamentos. Um membro da equipe do PAIPAD apresentava a pesquisa, solicitando a participação dos presentes. A seguir os questionários eram entregues a cada um, sendo respondidos individualmente. O aplicador permanecia na sala durante o tempo necessário para a conclusão da tarefa – aproximadamente 1 hora e meia;

2. No período entre 4 a 6 meses após o treinamento, os profissionais treinados foram solicitados a participar novamente, preenchendo os instrumentos da pesquisa. Um pesquisador da equipe do PAIPAD levou os questionários até a unidade de saúde, solicitando o seu preenchimento pelos participantes do estudo, combinando uma data para recolhimento dos mesmos. Na maioria das vezes, o procedimento foi realizado com a cooperação de um representante das equipes treinadas que se incumbia de recolher os questionários para facilitar a devolução.

Exceto o formulário sócio-demográfico, todos os instrumentos presentes no questionário da fase pré-treinamento foram reapresentados aos participantes nessa fase, incluindo-se o formulário de estimativas de AUDIT e IB, o qual foi respondido apenas após o treinamento.

3.5 – Análise de dados

Os dados coletados foram armazenados em meio físico, em pastas-arquivo, assim como também em meio digital, em banco de dados sob a forma de planilhas do aplicativo Microsoft Excel. Para efeito deste projeto foi extraído do total de 301 profissionais treinados, um grupo de 88 sujeitos que atendeu aos critérios de inclusão.

O cálculo inicial do tamanho amostral sugeriu uma amostra de 199 sujeitos, o que não foi possível devido aos critérios de exclusão utilizados: foram excluídos 213 profissionais treinados. O grupo total dos profissionais

treinados foi analisado quanto às características sócio-demográficas e comparado ao grupo de profissionais selecionados para este estudo.

As análises estatísticas foram realizadas com a utilização do aplicativo computacional *SPSS-Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 14). Além das estatísticas descritivas, as comparações de valores médios de pontuações do Teste de conhecimento e IECPA (medidas de desfecho), foram verificadas com uso do teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras pareadas. Para a verificação de correlações entre grupos, foram utilizados os testes não paramétricos de Spearman (2 variáveis), U de Mann-Whitney (2 categorias), Kruskal Wallis (3 ou mais categorias), e Qui-Quadrado de Pearson.

O intervalo de confiança foi de 95%.

4. RESULTADOS

Os sujeitos deste estudo foram profissionais que participaram do treinamento em EDIB realizado pelo PAIPAD até 2006. Dado o recorte proposto, todos necessariamente responderam todos os itens do Teste de Conhecimento e IECPA, componentes do Questionário de Estudos nas fases pré- e pós-treinamento.

4.1– Características sócio-demográficas

A amostra de 88 participantes foi definida a partir de um grupo inicial de 301 profissionais treinados que responderam ao questionário proposto nas duas fases de coleta de dados, e tinham respondido integralmente os instrumentos de avaliação de conhecimento sobre consumo de álcool e EDIB. Composta em sua maioria por participantes do **sexo** feminino (94,3%), apresentou em média 36,6 anos de **idade** com variação entre 19 e 60 anos, sendo que 16% dos participantes tinham entre 16 e 25 anos, 42% entre 26 e 40 anos e 30% com mais de 41 anos. Mais da metade do grupo (69,3%) foi **procedente** de Ribeirão Preto, enquanto 29,5% era da cidade de Batatais, além de um participante de outra cidade da região. O **tempo** médio de vínculo com o serviço de saúde foi de seis anos e meio, com mínimo de 9 meses e máximo de 31 anos (mediana 48 meses; desvio padrão 84). Quanto à **ocupação**, aproximadamente 70% dos participantes era ACS, sendo que médicos, enfermeiros e dentistas representaram 13,6% dos sujeitos. Os auxiliares e técnicos de enfermagem totalizaram 8% da amostra, havendo também a participação de outros profissionais de saúde (psicólogo,

fonoaudiólogos) que representaram 3,4% do total, além de coordenadores de equipe e superiores (2,3%).

Quase metade dos participantes (48,9%) referiu ter ensino médio completo como nível de **escolaridade** enquanto 21,6% tinham nível superior completo. Quanto aos demais participantes, encontrou-se a seguinte distribuição: nível médio incompleto 11,4%; superior incompleto 5,7 %; ensino fundamental incompleto 2,3%; ensino fundamental completo 5,7%. Outros níveis de escolaridade caracterizaram 3,4% dos sujeitos.

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica da amostra

Variáveis	Categorias	%
Sexo	feminino	94,3%
	masculino	5,7%
Idade Média:36,6 (19-60 anos)	16 a 25	16%
	26 a 40	42%
	41 a 70	30%
Tempo de serviço Média: 6anos e meio	0 a 5 anos	82%
	5 a 10 anos	3,2 %
	mais de 10 anos	14,8 %
Procedência	Ribeirão Preto	69,3%
	Outros	30,6%
Ocupação	Agentes Comunitários de Saúde	72,7%
	Aux/Téc. de enfermagem	8 %
	Enfermeiros	5,7%
	Médicos	4,5 %
	Dentistas	3,4 %
	Coord. de Equipe/Superiores	2,3%
	Outros	3,4%
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	2,3%
	Ensino Fundamental Completo	5,7%
	Ensino Médio Incompleto	11,4%
	Ensino Médio Completo	48,9%
	Superior Incompleto	5,7%
	Superior Completo	21,6%

N = 88 Profissionais de saúde atuantes em Atenção Primária

O grupo total de profissionais treinados foi analisado quanto às características sócio-demográficas e comparado ao grupo de profissionais selecionados para composição da amostra do presente estudo. Observou-se semelhanças entre as frequências dos resultados quando comparados aos da amostra selecionada, conforme a tabela 2 abaixo:

Tabela 2: Comparação entre características do grupo total de profissionais treinados e a amostra selecionada para pesquisa

	Grupo total de profissionais treinados	Amostra selecionada
Sexo	87% feminino	94,3% feminino
Idade	Média=35,93(18-62 anos)	Média:36,6(19-60 anos)
Procedência	58,8% Ribeirão Preto	69,3% Ribeirão Preto
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	2,7%	2,3%
Fundamental Completo	5,3%	5,7%
Médio Incompleto	11,3%	11,4%
Médio Completo	39,9%	48,9%
Superior Incompleto	5,3%	5,7%
Superior Completo	32,9%	21,6%
Ocupação		
ACS	57,8%	72,7%
Aux/Téc. enfermagem	9%	8 %
Enfermeiros	7%	5,7%
Médicos	7%	4,5 %
Dentistas	2,3%	3,4 %
Coord./Superiores	5,3%	2,3%
Outros	11,2%	3,4%

4.2 – Teste de Conhecimento sobre Consumo de Álcool e IB

Os resultados referentes ao nível de conhecimento sobre consumo de álcool e IB foram obtidos através da somatória da pontuação dos participantes nas questões propostas, onde cada resposta correta corresponde a um ponto. Foram analisados descritivamente, verificando-se

freqüência, distribuição e normalidade, além da verificação de correlações entre os resultados e as demais variáveis envolvidas.

Na fase pré-treinamento, a pontuação no Teste de Conhecimento apresentou variação entre 2 a 8, apresentando valores médios de 4,10 pontos (mediana=4; DP =1,53), cuja distribuição não foi normal ($p < 0,005$). No pós-treinamento, os resultados variaram de 1 a 9 pontos, com média de 5,57 (mediana=6; DP=1,74), cuja distribuição também não apresentou normalidade ($p < 0,005$). A diferença entre os resultados obtidos nas duas fases do treinamento indicou que a elevação no total geral alcançou significância estatística ($z = -4,936$; $p \leq 0,001$) no teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras pareadas.

Observando-se o desempenho dos participantes em cada questão proposta, pode-se perceber que as variações de pontuação foram diferenciadas em cada questão, como demonstrado abaixo, no gráfico 1.

Destacou-se a questão nº1 (quantidade de doses referente a beber moderado) e a nº 8 (limite superior do número de doses referentes a beber moderado para homens), onde o ganho foi expressivamente maior. Enquanto isso, não houve alteração no número de respostas corretas na questão 6, referente a possibilidade de utilização de questionários de auto-preenchimento para identificar problemas leves, moderados e graves relacionados ao uso de álcool em pacientes. Também foram observados acréscimos nas pontuações das questões 3, relativas a equivalência entre diferentes tipos de bebidas alcoólicas, quantidade de álcool e porcentagem da população considerada bebedor de risco, respectivamente.

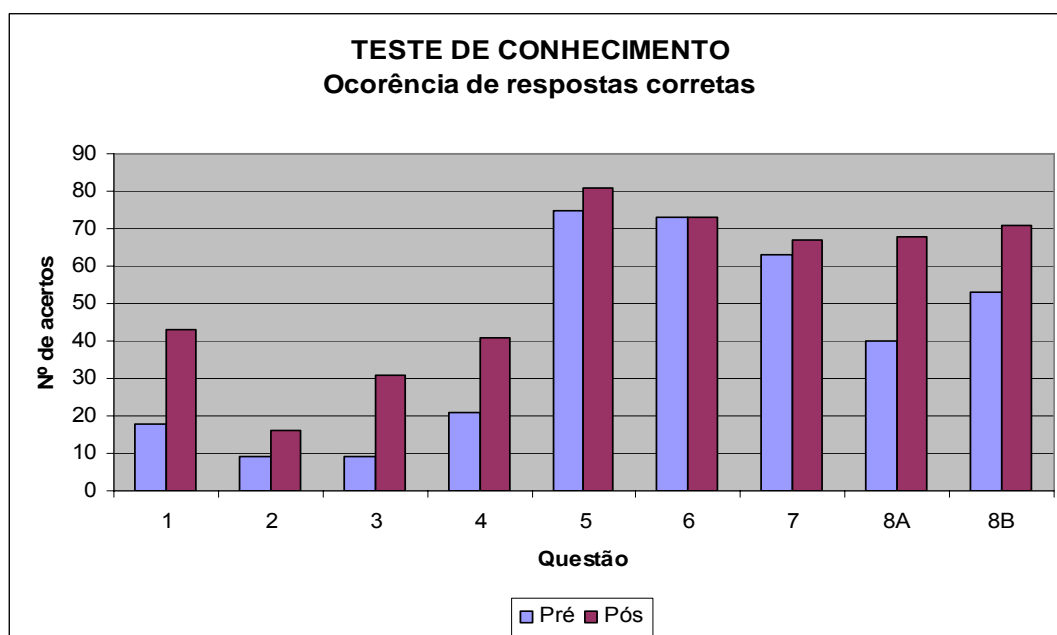


Gráfico 1: Pontuações Médias no Teste de Conhecimento

Os resultados no Teste de Conhecimento, discriminando a quantidade e percentual de respostas corretas ocorridas em cada questão antes e depois do treinamento estão descritos no quadro 1, inclusive com a verificação da significância da diferença de resultados médios de pontuação em cada uma das questões, cujo cálculo foi realizado através do teste de Wilcoxon.

Quadro 1: Resultados do Teste de Conhecimento sobre álcool e Intervenções Breves nas duas fases da pesquisa

Questão	Pré-Treinamento	Pós-Treinamento	Variação p
	Acertos/ %	Acertos/ %	
1. De acordo com normas internacionais aceita-se como beber moderado: a) <input type="checkbox"/> Mulheres não grávidas - não mais do que uma dose por dia b) <input type="checkbox"/> Mulheres não grávidas - não mais do que duas doses por dia c) <input type="checkbox"/> Homens - não mais do que 3 doses por dia d) <input type="checkbox"/> Acima de 65 anos - não mais do que duas doses por dia e) <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores	18 20,50%	43 48,90%	25 p≤ 0,001
2. Sob quais circunstâncias os pacientes deveriam ser aconselhados a se abster de álcool? a) <input type="checkbox"/> Todos os pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool b) <input type="checkbox"/> Pacientes com história familiar de dependência de álcool ou alcoolismo c) <input type="checkbox"/> Todos os pacientes acima de 65 anos d) <input type="checkbox"/> Pacientes que sejam dependentes de álcool e) <input type="checkbox"/> Pacientes que bebem para relaxar	9 10,20%	16 18,20%	7 p=0,108
3. Uma garrafa pequena ou lata (350 ml) de cerveja tem aproximadamente a mesma quantidade de álcool que: a) <input type="checkbox"/> 59 ml de vinho b) <input type="checkbox"/> 44 ml de whisky c) <input type="checkbox"/> 350 ml de vinho d) <input type="checkbox"/> 15 ml de whisky e) <input type="checkbox"/> b e c	9 10,20%	31 35,20%	22 p≤0,001
4. Qual porcentagem da população é considerada "bebedor de risco"? a) <input type="checkbox"/> 5% b) <input type="checkbox"/> 10% c) <input type="checkbox"/> 20% d) <input type="checkbox"/> 30%	21 23,90%	41 46,60%	20 p=0,002
5. As pesquisas tem mostrado que discutir o padrão de uso de álcool com os profissionais da atenção primária pode ser efetivo para ajudar muitos pacientes a reduzir seu consumo. <input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso	75 85,20%	81 92,00%	6 p=0,083
6. Questionários de auto-preenchimento podem ser usados para identificar problemas leves, moderados e graves relacionados ao uso de álcool em pacientes. <input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso	73 83%	73 83%	0 p=1
7. Um estilo de confrontação é recomendado quando se aconselha pacientes sobre seu comportamento de beber. <input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso	63 71,60%	67 76,10%	4 p=0,45
8. Defina beber moderadamente de acordo com os limites superiores do número de doses por dia para homens e para mulheres. 8a. Homens _____ dose(s) por dia	40 45,50%	68 77,30%	28 p≤0,001
8 b. Mulheres _____ dose(s) por dia	53 60,20%	71 80,70%	18 p≤0,001

Para fins de análise, as questões do teste de conhecimento foram agrupadas conforme seu conteúdo em três categorias: Hábito, Quantidade e Conduta. Assim, considerou-se **Hábito** as questões 1 (beber moderado) e 4 (beber de risco); **Quantidade**, as questões 3 (concentração de álcool em diferentes bebidas), 8A (limite de doses do beber moderado para homens) e 8B (limite de doses do beber moderado para mulheres); e **Conduta**, as questões 2 (condições recomendáveis para abstinência), 5 (efetividade da abordagem do paciente sobre seu padrão de consumo de álcool), 6 (utilização de questionário de auto preenchimento para rastreamento de problemas leves e moderados com álcool) e 7 (estilo para abordar pacientes sobre hábito de beber). O gráfico 2, a seguir, apresenta os resultados específicos de cada categoria de respostas criadas para o teste de conhecimento, conforme o agrupamento sugerido:

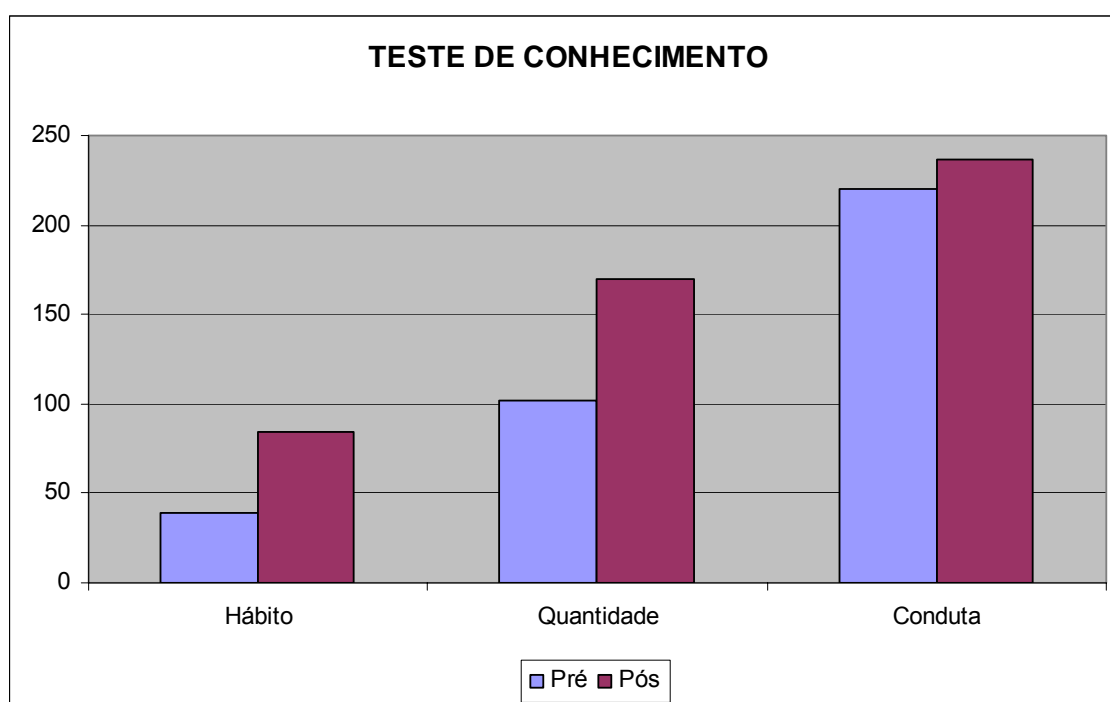


Gráfico 2: Teste de Conhecimento: respostas por categoria

De modo geral, observou-se que os participantes obtiveram pontuação maior quanto ao conhecimento na fase pós-treinamento. Os resultados mostraram que na categoria **Hábito**, onde se aborda a diferenciação do que seriam os diferentes níveis risco de exposição aos efeitos do uso abusivo do álcool, os participantes dobraram sua pontuação nas questões que testaram esse conhecimento após o treinamento, sendo significativas as diferenças encontradas. O conhecimento sobre **Quantidade** também aumentou, sendo que nessa categoria ocorreu um dos menores índices de acertos, na questão 3, onde houve uma variação de 22 pontos, representativa de aumento do número de respostas corretas de 25% dos participantes. Na questão 8A, que apresentou a maior variação de pontuação observada, houve um aumento de respostas corretas em 31,8% dos casos. Na categoria **Conduta**, o acréscimo de respostas corretas foi menor: na questão de número 6 não houve variação entre as fases pré e pós treinamento; na questão 7, onde aproximadamente 70% dos participantes responderam corretamente na primeira fase, ocorreu uma pequena variação em torno de 5%. Contudo, na de número 5 houve maiores índices de acertos, tanto na fase pré quanto na fase pós. As diferenças observadas nas categorias Hábito (Questões 1 e 4) e Quantidade (Questões 3, 8^a e 8B) alcançaram significância estatística, conforme apresentado acima, no quadro 1.

Subtraindo-se os valores dos resultados do pós-treinamento da pontuação obtida na fase pré-treinamento, encontrou-se a variação dos resultados no teste de conhecimento para cada participante, criando-se uma nova variável, a qual foi caracterizada estatisticamente. A variação média foi

de 1,47 pontos (valor máximo de 6 e mínimo de - 4; DP=2,3; mediana=2) sendo que os valores não apresentaram distribuição normal ($p=0,022$).

4.3 – Expectativas e Crenças Pessoais sobre o álcool

Na fase inicial do estudo, antes do treinamento, a pontuação média dos sujeitos no IECPA foi de 93,45 pontos, variando em torno da mediana=79,5 (desvio padrão=40,89) com pontuação mínima de 61 e a máxima de 253, não apresentando distribuição normal ($p<0,005$). Observou-se que 84,1% dos participantes pontuaram abaixo de 122 pontos, considerado nota de corte para identificação de suspeição de risco para alcoolismo na versão original. Enquanto isso, 87,5% pontuaram abaixo do valor proposto como ponto de corte para a versão brasileira (135,97 pontos). Após o treinamento, os resultados médios no IECPA tiveram valor médio de 78,74 pontos, com mediana igual a 68 (desvio padrão=26,83), variando entre 61 e 202 pontos, não apresentando distribuição normal ($p<0,005$). Nessa fase, 8% dos participantes pontuaram acima do ponto de corte da versão original para suspeição de alcoolismo enquanto 6,8% pontuaram acima do ponto de corte considerando a referência brasileira.

A diferença entre os resultados obtidos no IECPA nas duas fases do treinamento indica que a pontuação total foi menor na etapa pós-treinamento tendo alcançado significância estatística ($z= -4,138$; $p \leq 0,001$) no Teste de Wilcoxon, para amostras pareadas sem distribuição normal.

Quadro 2: Diferenças de pontuação média no Teste de Conhecimento e IECPA(pré/pós)

Teste de Conhecimento	z* = -4,936 p ≤ 0,001
IECPA	z* = -4,138 p ≤ 0,001

*Teste de Wilcoxon

Subtraindo-se os valores dos resultados do pós-treinamento da pontuação obtida na fase pré-treinamento, encontrou-se a variação dos resultados no IECPA para cada participante, criando-se uma nova variável, a qual foi caracterizada estatisticamente. A variação média foi de 14,7 pontos (valor máximo de 147 e mínimo de -141; desvio padrão= 38,1; mediana=5) sendo que os valores não apresentam distribuição normal ($p < 0,005$).

A tabela 3 apresenta os resultados médios e variações do Teste de Conhecimento sobre álcool e IB e do IECPA:

Tabela 3: Resultados do Teste de Conhecimento e IECPA

		M	Mediana	SD	Min/Max
Teste de Conhecimento	Pré	4,10	4	1,53	2/8
	Pós	5,57	6	1,74	1/9
	Variação	1,47	2	2,3	-4/6
IECPA	Pré	93,45	79,5	40,89	61/253
	Pós	78,74	68	26,83	61/202
	Variação	14,71	5	38,13	-147/141

A relação entre as diferenças dos escores do IECPA dos profissionais de saúde, antes e depois dos treinamentos em EDIBs, e a variação da

pontuação no instrumento de Avaliação de Conhecimentos sobre Consumo de Álcool e Intervenções Breves foi verificada através do teste de correlações de Spearman. Observou-se uma tendência a correlação positiva entre o resultado no Teste de Conhecimento no pós-treinamento e a variação no resultado do IECPA e ($p=0,095$), que poderia sugerir em uma amostra maior a confirmação da hipótese de redução da pontuação do IECPA após aquisição de conhecimento sobre álcool.

4.4 – Estimativas de aplicação de AUDIT e Intervenções Breves

A análise dos dados do Formulário de Estimativas – AUDIT e IB restringiu-se às respostas de 47 participantes (53,41% da amostra) que responderam às questões. Os resultados indicaram que o número médio de AUDIT aplicado foi de 3,3 aplicações, variando de 0 a 60 (mediana=2; DP=8,77). O número de IB realizadas apresentou média de 2,43 com variação de 0 a 15 intervenções por profissional (mediana=1; DP=3,41).

Os resultados do Testes de Conhecimento, IECPA, estimativas de realização de AUDIT, estimativas de realização de IB e tempo transcorrido entre o treinamento e o pós treinamento, foram correlacionados estatisticamente recorrendo-se às provas não paramétricas próprias para esse tipo de dados (escores, sem distribuição normal, amostras pareadas) e para as variáveis dicotômicas. Para fins de análise, foram criadas variáveis dicotômicas a partir das variações de resultados no Teste de Conhecimento, IECPA, número estimado de AUDIT e IB, as quais foram definidas segundo o seguinte critério:

- Variação do Teste de Conhecimento: negativa ou inexistente X positiva
- Variação do IECPA: negativa ou inexistente X positiva
- Expectativa de Aplicação de AUDIT: até o valor da mediana (≤ 2) X mais que mediana (> 2)
- Expectativa de realização de IB: até valor da mediana (≤ 1) X maior que mediana (> 1)

Nos resultados do Teste de Correlação de Spearman observou-se uma tendência à correlação positiva entre o nível de conhecimento pré-treinamento e a estimativa de realização de Intervenções Breves ($p=0,082$); a pontuação no Teste de Conhecimento no pós-treinamento se correlacionou de forma significativa com o intervalo de tempo ($p=0,030$); a expectativa de aplicação de AUDIT se correlacionou significativamente com a expectativa de realização de EDIB ($p=0,001$) e com o intervalo de tempo ($p=0,009$).

Os resultados do Teste de Mann-Whitney, realizados entre as variáveis dicotômicas de variação de resultados no Teste de Conhecimento e IECPA e, expectativas de realização de EDIB e aplicação de AUDIT não foram significativos. Não houve relação significativa entre as variações de pontuação no Teste de Conhecimento e as estimativas de número de AUDIT ($p=0,586$) e de IB ($p=0,860$) assim como não houve relação significativa entre as variações na pontuação do IECPA e a estimativa de número de AUDIT ($p=0,733$) e de IB ($p=0,104$).

Com a mesma finalidade de verificar as relações entre as variações no Teste de Conhecimento e no IECPA e as estimativas de AUDIT e IB, foi realizado o Teste do Qui-Quadrado de Pearson. Conforme os resultados obtidos, existe significância entre as variações no IECPA e as estimativas de EDIB ($p=0,053$). Contudo, não se encontrou nenhuma tendência à significância estatística ao avaliar as demais correlações:

- não houve relação significativa entre a estimativa de número de AUDIT e variações na pontuação do IECPA ($p=0,831$).
- não houve relação significativa entre a estimativa de número de AUDIT e variações na pontuação do Teste de Conhecimento ($p=0,635$)
- não houve relação significativa entre a estimativa de número de IB e variações na pontuação do Teste de Conhecimento ($p=0,753$).

4.5 - Efeito de variáveis sócio-demográficas sobre as variações de conhecimento, crenças e expectativas

Atendendo os objetivos deste estudo e observando as características da amostra, optou-se por analisar a interferência das variáveis: idade, escolaridade e ocupação. Além dessas, buscou-se verificar a ocorrência de correlações entre a procedência e tempo de serviço com os resultados obtidos no Teste de Conhecimento e IECPA nas fases pré e pós-treinamento, bem como as variações de pontuação observadas entre as duas fases da pesquisa.

As tabela 4 e 5, abaixo, apresentam os resultados médios, agrupados segundo o critério de idade, nível de escolaridade (Fundamental

= ensino fundamental incompleto até médio incompleto; Médio = ensino médio completo e superior incompleto; Superior = ensino superior completo e pós graduados) e nível profissional.

Quanto à **idade**, observou-se que o grupo com idade entre 26 e 40 anos apresentou maior nível inicial de conhecimento e variação de conhecimento sobre álcool e IB e menor média de expectativas positivas antes de ser treinado, com menor variação na pontuação quanto às expectativas após o treinamento. Os participantes com idade até 25 anos tiveram uma pontuação média de 101 pontos no IECPA antes de serem treinados e de 74 pontos após o treinamento. Quando comparados às outras categorias de idade (26-40 e 41-60 anos), os mais jovens foram os que apresentaram a maior variação no sentido de redução de expectativas positivas sobre o álcool, inclusive com resultados médios menores que as outras faixas de idade após o treinamento. A diferença entre os diferentes níveis de idade não alcançou significância estatística quanto às variações das médias no Teste de Conhecimento ($p=0,591$) e no IECPA ($p=0,217$), conforme a prova de Kruskal Wallis.

Quando comparados em relação à **escolaridade**, no nível superior a variação relativa ao resultado médio no Teste de Conhecimento após o treinamento foi expressivamente maior que nos demais níveis, sendo que o nível fundamental, cuja pontuação foi inferior aos demais, teve maior variação que o nível médio. Quanto às médias dos resultados no IECPA, no nível fundamental, onde se teve maiores níveis de respostas no pré-treinamento, ocorreu a maior variação observada, passando inclusive a

apresentar a menor pontuação em relação aos demais grupos após o treinamento. Os participantes de nível superior também apresentaram redução considerável na pontuação média do IECPA, diferente do nível médio, onde a variação foi menor.

Tabela 4: Variações dos resultados no Teste de Conhecimento em função das variáveis sócio-demográficas

Variável	Idade/ Escolaridade/ Nível Profissão	M	Mediana	SD	Min/Max
Teste de Conhecimento Pré/Pós	16-25anos	4,13 / 5,13	4/6	1,26 / 1,15	2/6 3/6
	26-40anos	4,19 / 5,81	4/6	1,53 / 1,85	2/7 1/9
	41-70anos	3,97 / 5,47	3/6	1,69 / 1,83	2/8 2/9
	Ensino Fundamental	3,47 / 4,82	3/4	1,32 / 1,87	2/6 1/8
	Ensino Médio	4,29 / 5,46	4/6	1,47 / 1,63	2/7 1/9
	Ensino Superior	4,18 / 6,32	3/6	1,76 / 1,64	2/8 3/9
	ACS + Aux +Técnicos	4,04 / 5,37	4/6	1,43 / 1,71	2/7 1/9
	Superior	4,37 / 6,44	3/6	1,96 / 1,67	2/8 3/9
Variação do Teste de Conhecimento (Pós – Pré)	16-25anos	1	1	1,41	-3/3
	26-40anos	1,62	2	2,52	-4/6
	41-70anos	1,5	1	2,39	-3/6
	Fundamental	1,35	1	2,76	-4/6
	Médio	1,16	1,5	2,15	-3/6
	Superior	2,13	2,5	2,21	-2/6
	ACS + Aux + Técnicos	1,33	1,5	2,31	-4/6
	Superior	2,06	2,5	2,24	-2/6

A diferença entre os níveis de escolaridade não alcançou significância estatística com relação às variações no Teste de Conhecimento ($p= 0,18$) e no IECPA ($p= 0,719$) conforme a prova de Kruskal Wallis.

Em relação à **ocupação**, os participantes foram agrupados em duas categorias, a primeira composta por agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem e a segunda categoria agregando todos os profissionais de nível superior. Os resultados encontrados evidenciaram que os profissionais que tem ocupações de nível superior apresentaram maiores variações quanto ao conhecimento e maior redução na pontuação do IECPA. Para ambas as categorias, a mediana para os resultados no Teste de Conhecimento foi a mesma no pós-treinamento, nas duas categorias houve a ocorrência de pontuação máxima, sendo que o valor máximo de variação na pontuação foi idêntico e igual a 6.

Conforme pode ser observado na Tabela 5 referente aos resultados do IECPA, o valor mínimo de 61 manteve-se equivalente e constante para as duas categorias no pré e pós-treinamento. Porém, observando-se que o menor valor alcançado pelos profissionais com ocupação de nível técnico na fase pós-treinamento foi maior que a pontuação dos profissionais com ocupações de nível superior antes do treinamento, ou seja, mesmo após o treinamento suas crenças e expectativas a respeito do efeito do álcool apresentaram valores superiores àqueles apresentados pelo grupo de profissionais graduados antes de ser treinado. Conforme o teste de Man-Whitney, não apresentam diferença estatisticamente significativa em relação à variação dos resultados do Teste de Conhecimento ($p= 0,317$) para

diferentes níveis profissionais, enquanto que as variações no IECPA tendem à significância estatística para os diferentes níveis de ocupação ($p=0,097$).

Tabela 5: Variações dos resultados no IECPA em função das variáveis sócio-demográficas

Variável	Idade/ Escolaridade/ Nível Profissão	Média	Mediana	SD	Min/Max
IECPA Pré/Pós	16-25anos	101 / 74,75	95,5/72,5	34,9 / 13,1	61/176 61/102
	26-40anos	86,7/80,2	70/67	35,2 / 33,1	61/198 6/201
	41-70anos	98,8 / 78,7	80,5/71	50,0 / 22,5	61/253 61/146
	Fundamental	102,6 / 77,1	69/65	62,2 / 23,1	61/253 61/145
	Médio	89,3 / 80,8	80/69,5	32,3 / 31,4	61/198 61/202
	Superior	96,8 / 76,2	85,5/67,5	37,1 / 18,3	61/176 61/124
	ACS + Aux +Técnicos	92,4/79,54	76,5/68	42,4 / 28,5	61/253 61/202
	Superior	98/75,1	92,5/67,5	33,9 / 17,3	61/165 61/124
Variação do IECPA (pós – pré)	16-25anos	-26,25	-17,5	33,81	-93/12
	26-40anos	-6,42	-1	36,25	-137/141
	41-70anos	-20,16	-8	38,13	-147/67
	Fundamental	25,47	1	47,48	-29/147
	Médio	8,5	5	37,32	-141/137
	Superior	20,63	16	30,96	-26/84
	ACS + Aux +Técnicos	-12,9	-2	39,62	-147/141
	Superior	-22,87	-18,5	30,25	-78/26

Foram realizados os testes não paramétricos de Kruskal Wallis (para as variáveis com 3 categorias) e U de Mann-Whitney (para as variáveis com 2 categorias), observando-se correlação significativa entre ocupação e

resultados no teste de conhecimento pós treinamento ($p=0,051$). O resultado do Teste de Conhecimento pós-treinamento também apresentou forte tendência a correlação com escolaridade ($p=0,064$). Observou-se tendências a correlação significativa entre procedência e IECPA pós-treinamento ($p=0,098$) e entre ocupação e variação no resultado do IECPA ($p=0,097$).

Tabela 6: Correlações entre resultados do Teste de Conhecimento e IECPA e as variáveis sócio-demográficas

	TESTE DE CONHECIMENTO			IECPA		
	Pré	Pós	Varição	Pré	Pós	Varição
Procedência*	$p=0,755$	$p=0,16$	$p=0,208$	$p=0,237$	$p=0,098$	$p=0,818$
Escolaridade*	$p=0,175$	$p=0,064$	$p=0,180$	$p=0,943$	$p=0,653$	$p=0,719$
Idade*	$p=0,682$	$p=0,374$	$p=0,591$	$p=0,159$	$p=0,604$	$p=0,217$
Ocupação**	$p=0,713$	$p=0,051$	$p=0,317$	$p=0,185$	$p=0,848$	$p=0,097$
Tempo*	$p=0,888$	$p=0,950$	$p=0,950$	$p=0,268$	$p=0,283$	$p=0,709$

*Teste de Kruskal-Wallis

**Teste de Man-Whitney

4.6 - Prática profissional

Quando investigados sobre a frequência com que aconselham os pacientes com padrões de consumo de risco para problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, a diminuir ou parar com esse consumo, como parte de sua consulta a um paciente adulto, os sujeitos pesquisados responderam de forma diversa para cada substância: em relação ao álcool, houve uma diminuição da resposta *raramente* após o treinamento, com concentração de respostas positivas nas frequências *de vez em quando* e *quase sempre*. No caso das outras drogas no pós-treinamento, 40,9% dos participantes passaram a aconselhar *de vez em quando*, enquanto na fase do pré-treinamento a resposta mais frequente foi *raramente*.

Tabela 7: Resultados das questões sobre a Prática Profissional

Perguntar sobre áreas específicas, considerando todas as suas consultas de pacientes adultos

Frequência	Pré/Pós treinamento			
	Raramente %/N	De vez em quando	Quase sempre	Sempre
FUMO	6,1%(N=82)	17,1%	23,2%	53,7%
	- (N=22)	9,1%	27,3%	63,6%
EXERCÍCIO	3,6% (N=84)	14,3%	17,9%	64,3%
	- (N=22)	9,1%	36,4%	54,5%
ÁLCOOL	20,5%(N=83)	25,3%	25,3%	28,9%
	4,8%(N=21)	42,9%	38,1%	14,3%
DIETA	2,4% (N=83)	13,3%	15,7%	68,7%
	4,5%(N=22)	13,6%	18,2%	63,6%
ESTRESSE	14,5%(N=83)	28,9%	27,7%	28,9%
	20%(N=20)	25%	25%	30%
DROGAS	49,4%(N=79)	22,8%	12,7%	13,9%
	50%(N=22)	13,6%	27,3%	9,1%

Aconselhar pacientes com padrões de consumo de risco para problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, a diminuir ou parar com esse consumo, como parte de sua consulta a um paciente adulto

Frequência	Pré/Pós treinamento			
	Raramente	De vez em quando	Quase sempre	Sempre
ÁLCOOL	20%(N=80)	30%	30%	20%
	9,1%(N=22)	36,4%	40,9%	13,6%
DROGAS	42,7%(N=75)	24%	20%	13,3%
	27,3%(N=22)	40,9%	18,2%	13,6%

Conforme observado na tabela 7, ao investigar com que frequência os profissionais fazem perguntas sobre fumar, exercitar-se, consumo de álcool, dieta/alimentação, nível de estresse e uso de droga ilícita, observou-se que a porcentagem de profissionais que perguntam sobre álcool *de vez em quando* aumentou de 25,3% para 42,3% e as respostas *quase sempre*

passaram de 25,3 para 38,1% após o treinamento. Enquanto isso, nos demais itens investigados, observou-se pequenas variações destacando-se as tendências a perguntar mais frequentemente sobre fumo e de perguntar *quase sempre* sobre drogas ilícitas.

Após o treinamento a frequência de aconselhar os pacientes com padrões de consumo de risco para problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas a diminuir ou parar com esse consumo como parte de sua consulta a um paciente adulto aumentou (mais para o álcool do que para as outras drogas). Quanto a perguntar sobre fumar, exercitar-se, consumo de álcool, dieta/alimentação, nível de estresse e uso de droga ilícita, após o treinamento apenas 5% afirmaram perguntar raramente sobre o álcool, prevalecendo as situações de perguntar de vez em quando ou quase sempre. Mais da metade dos participantes afirmou que sempre investiga sobre fumo, dieta e exercícios.

4.7 - Preparação profissional da atenção primária

A tabela 8 abaixo apresenta as frequências de respostas em cada categoria para as questões propostas para investigar o quanto os participantes do estudo sentem-se preparados (as) para aconselhar os pacientes em cada uma das seguintes áreas de comportamento: não fumar, exercitar-se regularmente, reduzir o consumo de álcool, evitar excesso de calorias, reduzir o estresse e não usar drogas ilícitas.

Tabela 8: Resultados das questões sobre a Preparação Profissional

Nível de preparação	Sentir-se preparado(a) para aconselhar os pacientes			
	Pré/Pós			
	Muito Preparado	Um Pouco Preparado	Um Pouco Despreparado	Muito Despreparado
NÃO	17,4% (N=86)/	66,3%	14%	2,3%
FUMAR	30,4% (N=23)	69,6%	-	-
PRATICAR	38,4% (N=86)/	52,3%	4,7%	4,7%
EXERCÍCIO	47,8% (N=23)	47,8%	4,3%	-
REDUZIR	5,8% (N=86)/	52,3%	27,9%	14%
ÁLCOOL	13% (N=23)	87%	-	-
EVITAR	28,6% (N=84)/	57,1%	11,9%	2,4%
CALORIAS	47,8% (N=23)	52,2%	-	-
REDUZIR	15,5% (N=84)/	58,3%	22,6%	3,6%
ESTRESSE	30,4% (N=23)	56,5%	13%	-
NÃO USAR	8,3% (N=84)/	36,9%	25%	29,8%
DROGAS	13% (N=23)	52,2%	26,1%	8,7%

Após o treinamento os participantes do estudo apresentaram melhores indícios do sentimento de estar preparado para o aconselhamento dos pacientes sendo que em relação aos comportamentos de fumar, beber e ingerir calorias em excesso não houve nenhuma ocorrência de resposta associada a *despreparo*. No caso de aconselhar a reduzir o consumo de álcool, o percentual de participantes que se sente *muito preparado* duplicou, e o daqueles que se sentem *um pouco preparados* passou de 52,3 para 87%.

4.8 - Papel profissional

Ao investigar, junto aos profissionais participantes do treinamento, se perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas não é papel do profissional de atenção primária ocorreram mais respostas *discorda* após o treinamento, inclusive com pontuação zero no ítem *concorda totalmente*. Também após o treinamento, maior número de

profissionais discordaram de que a investigação em relação ao álcool seja papel de especialistas; já em relação a ser papel dos especialistas perguntar sobre o consumo de outras drogas, observou-se alterações mínimas após o treinamento.

Embora antes do treinamento a maioria dos participantes *discordou* que perguntar aos pacientes sobre consumo de álcool ou outras drogas seja invasivo, observou-se uma tendência no sentido de diminuição do número de sujeitos que *concordou totalmente* e aumento de respostas nas categorias *concorda um pouco* e *discorda*.

Antes do treinamento os participantes apresentaram concordância de 9,6% para álcool e 7,2% para outras drogas em relação a falar ao paciente sobre seu padrão de uso beber não ser papel do profissional de atenção primária, mesmo para as situações em que é reconhecido que o uso de álcool ou outras drogas está contribuindo para os problemas de saúde do paciente. Após o treinamento, a tendência das respostas se deu no sentido de aumentar a frequência de discordância, mais para álcool do que para outras drogas.

A frequência das respostas à questão sobre a existência de tempo suficiente durante uma consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas e problemas de saúde relacionados apresentou variação muito pequena na fase pós-treinamento.

Sobre a inclusão de perguntas formais para obter informações sobre o consumo de álcool ou outras drogas na Instituição na qual trabalham,

aproximadamente 60% dos participantes concordaram que não são incluídas após o treinamento, enquanto antes do treinamento essa frequência foi, em média, 20% menor.

A frequência de concordância sobre a existência de problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas com os quais tem que lidar foi reduzida após o treinamento, observando-se conseqüente aumento de respostas *discordo*.

Quanto a considerar que os profissionais da atenção primária estão muito ocupados com os problemas médicos, para álcool aproximadamente 50% *discordou* antes e depois do treinamento, havendo redução de 9% da frequência dos que *concordaram um pouco* após o treinamento. Já em relação às outras drogas, houve redução da ocorrência de *concordo um pouco*, aumentando assim as respostas na categoria *discordância* e *concorda totalmente*.

Tabela 9: Resultados das questões sobre o Papel Profissional

Nível de concordância	Pré/Pós		
	Concorda totalmente	Concordo um pouco	Discorda
Não é papel de profissionais de atenção primária perguntar aos pacientes sobre consumo			
ALCOOL	8,3%(N=84)	13,1%	78,6%
	- (N=21)	9,5%	90,5%
DROGAS	7,3%(N=82)	17,1%	75,6%
	- (N=20)	10%	90%
Papel de perguntar aos pacientes sobre seu consumo é de especialistas			
ALCOOL	9,4% (N=85)	16,5%	74,1%
	4,8% (N=21)	14,3%	81%
DROGAS	10,8%(N=83)	15,7%	73,5%
	10%(N=20)	15%	75%
Perguntar aos pacientes sobre seu consumo é invasivo			
ALCOOL	16,7%(N=84)	16,7%	66,7%
	4,8%(N=21)	23,8%	71,4%
DROGAS	23,2%(N=82)	17,1%	59,8%
	5%(N=20)	25%	70%
Não é papel do profissional falar ao paciente sobre seu padrão de uso mesmo quando é reconhecido que o álcool ou outras drogas está contribuindo para os problemas de saúde			
ALCOOL	9,6%(N=83)	13,3%	77,1%
	5% (N=20)	10%	85%
DROGAS	7,2%(N=83)	14,5%	78,3%
	5,3%(N=19)	10,5%	84,2%
Não existe tempo suficiente durante uma consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas e problemas de saúde relacionados			
ALCOOL	26,2%(N=84)	17,9%	56%
	28,6%(N=21)	14,3%	57,14%
DROGAS	27,7%(N=83)	15,7%	56,6%
	30%(N=21)	15%	55%
A Instituição na qual trabalha não inclui perguntas formais para obter informações sobre o consumo de álcool ou outras drogas			
ALCOOL	38,1%(N=84)	16,7%	45,5%
	61,9%(N=21)	9,5%	28,6%
DROGAS	41,5%(N=82)	17,1%	41,5%
	60%(N=20)	10%	30%
O profissional tem que lidar problemas de saúde muito mais importantes			
ALCOOL	17,6%(N=85)	25,9%	56,5%
	5%(N=20)	25%	70%
DROGAS	15,7%(N=83)	25,3%	59%
	5%(N=20)	25%	70%
Os profissionais da atenção primária estão muito ocupados com os problemas médicos.			
ALCOOL	27,1%(N=85)	23,5%	49,4%
	33,3%(N=21)	14,3%	52,4%
DROGAS	30,1%(N=83)	22,9%	30,1%
	35%(N=20)	15%	50%
Não é fornecida informação sobre como encaminhar pacientes aos especialistas			
ALCOOL	46,3%(N=82)	9,8%	43,9%
	23,8%(N=21)	9,5%	66,7%
DROGAS	44,3%(N=79)	11,4%	44,3%
	25%(N=20)	15%	60%

A tabela 9 acima apresenta os resultados das questões sobre o papel profissional, detalhando as freqüências de ocorrência de cada categoria de resposta antes e depois do treinamento.

Em relação ao não fornecimento de informação aos profissionais da atenção primária sobre como encaminhar pacientes aos especialistas em dependência, houve redução da freqüência de *concordo totalmente* e aumento da freqüência de resposta *concordo* tanto para álcool quanto para outras drogas, sendo que para álcool o aumento foi maior que 20%.

Após o treinamento, mais profissionais discordaram de que perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas não é papel do profissional de atenção primária, como também maior número de profissionais discordaram de que a investigação em relação ao álcool seja papel de especialistas. Menos profissionais consideraram que investigar sobre álcool e drogas seja invasivo, Observou-se uma tendência de aumento na freqüência de discordância quanto a falar ao paciente sobre seu padrão de uso beber não ser papel do profissional de atenção primária, mais para álcool do que para outras drogas. Quanto a existência de tempo suficiente durante uma consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas e problemas de saúde relacionados, não houve diferença após o treinamento. Quanto a não inclusão de perguntas formais para obter informações sobre o consumo de álcool ou outras drogas na instituição na qual trabalham, 60% dos participantes concordaram após o treinamento, e passaram a discordar mais da existência

de problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas com os quais tem que lidar.

4.9 - Atitudes e crenças pessoais

Na sessão que incluiu as questões sobre atitudes e crenças pessoais, foi investigada a expectativa dos profissionais sobre os usuários de álcool e efeitos das ações profissionais junto a esses pacientes.

Quando perguntados sobre seu parecer a respeito de um possível efeito de aumento de uso de álcool como consequência de falar sobre seu consumo com os pacientes, no caso do álcool observou-se que no pós treinamento apareceram respostas de *discordo* com menor frequência, havendo aumento nas alternativas relacionadas com concordância. Enquanto isso, com relação às drogas, mais profissionais discordaram de que falar leva a aumento do consumo.

As expectativas ao lidar com bebedores de risco foram consideradas difíceis por quase 30% dos participantes, sendo que aproximadamente 60% discordou da afirmativa antes do treinamento, não havendo diferenças expressivas entre álcool e drogas. Após o treinamento, em ambos os casos, aumentou a frequência de *concordo um pouco*, com redução de concordância total e de discordância.

Sobre a possibilidade de usuários ou bebedores problemáticos poderem aprender a diminuir o consumo de álcool e outras drogas e tê-lo sob controle novamente, aumentaram as frequências de *concordo totalmente* e *discordo* após o treinamento, sendo que em relação às drogas

houve discordância em 25%, enquanto para álcool a frequência dessa resposta foi de 20%.

A expectativa em relação aos pacientes contarem ou não a verdade quando se pergunta sobre seu consumo, demonstrou a mesma direção nos resultados tanto antes como depois do treinamento, onde mais de 70% não espera que os pacientes digam a verdade. Após o treinamento, mais de 80% dos profissionais afirmaram que os pacientes não contam a verdade.

Duas questões dessa sessão fizeram referência à importância atribuída ao consumo de álcool como problema de saúde. Uma delas afirmou que consumir álcool ou outras drogas não é um problema maior de saúde e a outra afirmou que existem problemas de saúde mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas para lidar. Na primeira questão onde há a referência à gravidade do problema do uso do álcool a frequência de discordância foi maior, embora as respostas apresentadas tenham a mesma variação no sentido de discordância em relação à afirmativa, com aumento da discordância após o treinamento.

Quanto a ajudar os bebedores ou usuários, antes do treinamento, mais de 95% discordou que não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”. Após o treinamento, a discordância foi de 100%.

A afirmativa de que em geral, os profissionais da saúde não podem ajudar muito seus pacientes na redução do consumo de álcool ou outras drogas, teve diminuição das respostas *concordo totalmente* e aumento das *concordo um pouco*, tanto para álcool quanto para outras drogas.

Tabela 10: Resultados das questões sobre Atitudes e Crenças Pessoais

Nível de concordância	Pré/Pós treinamento		
	Concorda totalmente	Concordo um pouco	Discorda
Falar sobre seu consumo de álcool ou outras drogas levará ao aumento de uso			
ALCOOL	3,6%(N=83)	21,7%	74,7%
	4,8%(N=21)	28,6%	66,7%
DROGAS	3,8%(N=80)	26,3%	70%
	4,8%(N=21)	19%	76,2%
É difícil ter expectativas quando lidamos com bebedores ou usuários de risco			
ALCOOL	27,7%(N=83)	14,5%	57,8%
	19%(N=21)	42,9%	38,1%
DROGAS	25%(N=80)	15%	60%
	20%(N=20)	45%	35%
Usuários ou Bebedores problemáticos podem aprender a diminuir e controlar o consumo			
ALCOOL	64,3%(N=84)	19%	16,7%
	70%(N=20)	10%	20%
DROGAS	60,2%(N=83)	20,5%	19,3%
	70%(N=20)	5%	25%
Geralmente, quando se pergunta sobre seu consumo de álcool ou outras drogas, os pacientes não contam a verdade			
ALCOOL	71,8%(N=85)	16,5%	11,8%
	81%(N=21)	14,3%	4,8%
DROGAS	75,9%(N=83)	13,3%	10,8%
	80%(N=20)	15%	5%
Em geral, consumir álcool ou outras drogas não é um problema maior de saúde			
ALCOOL	6,3%(N=80)	11,3%	82,5%
	- (N=20)	14,3%	85,7%
DROGAS	6,3%(N=79)	13,9%	79,7%
	- (N=20)	15%	85%
Eu acho que usuários ou bebedores de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao "fundo do poço"			
ALCOOL	1,2%(N=84)	2,4%	96,4%
	- (N=21)	-	100%
DROGAS	1,2%(N=82)	3,7%	95,1%
	- (N=20)	-	100%
Em geral, os profissionais da saúde não podem ajudar muito seus pacientes na redução do consumo de álcool ou outras drogas.			
ALCOOL	19,3%(N=83)	18,1%	62,7%
	9,5%(N=21)	28,6%	61,9%
DROGAS	23,2%(N=82)	15,9%	61%
	10%(N=20)	30%	60%
Em geral, é gratificante trabalhar com usuários ou bebedores de risco.			
ALCOOL	33,7%(N=83)	31,3%	34,9%
	23,8%(N=21)	38,1%	38,1%
DROGAS	28,4%(N=81)	35,8%	35,8%
	25%(N=20)	40%	35%
Existem problemas de saúde mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas para lidar.			
ALCOOL	14,6%(N=82)	24,4%	61%
	5%(N=20)	30%	65%
DROGAS	11,4%(N=82)	22,8%	65,8%
	5%(N=20)	25%	70%

Quanto a ser gratificante trabalhar com usuários ou bebedores de risco, antes do treinamento as respostas mostraram-se indiferenciadas para álcool e tendendo a discordância para outras drogas. A variação foi no sentido da *discordância* em relação ao álcool após o treinamento, sendo que para outras drogas, o aumento observado foi na categoria *concorda um pouco*.

A consideração de que os profissionais da atenção primária estão muito ocupados com os problemas médicos não sofreu mudanças visíveis após o treinamento, diferente da questão do fornecimento de informação aos profissionais da atenção primária sobre como encaminhar pacientes aos especialistas em dependência, que após o treinamento foi percebida como presente em sua realidade.

Ao investigar a expectativa dos profissionais sobre os usuários de álcool e efeitos das ações profissionais junto a esses pacientes, os resultados indicaram a tendência dos participantes a considerar que álcool e outras drogas são problemas maiores de saúde, sendo que o trabalho com usuários ou bebedores de risco não é sempre gratificante. Os profissionais de saúde tenderam a considerar que podem ajudar na redução do consumo de álcool e outras drogas, que ao falar sobre álcool e drogas não levam ao aumento do uso. Quanto aos usuários, as respostas foram no sentido de que podem ser ajudados antes de chegar ao fundo do poço apesar da existência de tendência a dificuldades quando se lida com bebedores ou usuários de risco, os quais tendem a mentir sobre seu consumo de álcool e drogas, mas podem aprender a diminuir e ter controle sobre o consumo.

5. DISCUSSÃO

Ao avaliar o efeito do treinamento em IB sobre os níveis de crenças e expectativas sobre o uso de álcool de profissionais de saúde da atenção básica da região de Ribeirão Preto, verificamos resultados sugestivos da efetividade da estratégia de formação oferecida pelo PAIPAD a partir do modelo da OMS. O curso oferecido provocou mudanças na equipe, as quais podem interferir positivamente na conduta dos profissionais treinados junto aos pacientes. Observou-se que a pontuação média dos participantes no Teste de Conhecimento em EDIB mostrou-se significativamente maior após o treinamento, enquanto as crenças e expectativas positivas a respeito do consumo de álcool reduziram após a intervenção, havendo correlação positiva entre a variação de pontuação no IECPA e a pontuação no Teste de conhecimento pós-treinamento ($p=0,095$), e as estimativas de aplicação de IB ($p=0,053$). A pontuação no Teste de Conhecimento pós-treinamento apresentou correlação positiva com o intervalo de tempo transcorrido entre o treinamento e a aplicação do questionário na fase pós ($p=0,030$). Também ocorreu correlação positiva entre o intervalo de tempo e as estimativas de aplicação de AUDIT. Além disso, as expectativas quanto à aplicação de AUDIT e EDIB pareceram se correlacionar positivamente ($p=0,001$).

Para a composição da amostra, foi necessário excluir 213 sujeitos entre os que participaram do treinamento em EDIB: houve dificuldades para a aplicação do questionário pós-treinamento e ocorrência de várias respostas em branco, o que comprometeria a realização dos objetivos deste trabalho e propostas metodológicas comparativas.

Embora as características do grupo de sujeitos incluídos, predominantemente feminina, não permitam comparações entre gêneros, houve possibilidade da análise de dados em função da idade, escolaridade e nível profissional. As maiores variações no IECPA foram observadas entre os profissionais de nível superior (incompleto e completo), que representa 27% dos sujeitos; quanto ao conhecimento em EDIB, o nível médio (incompleto e completo), que representa quase 60% dos participantes, teve o menor índice de aproveitamento quando comparado aos outros níveis de escolaridade. Quando comparados às outras categorias de idade (26-40 e 41-60 anos), os mais jovens foram os que apresentaram a maior variação no sentido de redução de expectativas positivas sobre o álcool, inclusive com resultados médios menores que as outras faixas de idade após o treinamento. O grupo com idade adulta, entre 26 e 40 anos, foi o que apresentou maior nível inicial de conhecimento e variação de conhecimento sobre álcool e IB após o treinamento, menor média de expectativas positivas antes de ser treinado e menor variação na pontuação quanto às expectativas após o treinamento. Uma questão que se coloca é a respeito do que poderia explicar, entre os mais jovens, a ocorrência de inversão na relação entre o conhecimento e as expectativas positivas, pois tiveram a menor variação de resultado no Teste de Conhecimento, e a maior redução nos resultados do IECPA.

Entre os diferentes níveis ocupacionais, os resultados sugerem que os profissionais que tem ocupações de nível superior apresentaram maiores variações quanto ao conhecimento e maior redução na pontuação do

IECPA. Os testes estatísticos não paramétricos evidenciaram correlações significativas entre os resultados do Teste de Conhecimento no pós-treinamento e escolaridade ($p=0,06$) e ocupação ($p=0,05$).

A proporção entre as diferentes categorias profissionais dos participantes deste estudo aproximou-se da configuração clássica preconizada pelo MS para as equipes de atenção primária, onde a composição guarda a relação de um médico/um dentista/um enfermeiro/10 ACS.

Observou-se que as características sócio-demográficas dos participantes incluídos apresentaram freqüências cuja distribuição foi similar à amostra total inicial de 301 sujeitos treinados.

A amostra foi caracterizada quanto à prática, preparação e papel do profissional da atenção primária, além de atitudes e crenças dos profissionais em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas pelos seus pacientes. Os resultados confirmam o efeito do treinamento no sentido de aumentar a freqüência do comportamento de investigar e aconselhar os pacientes sobre álcool e drogas, juntamente com outros aspectos referentes à saúde. A autoconfiança em relação à possibilidade de aconselhar sobre álcool e outras drogas, sofreu alterações positivas como efeito do treinamento. Após o treinamento, foram mais freqüentes as respostas que consideraram a investigação a respeito de álcool e drogas como não invasiva, além de poder ser feita por profissionais de atenção primária, e não apenas por especialistas, principalmente no caso do álcool. Os profissionais continuaram considerando a falta de tempo

suficiente para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas e problemas de saúde relacionados durante as consultas de rotina, e que não há inclusão de perguntas formais para obter informações sobre o consumo de álcool ou outras drogas na instituição na qual trabalham. Tenderam a discordar mais da existência de problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas com os quais tem que lidar. Quanto à consideração de que os profissionais da atenção primária estão muito ocupados com os problemas médicos, os resultados não sofreram mudanças visíveis após o treinamento, diferente da questão do fornecimento de informação aos profissionais da atenção primária sobre como encaminhar pacientes aos especialistas em dependência, que após o treinamento foi percebida como presente em sua realidade. Ao investigar a expectativa dos profissionais sobre os usuários de álcool e efeitos das ações profissionais junto a esses pacientes, os resultados indicaram que álcool e outras drogas são problemas maiores de saúde, sendo que o trabalho com usuários ou bebedores de risco não é sempre gratificante. Os participantes tenderam a considerar que profissionais de saúde podem ajudar na redução do consumo de álcool e outras drogas, e que falar sobre álcool e drogas não leva ao aumento do uso. Quanto aos usuários de álcool e outras drogas, os profissionais se inclinaram no sentido de responder que podem ser ajudados antes de chegar ao fundo do poço, que existem dificuldades quando se lida com bebedores ou usuários de risco, e que eles tendem a mentir sobre seu

consumo de álcool e drogas, mas podem aprender a diminuir e ter controle sobre o consumo.

Este é um trabalho exploratório, situado num campo em desenvolvimento onde já foi consolidada a efetividade das EDIB, a importância da atitude dos profissionais de saúde para a implementação das estratégias, a necessidade de oferecimento de treinamento adequado para preparar os profissionais para a prática do rastreamento e intervenções acerca dos problemas relacionados com o abuso de álcool. Estudos dessa natureza, visando avaliar o efeito de treinamento oferecido a profissionais de saúde, desenvolvido através de estratégias de coletas de dados antes e depois do treinamento e utilizando instrumento validado, são escassos na literatura brasileira.

O contato com o conhecimento sobre conseqüências do abuso de álcool e estratégias de intervenção preventiva pareceu ter efeito de reduzir as crenças e expectativas positivas dos participantes deste estudo. e conseqüentemente, nas atitudes dos profissionais quanto a prática das EDIB. Esse efeito pode ser observado nas correlações entre Teste de Conhecimento no pós-treinamento e as estimativas de aplicação de EDIB, bem como nas correlações observadas entre variações do IECPA e estimativas de EDIB. Além disso, nas questões sobre prática profissional, confirmou-se o aumento da freqüência dos comportamentos de perguntar e aconselhar sobre álcool, além da inclinação dos profissionais no sentido de considerarem-se melhor preparados para aconselhar os pacientes. Os resultados encontrados vão ao encontro do descrito na literatura a respeito

de avaliação da implementação das EDIB, onde são relacionados efeitos dos treinamentos como: conhecimento sobre conseqüências de uso, natureza, prevalência e tratamento apropriado para abuso de álcool em atenção primária; percepção da importância e utilidade das intervenções; desenvolvimento de habilidades para aconselhar; atitudes sobre preparo para intervir (OCKENE et al, 1997; KANNER et al, 1999; WILLIAMS et al, 2004; PAYNE et al, 2005; FERNANDES et al, 2007; KANNER et al, 2007; STATHES et al, 2008; SHERIDAN et al, 2008; MAC LEOD et al, 2008).

A nota de corte para a probabilidade de o indivíduo ser ou vir a ser dependente de álcool na versão original do IECPA, realizada a partir de um grupo de alcoolistas é de 122 (PINTO GOUVEIA, 1996) enquanto que para a adaptação brasileira, que incluiu pacientes além da população geral, o ponto de corte proposto pelos autores foi de 135,97, apresentando valor de 68% de sensibilidade e 92% de especificidade (WERLANG e OLIVEIRA, 1996). Nos resultados apresentados por Scali e Ronzani (2007), que utilizaram o IECPA em seu estudo, a média do grupo de alcoolistas foi de $174,3 \pm 59,2$ e no grupo de não alcoolistas a média foi de $85,4 \pm 31$. Para a amostra estudada neste trabalho, observou-se que a pontuação média no IECPA foi menor que as nota de corte propostas nas versões original e brasileira, sendo de 93,45 pontos na fase pré e 78,74 pontos na fase pós-treinamento.

Após o treinamento, a ocorrência de pontuações médias acima da nota de corte variou de 15,9% para 8% (considerando 122 pontos proposta pela versão original) e de 12,5% para 6,8%, considerando os parâmetros

da nota de corte 135,97 proposta pela versão brasileira. No I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado em parceria pela SENAD e UNIFESP(2007), 12% da população disse fazer uso nocivo ou ser dependente. Comparando os resultados obtidos no IECPA com os resultados do levantamento, observa-se que antes de serem treinados a porcentagem dos participantes do estudo que apresentou resultados sugestivos de ser ou vir a ser dependentes de álcool foi 0,5% maior que a informada pela população geral no Levantamento de 2007.

No trabalho de Peuker et al (2006) onde os participantes foram 165 universitários de cursos da área da saúde, com média de 22 anos (DP=2,5) constatou-se que 44% dos participantes eram consumidores de risco conforme os resultados do AUDIT e que 48% possuíam expectativas positivas avaliadas através do IECPA. No estudo de Amaral(2007), que também utilizou IECPA para avaliar adolescentes entre 14 e 19 anos, a pontuação média foi de 162. Nos resultados do presente estudo, os participantes com idade até 25 anos tiveram uma pontuação média de 101 pontos antes de serem treinados e de 74 pontos após o treinamento (abaixo de 122 e de 135,97 pontos, notas de corte original e brasileira). No grupo mais jovem, não se confirmou os achados existentes na literatura sobre a tendência de maior consumo de álcool entre profissionais de saúde (NOGUEIRA-MARTINS, 1988; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; ALVES et al, 2005), frequentemente associada ao estresse profissional.

Ainda que na fase pré-treinamento os sujeitos não tiveram nenhuma informação prévia sobre o curso, por se tratar de um grupo diferenciado composto por profissionais de saúde, seu conhecimento anterior pode ter interferido em suas respostas, de modo a caracterizar uma tendência da classe profissional. A coleta de dados após o treinamento, por sua vez, foi realizada após um intervalo de 4 a 6 meses, reduzindo-se a possibilidade do efeito recenticidade sobre as respostas, acreditando-se que as mesmas sejam de fato demonstrativas do conjunto de crenças e expectativas dos sujeitos naquele momento. Contudo, vale lembrar que houve correlação positiva entre o tempo transcorrido e os resultados referentes ao conhecimento e as estimativas de aplicação de AUDIT.

O levantamento realizado no Brasil (SENAD-UNIFESP, 2007) na população geral apontou a existência de variação no consumo de bebidas de acordo com a classe socio-econômica - quase 2/3 dos indivíduos de classe. A geralmente bebem até 2 doses, enquanto perto da metade dos brasileiros da classe E consome 5 ou mais doses por situação habitual. Embora os participantes deste estudo não tenham sido caracterizados quanto a classe sócio-econômica, pode-se inferir que os profissionais cuja ocupação seja de nível superior, pertençam, em sua maioria, a uma classe superior em relação aos profissionais que possuem ocupações de nível técnico e auxiliar. Desta forma, os resultados encontrados que demonstraram uma tendência a pontuações mais elevadas no IECPA para os profissionais de nível menos qualificado, confirmaram os resultados do

levantamento brasileiro onde os indivíduos de nível sócio-econômico mais baixo bebem mais.

Apesar de ser reconhecido como um grave problema de saúde pública, o uso do álcool não vem sendo investigado sistematicamente pelos profissionais de saúde, e assim, a importância atribuída à questão nem sempre se traduz na efetivação de medidas preventivas e assistenciais. As ações de saúde direcionadas para a população mais susceptível para o uso de risco e nocivo do álcool, poderão ser melhor orientadas se a interferência da atitude dos profissionais envolvidos for considerada, tanto no nível da prevenção quanto do tratamento (FONTANELLA et al, 2005; PILLON et al, 2003; DAEPPEN et al, 2007; DINIZ e RUFFINO, 1996).

A associação entre o comportamento pessoal em relação à própria saúde e as atitudes para promoção de saúde e atividades preventivas foram demonstrados por diversos autores (DINIZ e RUFFINO, 1996; BARRY et al, 2001; KÄÄRIÄINEN et al, 2001; CHO HONG-JUN et al, 2003; HUMPHRIS e E.A., 2003; GORANSSON et al, 2004; BROTONS et al, 2005; DIÁZ et al, 2005; CASTANHA e ARAÚJO, 2006; FONTANELLA et al, 2005), havendo consenso sobre a necessidade de preparar os profissionais para as intervenções, mudando suas percepções sobre o álcool, a efetividade e importância das EDIB para a prevenção dos problemas associados. Características sociais e pessoais do profissional provavelmente influenciem sua percepção quanto aos riscos à saúde e sua tendência a atuar preventivamente junto a diferentes tipos de pacientes. Assim, percepção a respeito da gravidade dos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool

parece interferir na predisposição do profissional para a prática das intervenções preventivas, assim como as crenças permissivas para o consumo etílico podem influenciar no desenvolvimento do alcoolismo e no trabalho do profissional de saúde junto aos pacientes que fazem uso de álcool.

A abordagem de pacientes que bebem depende do padrão usual dos profissionais, com uma maior tendência à abordagem de pacientes pelos profissionais que apresentam comportamentos mais saudáveis quanto ao consumo de álcool e relacionadas a uma maior distância social entre o paciente e o médico (KANER et al, 2003).

Além das crenças e expectativas pessoais a respeito do álcool outro fator que interfere na prática diz respeito à percepção enviesada que o profissional tem a respeito do paciente. O uso de álcool não vem sendo associado com o risco à integridade do paciente, tanto física quanto psicológica e social, sendo mais frequentemente investigado nas situações de dependência ou sinais evidentes de agravos à saúde em decorrência do abuso. Assim, a ação do profissional parece depender das evidências apresentadas ou não pelo paciente, não havendo um protocolo de investigação por rotina. Esse é outro bom motivo para se recomendar o treinamento dos profissionais de saúde de modo a capacitá-los a introduzir as EDIB em sua rotina, independentemente de os pacientes apresentarem sinais de dependência alcoólica, alcançando-se, desta forma, uma ação de nível preventivo junto aos pacientes que podem já estar sofrendo consequências (não evidentes) do uso abusivo do álcool.

Outra questão que se coloca é a respeito da influência do treinamento profissional na prática do atendimento em saúde. Os médicos clínicos gerais, essenciais para a prevenção, diagnóstico e condução das consequências do uso abusivo de álcool, encontram menos dificuldades para a identificação do que para o tratamento dos casos problemáticos (FARMER, 1997; JOHANSSON et al, 2002; AIRA et al, 2003). Na análise ítem a ítem dos resultados do Teste de Conhecimento, observou-se resultados que confirmam esses achados da literatura, uma vez que a aquisição de conhecimento em relação a quantidades (as quais permitem rastrear o uso de risco) foi mais efetiva que as questões que dizem respeito a conduta, onde não houve modificação expressiva após o treinamento.

Os médicos parecem mais influenciados pelo modelo curativo, onde os sintomas do paciente ou sinais visíveis de problemas com álcool são os maiores determinantes da realização da investigação ou não, além das expectativas a respeito da efetividade ou não das intervenções. Quanto aos enfermeiros, se justificam pela não abordagem dos pacientes apoiados principalmente na falta de tempo, falta de confiança na auto-eficácia e receio de interferência na relação com o paciente. (VARGAS, 2001; JOHANSSON et al, 2002; HONG-JUN et al, 2003; PILLON et al, 2003; LOCK e KANER, 2004; PILLON et al, 2005; JOHANSSON et al, 2005; PULFORD et al, 2007).

Entre os profissionais que receberam treinamento específico para a implementação de intervenções breves, existe uma tendência à mudança positiva de atitudes em relação a medidas preventivas e a persistir dentro dos programas, embora ainda haja temores em relação à possibilidade de

reações negativas dos pacientes. Em seu trabalho com mudanças de atitudes em relação a implementação das EDIB, Bendtse e Akerlind(1999) concluíram que a prática das EDIB teve efeito de reduzir temores e dificuldades relatados por enfermeiros antes de começar a realizar as IB. Contudo, mesmo após essa mudança de atitude, não foram encontradas mudanças na consideração de IB como parte de sua rotina de trabalho. Os resultados apresentados nesse estudo referentes às atitudes e expectativas após o treinamento confirmam essa tendência pela correlação entre as estimativas de realização de IB e variações nos resultados no IECPA.

Enquanto vários estudos atestam que os treinamentos tenham como efeito a elevação do nível de auto-confiança para detecção dos problemas com álcool e realização de IB (KANER et al, 2007; D'ONOFRIO et al, 2005), existem controvérsias na literatura a respeito da possibilidade da manutenção das habilidades desenvolvidas em treinamento para a aplicação das EDIB ao longo do tempo, havendo referências à necessidade de acompanhamento das equipes treinadas (WALTERS, 2005) apesar de relatos de engajamento após 6 meses (GASKIN, 2002). Os resultados deste trabalho corroboram os achados pois houveram correlações entre o tempo transcorrido entre o treinamento e o levantamento de dados pós-treinamento se correlacionou positivamente com a expectativa de aplicação das intervenções, observando-se que ao longo do tempo o nível de conhecimento ainda mostrou-se maior que antes do treinamento e as expectativas positivas sobre o álcool, menores, embora a estimativa de

aplicação de AUDIT tenha apresentado correlação inversa com o tempo transcorrido.

No Brasil, Pillon et al (2003; 2005) abordaram questões específicas da formação dos enfermeiros para abordagem dos problemas associados ao álcool. Rosa et al(1998) avaliaram a associação entre o resultado do teste CAGE, aplicado em pacientes internados num hospital geral universitário (Hospital de Clínicas de Porto Alegre), e a percepção e registro de abuso de álcool e de doenças relacionadas pelas equipes de saúde. Apesar de o abuso de bebidas alcoólicas e a presença de doenças associadas ao mesmo serem condições prevalentes nos pacientes, mais de metade dos casos não foram detectados pela equipe de saúde, havendo correspondência entre os registros de prontuário e a entrevista.

A formação tradicional dos profissionais de saúde não tem alcançado as necessidades da assistência referente a álcool e outras drogas, indicando que existem necessidades no sentido de definir competências, investimentos no desenvolvimento dos cursos e introdução de módulos curriculares específicos para álcool, tabaco e outras drogas (AIRA et al, 2003; WEINTRAUB et al,2003).

Fatores como a falta de motivação para as ações preventivas e questões estruturais dos serviços públicos de saúde (RONZANI et ali, 2005) aparecem como dificuldades a serem superadas na implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e IB na atenção primária à saúde. Além disso, opiniões sobre efetividade das EDIB baseam-se em crenças tradicionais, que inibem a introdução de novas práticas.

A mudança de atitudes não garante que os profissionais se engajem espontaneamente no trabalho preventivo dos problemas associados ao abuso de álcool, havendo a necessidade de modelos preventivos que sejam aceitos pelo staff como parte de sua rotina diária (BABOR, 2008). Diante dessa realidade, o problema que se coloca, uma vez que as IB são eficazes, é de como persuadir os profissionais a utilizarem as estratégias, onde se sugere que sejam realizados treinamentos (FARMER, 1997; OCKENE et al, 1997; KANER et al, 1999; WEINTRAUB et al, 2003; FUCITO et al, 2003; KANER et al, 2003) e pesquisadas novas estratégias para disseminar achados científicos, mudança na prática profissional e reformas estruturais sustentáveis (ROCHE et al, 2001; BABOR, 2008).

Este campo de pesquisa encontra-se em fase inicial, não havendo um delineamento típico, verificando-se a existência de diversidade significativa quanto à conceituação de atitude, objetivos, metodologia e instrumentos utilizados. Em sua maioria, os trabalhos realizados até então foram realizados em amostras restritas a categorias profissionais de nível superior, em sua maioria médicos e enfermeiros, além de utilizar formas de coleta de dados não padronizadas, o que dificulta o estabelecimento de referenciais de comparação para o presente trabalho.

Na área de enfermagem, por exemplo, a maioria das pesquisas utiliza a entrevista, questionário, formulário, medidas fisiológicas e observações como estratégias e estas não citam, em sua maioria, a utilização do procedimento para evidenciar a validade e a confiabilidade das mesmas (CASSIANI, 1987). O trabalho de Cho Hong-Jun et al (2003) utilizou

escala de atitudes ao avaliar profissionais de saúde em relação a álcool e IB; Aalto et al(2001) e Aira et al (2003) trabalharam com construção de seus instrumentos a partir de entrevistas com os sujeitos envolvidos, o que permitiu uma maior aproximação com o modelo de Likert, contudo não houveram procedimentos de validação. Um único trabalho (PILLON et al,2005) utilizou uma escala de atitudes utilizada por outros autores anteriormente à realização do estudo(“Beliefs and Attitudes of Nurses in relation to Alcoholism”, utilizada em Connecticut, Estados Unidos), sendo que a mesma foi previamente traduzida e validada junto a amostra significativa de enfermeiros, apresentando concordância após tradução de 0,90. Apesar dos procedimentos metodológicos adequados, o contexto de realização muito específico dificultaria a utilização da mesma escala em outros trabalhos. Para avaliar a implementação das EDIB como rotina na atenção primária, estudando um grupo de enfermeiros de 18 serviços de saúde em Vembe, África do Sul, Peltzer et al(2008) utilizou um questionário elaborado a partir de revisão da literatura, aplicado 6 meses após a implementação. O sucesso da implementação foi baseado na percepção de benefícios, crenças, valores, necessidades frequentes, prioridades, complexidade da inovação e feedback do desenvolvimento das EDIB.

Para que os resultados da pesquisa tenham credibilidade científica ou utilidade prática, a demonstração da validade e fidedignidade da estratégia de coleta de dados utilizada é importante. Assim, um instrumento precisa demonstrar validade e fidedignidade para ser usado para medir uma variável de interesse específico. A validade e a fidedignidade são medidas

que refletem a qualidade do instrumento; se o instrumento não apresentar essas qualidades os resultados da pesquisa têm credibilidade limitada ou não terão utilidade prática. Fidedignidade refere-se ao grau de consistência e precisão (exatidão, minúcia) com que o instrumento mede a variável de interesse (WILK et al, 1987); a validade de um teste refere-se ao que ele mede e até que ponto o faz (ANASTASI, 1977). Cabe ressaltar que os instrumentos psicométricos estão sujeitos a revisões, uma vez que as teorias derivadas dos instrumentos carregam vieses dos mesmos, o que produz uma discussão dialética entre instrumentos e teorias.

Quanto ao IECPA, os resultados alcançados através da análise psicométrica que mostraram um alto coeficiente de fidedignidade (precisão) e de comprovação da validade, nos autorizam a dizer que o instrumento elaborado pode ser considerado bom e, portanto, permite a sua utilização para avaliar crenças e expectativas positivas a respeito do álcool.

Até o momento, publicações de resultados de pesquisas brasileiras onde o IECPA foi utilizado tiveram como sujeitos pacientes alcoolistas e estudantes universitários (PEUKER et al, 2006). Cunha et al publicaram em 2007 os resultados de um estudo exploratório a respeito de Habilidades sociais em alcoolistas, e no mesmo ano, Scali e Ronzani (2007) avaliaram as crenças sobre o álcool em alcoolistas e avaliaram o desempenho do IECPA na identificação de alcoolistas. Os resultados confirmaram a presença de crenças e expectativas de facilitação nas interações sociais através do uso do álcool, e, maior consumo de álcool quanto maior a expectativa e quanto mais positivas as crenças sobre o álcool. Além disso,

foi confirmada a utilidade do IECPA como instrumento para rastreamento, classificação e triagem de alcoolistas, apresentando bom desempenho em termos de especificidade, porém com alto índice de falsos negativos. Os resultados deste estudo confirmam as relações estabelecidas nos estudos anteriores, uma vez que as pontuações se comportaram no sentido de redução da pontuação do IECPA associada a maiores informações sobre os efeitos negativos e consequências do uso abusivo de álcool.

Após o treinamento, houve redução do número de participantes que pontuaram acima da nota de corte. Na fase pré-treinamento, os sujeitos não receberam nenhuma informação antes de responderem ao instrumento de pesquisa, acreditando-se que suas respostas tenham sido baseadas em seus conhecimentos e atitudes prévios, influenciados por sua formação anterior, sua experiência pessoal e profissional, além das informações advindas de diversas fontes -acadêmicas ou não. Os profissionais treinados continuaram expostos a todas as outras fontes de informações e experiências a respeito do álcool e seus efeitos, observando-se a redução da pontuação relativa às expectativas positivas para os efeitos do álcool após sua participação no treinamento. Considerando-se que a exposição às diferentes fontes de informação e contexto de trabalho continuaram existindo, a modificação da expectativa dos profissionais quanto aos efeitos do uso de bebidas alcoólicas poderia ter sido influenciada pela experiência de ter sido treinado e sensibilizado para os problemas associados ao uso abusivo de álcool, que certamente interferiu no processamento de todas as experiências posteriores associadas com o álcool e suas consequências, de

forma dinâmica e contínua, uma vez que o processo de aprendizagem é contínuo, conforme as concepções cognitivistas.

De modo geral, a qualificação dos profissionais de saúde parece insuficiente para atuar na prevenção primária ao uso abusivo de drogas, dispondo apenas de conhecimentos básicos sobre os danos causados, apontando para a necessidade de um maior número de cursos de qualificação acerca da temática, possibilitando um melhor exercício de seu papel de orientação e educação em saúde, na prevenção primária ao uso indevido de drogas e multiplicação de informações, conforme preconizado pelo MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Considerando a natureza exploratória do estudo realizado, não há pretensão de se generalizar os resultados à população de profissionais de saúde atuantes em atenção primária. A composição da amostra, a heterogeneidade do grupo de profissionais que participaram da pesquisa, sua distribuição quanto às características sócio-demográficas, como a predominância de mulheres em relação a homens, assim como a predominância de ACS, limitam a possibilidade de generalização de resultados. A comparação entre as características sócio-demográficas do total de profissionais treinados com as características da amostra selecionada para este estudo, que revelaram distribuições semelhantes, poderão ser melhor avaliadas posteriormente a fim de se verificar a representatividade do grupo amostral.

Os pacientes não foram avaliados quanto a dependência de álcool e outras substâncias psicoativas. Reconhecidamente, essas situações acarretam atitudes diferenciadas em relação ao tema proposto, o que certamente interferiria nos resultados.

Sugere-se outros estudos cuja distribuição de participantes na amostra seja mais equilibrada, ou, o tamanho amostral maior, inclusive com utilização de grupo controle onde haja acompanhamento após o treinamento. Quanto aos instrumentos de levantamento de dados, a validação dos mesmos para utilização entre profissionais de saúde poderia ser realizada, uma vez que o grupo possui características peculiares como o acesso diferenciado à informações por atuarem na área da saúde.

Apesar das limitações acima descritas, o estudo apresenta uma contribuição ao descrever a redução das crenças e expectativas positivas em relação aos efeitos do consumo de álcool associada à modificação das crenças pessoais a partir da realização de um treinamento em EDIB. Dessa forma, os resultados sugerem que o treinamento possa mudar as atitudes dos profissionais em relação ao álcool, aumentando a possibilidade da prática das EDIB em sua rotina de trabalho, o que pode ter uma repercussão positiva a nível preventivo dos problemas relacionados com o álcool..

A introdução de novas atividades de rastreamento e prevenção na atenção primária representa significativas mudanças organizacionais, atitudinais e de comportamento (PELTZER et al, 2008). Parece que a atenção aos problemas relacionados com o álcool e a possibilidade de prevenção não vem sendo contemplada satisfatoriamente tanto nas escolas técnicas quanto

na educação profissional continuada. As atitudes dos profissionais são marcadas pelo moralismo em relação aos alcoolistas crônicos, confusão sobre a origem médica ou psicológica do problema de beber, falta de motivação para desenvolver modelos, falta de materiais para treinamento, ambiguidade a respeito da responsabilidade pela tarefa de rastrear e realizar intervenções, falta de entendimento de que EDIB pode reduzir o consumo de álcool e riscos associados (PELTZER et al, 2008; BARRY et al, 2004).

Desde o final dos anos 90, vários pesquisadores voltaram seus estudos para a pesquisa a respeito da eficácia das IB, havendo um consenso sobre isso, a partir das evidências apresentadas. Atualmente, o desafio neste campo parece ser o de levar esse saber científico para a realidade dos serviços de saúde, e, sobretudo, persuadir os profissionais de atenção primária a utilizarem as estratégias de rastreamento de problemas relacionados ao consumo do álcool junto aos chamados bebedores de risco, ou seja, estender sua ação para aqueles que não são dependentes. Para isso, é preciso conhecer mais sobre as atitudes culturais, como as pessoas pensam a respeito do álcool e de sua possibilidade de agir preventivamente a respeito.

Os resultados do presente estudo confirmam as recomendações da comunidade científica no sentido de se utilizar programas específicos para o treinamento de profissionais da atenção primária para a implementação das EDIB. O delineamento utilizado permite que os resultados obtidos possam ser relacionados ao efeito ao treinamento oferecido pelo PAIPAD sobre as crenças e expectativas a respeito dos efeitos do álcool .

6. CONCLUSÕES

A pontuação média dos participantes no teste de conhecimento em EDIBs mostrou-se significativamente maior após o treinamento, enquanto as crenças e expectativas positivas a respeito do consumo de álcool reduziram após a intervenção.

As expectativas quanto à aplicação de AUDITS e EDIBs pareceram se correlacionar positivamente com a aquisição de conhecimento.

As maiores variações no IECPA ocorreram entre os participantes mais jovens e os de nível profissional superior.

Os participantes referiram tendência a atitudes mais positivas quanto a realização do rastreamento do uso de álcool e aconselhamento sobre mudanças de hábito de consumo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AALTO, M.; SILLANAUKKEE, P. Brief Intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a three-year randomized controlled study. *Alcohol & Alcoholism*, v. 36, n. 3, p. 224-230, 2001.

ABBAD, G.; GAMA, L.G.; BORGES-ANDRADE, J.E. Treinamento: Análise do Relacionamento da Avaliação nos Níveis de Reação, Aprendizagem e Impacto no Trabalho. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 4, n. 3, p. 25-45, 2000.

AIRA, M.; KAUNEN, J.; LARIVAARA, P.; RAUTIO, P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Family Practice*, n. 20, p. 270-275, 2003.

AMARAL, T.R. *Percepções e comportamentos de adolescentes frente ao uso de álcool*. Dissertação de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem. Lajeado. RS. 2007.

ALVES, H.N.P. ; SURJAN J.C.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A., MARQUES, A. C.P.R.; RAMOS S.P.; LARANJEIRA R.R. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 51, n.3, p. 139-143, 2005.

ANASTASI, A. *Testes Psicológicos*. 2a ed. São Paulo, EPU, 1977.

ARAÚJO, L.B.; GOMES, W.B. Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 11, n. 1, p. 05-33, 1998.

ASSEFI, S.L.; GARRY, M. Absolut memory distortions: alcohol placebos influence the misinformation effect. *Psychological Science*, v. 14, n. 1, pp. 77-80(4), January 2003.

AUGUST, G.J., WINTERS, K.C.; REALMUTO, G.M.; TARTER, R.; PERRY, C.; HEKTNER, J.M. Moving evidence-based drug abuse prevention programs from basic science to practice: "bridging the efficacy-effectiveness interface". *Substance Use & Misuse*, v. 10-12, n. 39, p. 2017-2053, 2004.

BABOR, T.F.; LONGABAUGH R.; ZWEBEN, R.K.; FULLER, R.L. Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *Journal of studies on alcohol*, Supplement. v.12, p. 101-111, 1994.

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. *Brief Interventions for Hazardous and harmful drinking: a manual for use in primare care*. Geneva: World Health Organization; 2001.

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. *AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool: roteiro para uso em atenção primária*. Tradução de Clarissa Mendonça Corradi. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C.; HIGGINS P.S.; GASSMAN R.A.; GOULD B.E. Training medical providers to conduct alcohol screening and brief interventions. *Substance Abuse*. n. 25, v. 1, p. 17-26, 2004.

BABOR, T.F.; CAETANO, R. The trouble with alcohol abuse: what are we trying to measure, diagnose, count and prevent? *Addiction*, 103(7): 1057-9, jul 2008.

BALLESTER, D.A.P. *Evaluation of a mental health training program for physicians in primary health care*. São Paulo; Tese de Doutorado apresentada a Universidade Federal de São Paulo. 2004.

BARRY, J.; WILL, C.T.; FROMME, K. Conceptualizing addiction: a review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction*. n. 96, p. 57-72, 2001.

BARRY, K.L.; BLOW, F.C.; WILLENBRING, M.L.; MCCORMICK, R.; BROCKMANN, L.M.; VISNIC, S. Use of alcohol screening and brief interventions in primary care settings: implementation and barriers. *Substance Abuse*. n. 25, p. 27-36, 2004.

BECK, A.T.; WRIGHT, F.D.; NEWMAN, C.F.; LIESE, B.S. *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1999.

BENDTSEN, P.; AKERLIND, I. Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol Alcohol*. 34:795-800; 1999.

BIEN, T.; MILLER, W.R.; TONIGAN, J.S. Brief Interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*. n. 88, p. 315-336, 1993.

BROTONS, C.; BJÖRKEKELUND, C.; BULC, M.; CIURANA, R.; GODYCKI-CWIRKO, M.; JURGOVA, E.; KLOPPE, P.; LIONIS, C.; MIERZECKI, A.; PIÑEIRO, R.; PULLERITS, L.; SAMMUT, M.R.; SHEEHAN, M.; TATARADZE, R.; THIREOS, E.A.; VUCHAK J.. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in europe. *Preventive Medicine*. n. 40, p.595–601, 2005.

BROWN, S.A.; GOLDMAN, M.S. Inn, A.; Anderson, LR. . Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drink patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , v.48, p.419-426, 1980.

BROWN, S.A. Drug effect expectancies and addictive behavior change. *Experimental and Clinical Psychopharmacol*. n. 1, p. 55-67, 1993.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, A.S. / *Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2001*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

CASTANHA, A.R.; ARAÚJO, L.F. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. *Psico-Universidade São Francisco*, v. 11, n. 1, p.85- 94, 2006.

CASSIANI, S.H.B. *A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem: estratégias, validades e confiabilidade*. Tese de Mestrado .. Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto Universidade de Sao Paulo .1987.

CHENG, E.W.K., ; HO, D.C.K. A review of transfer of training studies in the past decade. *Personnel Review*, n. 30, v. 1, p.102-118; 2001..

CHO HONG-JUN; SUNWOO, S. ; SONG, Y. Attitudes and reported practices of korean primary care physicians for health promotion. *Journal Korean Medical Science*, n. 18, p. 783-90, 2003.

COLE-HARDING, S.; MICHELS, V.J. Does expectancy affect alcohol absorption? *Addictive Behaviors*, v. 32, p. 194–198, 2007

CUNHA, S.M.; CARVALHO, J.C.N.; KOLLING, N.M.; SILVA, C.R.; KRISTENSEN, C. H. Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. *Revista Brasileira De Terapias Cognitivas*, v. 3, n. 1, p. 28-41, 2007.

DAEPPEN, J.; JACQUES, G.; BADI, P.; YERSIN, B.; CALMES, J.; GIVEL, J. Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: a randomized controlled clinical trial. *Addiction*, n. 102, p. 1224–1233, 2007.

DARKES, J.; GOLDMAN, M.S. Expectancy challenge and drinking reduction: Experimental evidence for a mediational process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 61, p. 344-353, 1993.

DE MICHELI, D.; FISBERG, M.; FORMIGONI, M.L.O.S. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.50, n. 3, p. 305-313, 2004.

DÍAZ, E.S.; LUIS, M.A.V.; RASSOL, G.H.; PILLON, S.C. Análisis prospectivo de la enseñanza de prevención de consumo de alcohol y salud reproductiva en facultades/escuelas de educación de lima-perú. 2003-2004. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, p.854-862, Oct, 2005.

DIMEFF, L.A. *Alcoolismo entre estudantes universitários: uma abordagem da redução de danos-BASICS*. Editora UNESP, 2002.

DINIZ, S.A; RUFFINO, M.C. Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolista / influence of nurse's belief on the communication with the alcoholic. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* vol. 4, p. 17-23, 1996.

D'ONOFRIO, G.; PANTALON, M.V.; DEGUTIS, L.C.; FIELLIN, D.A.; O'CONNOR, P.G. Development and implementation of an emergency practitioner-performed brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, v. 3, n. 12, p. 249-56, Mar, 2005.

ERICKSON, C.K.; WILCOX, R.E.; LITTLEFIELD, J.H.; HENDRICKSON, W.D. Education of non scientists about new alcohol research: results of two types of presentations plus 6-month follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v. 9, n. 22, p. 1890-1897, Dec, 1998.

FARMER, R. Substance misuse: aspects of treatment and service provision *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 3, p. 174-181, 1997.

FERNANDES, P.T.; NORONHA, A.L.A.; SANDER, J. W.; BELL, G.L.S. ; LI, M. LI. Training the trainers and disseminating information A strategy to educate health professionals on epilepsy. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, n. 65, supl. 1, p. 14-22, 2007.

FUCITO, L.; GOMES, B.; MURNION, B.; HABER, P. General practitioners' diagnostic skills and referral practices in managing patients with drug and alcohol-related health problems: implications for medical training and education programmes. *Drug and Alcohol Reiew.*, v. 4, n. 22, p. 417-24, Dec, 2003.

FURTADO, E.F. *Implementação de estratégias de diagnóstico e intervenções breves para problemas relacionados ao álcool em serviços de atenção primária na região de Ribeirão Preto*. Relatório Técnico PAI-PAD/OMS-Brazil-rp-01/2003. Ribeirão Preto: PAI-PAD/FMRP-USP, 2003

FURTADO, E.F. *Project PAI-PAD/OMS: Report 01/2004*. (Relatório Técnico PAI-PAD/OMS-Report-01/2004). Ribeirão Preto: PAI-PAD/FMRP-USP, 2004

FONTANELLA, B.J.B.; TURATO, E.R.. Redução espontânea de danos: barreira para a procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas? *Revista Brasileira de Psiquiatria.*, v.4, n. 27, p.272-277, 2005.

GASKIN DE URDANETA, A.; SEALE, J.P.; FLEMING, M.; MURRAY, M. Primary care and alcohol use disorders: evaluation of a faculty-development program in Venezuela. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v.2, n. 12, p. 79-85, Aug., 2002.

GOLDMAN, M. S.; BROWN, S.,; CHRISTIANSEN, B.; SMITH, G. Alcoholism and memory: Broadening the scope of alcohol-expectancy research. *Psychological Bulletin*, n.110, p.137-146, 1991.

GORANSSON, M.; FAXELID, E.; HEILIG, M. Beliefs and reality: detection and prevention of high alcohol consumption in swedish antenatal clinics. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, n. 83, p. 796-800, 2004.

HAMBLIN, A.C. *Avaliação e Controle de Treinamento*. Tradução: Gert Meyer. Editora: McGraw-Hill do Brasil, SP .1978: 286p.

HIGGINS-BIDDLE, J.C.; BABOR, T.F. ; MULLAHY, J. ; DANIELS, J. ; MCREE, B. Alcohol screening and brief intervention: where research meets practice. *Connecticut Medicine*, v. 61, n. 9, p.565-575, 1997.

HUMPHRIS, G.M.; FIELD, E.A. The immediate effect on knowledge, attitudes and intentions in primary care attenders of a patient information leaflet: a randomized control trial replication and extension. *British Dental Journal*, v. 194, n. 12, 2003.

HOLDER, H. ; BOYD, G.; HOWARD, J.; FLAY, B.; VOAS, R.; GROSSMAN, M. *Journal of Public Health Policy*, v.16, n.3, p324-346, 1995.

HONG-JUN, C.; SUNWOO, S.; SONG, Y. Attitudes and reported practices of korean primary care physicians for health promotion. *Journal Korean Medical Science*, n. 18, p. 783-790, 2003.

JOHANSSON, K.; BENDTSEN, P.; AKERLIND, I.. Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in swedish primary health care. *Alcohol & Alcoholism*. v. 37, n. 1, p. 38-42, 2002.

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

KÄÄRIÄINEN, J.; SILLANAUKEE, P.; POUTANEN, P. ;SEPPÄ, K. Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol and alcoholism*, v. 36, n.2, p. 141-146, 2001.

KAHAN, M., WILSON, L. ;BECKER, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. *Canadian Medical Association Journal*, v. 6, n. 152, p. 851-859, 1995.

KANER, E.F.S.; LOCK,C. A.; MCAVOY, B. R.; HEATHER, N. ; GILVARRY, E. A rct of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *British Journal of General Practice* , v. 446, n. 49, p. 699–703, 1999.

KANER, E.F.S.; LOCK, C.A. ; HEATHER, N.; MCNAMEE, P.; BOND, S. Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, v. 3, n. 51, p. 277-284, 2003

KANER, E.F.S.; BEYER, F.; DICKINSON, H.O.; PIENNRI, E.; CAMPBELL, F.; SCHLESINGER, C.; HEATHER, N.; SAUNDERS, J.; BURNAND, B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of systematic Reviews*. 2007.

KNAPP, P.; Luz, E.; BALDISSEROTTO, G. *Terapia cognitiva no tratamento da dependência química*. In B. Rangè (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.332-350). Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

LEIGH, B.C. In search of the seven dwarves: issues of measurement and meaning in alcohol expectancy research. *Psychological Bulletin*, n. 105, p. 361-373, 1989.

LEIGH, B.C. ; STACY, A.W. Alcohol expectancies and drinking in different age groups. *Addiction*, n. 99, p. 215-227, 2004.

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

LOCK, C.A.; KANER, E.F.S. Implementation of brief alcohol interventions by nurses in primary care: do non-clinical factors influence practice? *Family Practice*. n. 21, p. 270–275, 2004.

MAC LEOD, J.B.; HUNGERFORD, D.W.; DUNN, C.; HARTZLER, B. Evaluation of training of surgery interns to perform brief alcohol interventions for trauma patients. *Journal of the American College of Surgeons*. v. 5, n. 207, p.639-45, nov, 2008.

MARLATT, A.; GORDON, J. *Prevenção da recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Medicas; 1993

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

MENDES, D.L.; VAZ, C. E. Tolerância à frustração e o alcoolismo feminino / Frustration forbearance and female alcoholism *Aletheia*, v.16, p.33-45, jul.-dez. 2002.

MILLER, W.R.; SORENSEN, J.L.; SELZER, J.A.; BRIGHAM, G.S. Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Sep, v. 33(2), p. 219-20, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde, CN-DST/AIDS; Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. *Programa Nacional de Saúde da Família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. Avaliação de tecnologias em saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. *Rev Saúde Pública*. v. 4, n. 40, p. 743-7, 2006.

MINTO, E.C.; CORRADI-WEBSTER, C.M.; GORAYEB, R.; FURTADO, E.F.. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiologia e Seriços de Saúde*. v.16, n.3, p.207-220, Set, 2007.

MOYER, A., FINNEY, J., SWEARINGEN, C.: VERGUN, P. Brief Interventions for alcohol problems: A meta analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction*. v. 3, n. 97, p. 279-292, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS LA; Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. *Rev Assoc Med Bras*. v. 1, n. 44, p. 28-34, 1998.

_____ A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: *Casa do Psicólogo*, 2003.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde* *Revista de Saúde Pública*, vol.34, n.5, 2000.

OCKENE, J. K.; WHEELER, E. V.; ADAMS, A.; HURLEY, T. G.; HEBERT, J. Provider training for patient centered alcohol counseling in a primary care setting. *Archives of Internal Medicine*, n. 157, p. 2334-2341, 1997.

OEI, TP; MORAWSKA, A. A cognitive model of binge drinking: the influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behavior*, n. 29, p. 159-79, 2004.

PAYNE, J.; ELLIOTT, E.; D'ANTOINE, H.; O'LEARY, C.; MAHONY, A.; HAAN, E.; BOWER, C. Health professionals' knowledge, practice and opinions about fetal alcohol syndrome and alcohol consumption in pregnancy. *Australian and New Zeland Journal of Public Health*. v. 6, n. 29, p. 558-564, 2007.

PEDROSO, R.S.; OLIVEIRA, M.S.; ARAÚJO, R.B.; CASTRO, M.G.; MELO, W.V. Expectativas de resultados frente ao uso de álcool, maconha e tabaco. *Revista de Psiquiatria RS* 2006; 28(2): 198-206.

PELTZER, K.; MATSEKE, G.; AZWIHANGWISI, M.; BABOR, T. F. Evaluation of Alcohol Screening and Brief Intervention in Routine Practice of Primary Care Nurses in Vhembe District, South Africa *Croatian Medical Journal*, v.3, n. 49, p. 392-401, Jun, 2008.

PEUKER, A.C.; FOGAÇA, J.; BIZARRO, L. Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 193-200, 2006.

PILLON,S.C.; VILLAR LUIS, M.A.; LARANJEIRA, R.R. . Review Nurses' training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity . *Revista do Hospital das Clínicas*, v. 2, n. 58, p. 119-124, 2003

PILLON,S.C.; LARANJEIRA, R.R. Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a brazilian sample. *Sao Paulo Medical Journal*. v. 4, n. 123, p.175-80, 2005.

PINTO GOUVEIA, J.; RAMALHEIRA, C.; ROBALO, M. T.; BORGES, J. C. ; ROCHA-ALMEIDA, J. *Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool (IECPA)* . São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

PULFORD, J.; ADAMS, P.J.; SHERIDAN, J.L. Therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout revisited. *Community Mental Health Journal*. n. 10, p. 1-10, 2007.

ROCHE, A.; WATT, K.; MCCLURE, R.; PURDIE, D.; GREEN, D. Injury and alcohol: a hospital emergency department study. *Drug Alcohol Rev*. n. 20, p. 155-66, 2001.

ROMANO, JL Prevention training of paraprofessionals in the schools: an examination of relevancy and effectiveness. *Journal of Drug Education*, v. 4, n. 29, p. 373-86, 1999.

RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S.; AMARAL, M. B.; FORMIGONI, M.L.O.S. Implantação de Rotinas de Rastreamento do Uso de Risco de Álcool e de uma Intervenção Breve na Atenção Primária à Saúde: Dificuldades a serem superadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 21, p. 852-861, mai/jun, 2005.

ROSA, A.A.; GONÇALVES, S.C.; STEFANI S.D.; MARTINS D.D. Percepção e registro de abuso de álcool e de doenças relacionadas num hospital geral universitário. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 44, n. 4, p.335-339, Dez, 1998.

SAUNDERS, J.B.; AASLAND, O.G.; BABOR, T.F.; JR FUENTE, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--I. *Addiction*, v. 88, n.3, p. 349-362, 1993.

SCALI, D.F.; RONZANI, T.M.. Estudo das expectativas e crenças pessoais acerca do uso de álcool. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, v. 3, artigo 03, 2007

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas e UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Agosto, 2007

SHERIDAN, J.; WHEELER, A.; JU-HSING, C. L.; CHEN-YUN, H.A.; NGA-YEE, L.I, YOW-CHYI, T.K. Screening and brief interventions for alcohol: attitudes, knowledge and experience of community pharmacists in Auckland, New Zealand. *Drug and Alcohol Review*, v. 4, n. 27, p. 380-387, Jul, 2008.

STATHES, H.; FLEMING M.; OLSEN, D.E. Virtual standardized patients for training health professionals on alcohol screening and brief intervention. *Studies in health technology and informatics*, n. 132, p. 487-489, 2008.

TOMSEN, S. Top night: social protest, masculinity and the culture of drinking violence. *British Journal of Criminology, Delinquency and Deviant Social Behaviour*, v.37, p.90-102, 1997.

VANDER, B.J.; HALL, M.N.; SHAFFER, H.J.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. Assessing substance abuse treatment provider training needs: screening skills. *Journal of Subsancet Abuse Treatment*, v. 2, n. 14, p. 163-71, Mar-Apr, 1997.

VARGAS, D. *Attitudes of general hospital nurses toward alcoholic patients*. Ribeirão Preto; 2001. 114p Tese de Mestrado. EERP-USP

WALKER, A.E.; GRIMSHAW, J.; JOHNSTON, M.; PITTS, N.; STEEN, N.; ECCLES, M. PRIME – PRocess modelling in ImpleMEntation research: selecting a theoretical basis for interventions to change clinical practice. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/22>

WALTERS, S.T.; MATSON, S.A.; BAER, J.S.; ZIEDONIS, D.M. Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 4, n. 29, p. 283-93, Dec, 2005.

WEINTRAUB, T.A.; SALTZ, R.; SAMET, J. Education of preventive medicine residents alcohol, tobacco, and other drug abuse. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 1, n.24, 2003.

WERLANG, B.G.; OLIVEIRA, M.S. *Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool (IECPA) - Versão Brasileira*: São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

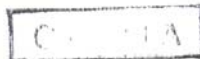
WILLIAMS, V.; LEVAVB I.; KOHNC, R.C.; MIRANDAD T; MELLOE A.A.F.; MELLOE M.F.; RAMOSA C. P. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression. *Revista de Saúde Pública*. v. 4, n. 38, p. 522-528, 2004.

WILK, A.; JENSEN, N.; HAVIGHURST, T. Meta analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*. n. 12, p. 274-283, 1997.

8. APÊNDICE

APÊNDICE A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

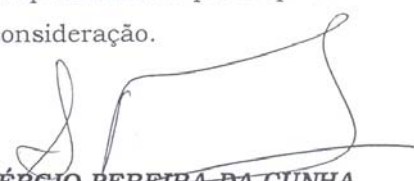
Ribeirão Preto, 04 de julho de 2003

Ofício nº 1910/2003
CEP/SPC

Senhor Professor:

O trabalho intitulado **“PAI-PAD/OMS - IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO BREVES PARA PROBLEMAS RELACIONADOS AO ALCOOL EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO/SP-BRASIL”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 157ª Reunião Ordinária realizada em 30/06/2003, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 3755/2003.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.



PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Em mãos

9. ANEXOS

ANEXO A - Questionário de Pesquisa (pré-treinamento)**CADERNO DE QUESTÕES PRÉ-TREINAMENTO**

- ◆ Estes questionários devem ser preenchidos pelos profissionais de saúde que irão participar do *Treinamento em Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para Problemas relacionados ao Álcool*.
- ◆ Solicitamos aos mesmos que respondam com atenção seguindo as instruções contidas em cada formulário.
- ◆ Agradecemos antecipadamente a colaboração.

Equipe do PAI-PAD

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**NOME DA PESQUISA:**

“PAI-PAD/OMS – Implementação de Estratégias de Diagnóstico e Intervenção Breves (EDIBs) para Problemas Relacionados ao Álcool em Atenção Primária à Saúde na Região de Ribeirão Preto, SP –Brasil”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

PROF. DR. ERIKSON F. FURTADO – CRM-SP 82 645

Professor-Doutor de Psiquiatria e Psicologia Médica do Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

1) JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA

Muitas pessoas que estão em tratamento médico hoje, já fizeram ou fazem uso de bebidas alcóolicas (por exemplo: cervejas, chope, vinho, pinga, conhaque, uísque, etc...). Algumas destas pessoas já tiveram no passado algum problema com o uso de bebidas alcoólicas, e outras correm o risco de ter problemas no futuro devido ao seu modo de beber atual. Muitas vezes o uso de bebidas acontece entre membros da família. Isto pode contribuir para dificuldades na vida do próprio paciente e de sua família.

É muito difícil falar sobre essas coisas. É muito difícil para o médico perguntar sobre essas coisas. O nosso objetivo é avaliar quantas pessoas estão fazendo uso de bebidas alcoólicas e quantas estão em risco de desenvolver complicações devidas ao uso do álcool. Também queremos avaliar junto aos profissionais de saúde que trabalham nas equipes do Programa de Saúde da Família os resultados de um treinamento que visa prepará-los para a realizar um diagnóstico precoce e para a utilização de formas de atendimento rápidas que possibilitem o auxílio às pessoas que desejam diminuir seu risco de problemas relacionados ao uso de álcool.

2) PROCEDIMENTOS A SEREM UTILIZADOS

Você está sendo solicitado a participar desta pesquisa e voluntariamente responder a algumas perguntas, que lhe serão colocadas por um de nossos entrevistadores. As suas informações e respostas serão anotadas em fichas e formulários, que serão mantidos sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador-responsável. O seu nome será mantido em sigilo. As pessoas não serão identificadas, e as informações serão consideradas como confidenciais. Se for identificado algum problema de saúde, você será comunicado e orientado.

3) DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS

Não há nenhum desconforto ou risco para você em participar. A única coisa que lhe pedimos é o tempo que você terá que gastar para responder às perguntas (cerca de 30 minutos).

4) BENEFÍCIOS

As informações que você nos der serão muito úteis para podermos melhorar o planejamento dos serviços de saúde e para o treinamento de profissionais de saúde. Também poderemos conhecer melhor a relação entre uso de álcool e problemas médicos.

Com sua participação você estará contribuindo para a melhoria da saúde e da assistência de saúde, em nossa comunidade e em nosso país.

Prof. Dr. Erikson F. Furtado, Pesquisador-Responsável

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa a que será submetido;
2. A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de seu atendimento e tratamento habitual neste serviço;
3. A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;
4. O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;
5. A disponibilidade de tratamento médico e indenização a que legalmente tem direito, por parte da instituição de saúde, em caso de danos justificados, causados diretamente pela pesquisa;
6. Se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

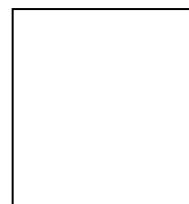
Termo de Consentimento:

Eu, Sr (a). _____ **RG:**
_____, **abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos acima relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.**

Ribeirão Preto, Data: _____ / _____ / _____ .

a) _____

Assinatura do sujeito da pesquisa (Assinatura digital, com o polegar direito, quando não puder escrever)



b) _____

Assinatura do responsável, tutor legal, ou parente responsável (quando menor, ou quando sujeito a tutela ou quando incapaz de compreender)



(Assinatura digital, com o polegar direito, quando não puder escrever)

Ficha de Identificação

Data: ____/____/____

Nome (completo e legível): _____

Idade: _____

Sexo: Masculino Feminino

Escolaridade:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo |
| <input type="checkbox"/> Superior Incompleto | <input type="checkbox"/> Superior Completo |

Outros: _____

Formação profissional (caso tenha concluído o ensino superior ou curso técnico): _____

Instituição na qual trabalha: _____

Cidade onde trabalha: _____

Situação ocupacional na Instituição:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde | <input type="checkbox"/> Assistente social |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem | <input type="checkbox"/> Dentista |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Médico |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo | |

Outros: _____

Tempo de serviço na área de saúde: _____

PRÉ-TESTE DO TREINAMENTO

Teste de Conhecimento sobre álcool e Intervenções Breves

Múltipla Escolha (marque uma resposta apenas)

1. De acordo com normas internacionais aceita-se como beber moderado:
 - a) Mulheres não grávidas - não mais do que uma dose por dia
 - b) Mulheres não grávidas - não mais do que duas doses por dia
 - c) Homens - não mais do que três doses por dia
 - d) Acima de 65 anos - não mais do que duas doses por dia
 - e) Nenhuma das anteriores

2. Sob quais circunstâncias os pacientes deveriam ser aconselhados a se abster de álcool?
 - a) Todos os pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool
 - b) Pacientes com história familiar de dependência de álcool ou alcoolismo
 - c) Todos os pacientes acima de 65 anos
 - d) Pacientes que sejam dependentes de álcool
 - e) Pacientes que bebem para relaxar

3. Uma garrafa pequena ou lata (350 ml) de cerveja tem aproximadamente a mesma quantidade de álcool que:
 - a) 59 ml de vinho
 - b) 44 ml de whisky
 - c) 350 ml de vinho
 - d) 15 ml de whisky
 - e) b e c

4. Qual porcentagem da população é considerada "bebedor de risco"?
 - a) 5%
 - b) 10%
 - c) 20%
 - d) 30%

Verdadeiro ou Falso

5. As pesquisas tem mostrado que discutir o padrão de uso de álcool com os profissionais da atenção primária pode ser efetivo para ajudar muitos pacientes a reduzir seu consumo.

Verdadeiro Falso

6. Questionários de auto-preenchimento podem ser usados para identificar problemas leves, moderados e graves relacionados ao uso de álcool em pacientes.

Verdadeiro Falso

7. Um estilo de confrontação é recomendado quando se aconselha pacientes sobre seu comportamento de beber.

Verdadeiro Falso

Respostas curtas (Preencha os vazios)

8. Defina beber moderadamente de acordo com os limites superiores do número de doses por dia para homens e para mulheres.

a. Homens _____ dose(s) por dia

b. Mulheres _____ dose(s) por dia

Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais sobre o Álcool -IECPA

LEIA COM ATENÇÃO ESTAS INSTRUÇÕES:

Este questionário visa conhecer o que as pessoas pensam sobre os efeitos do álcool.

Como os efeitos do álcool variam em grande parte com a quantidade ingerida, o que interessa é saber o que se passa com você depois de duas ou três doses de bebida.

**Para responder, assinale com um X na coluna
que melhor expressa a sua opinião.**

Leia atentamente cada pergunta e responda, o mais rápido possível, de modo sincero e espontâneo.

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. NÃO CONCORDO | 4. CONCORDO MUITO |
| 2. CONCORDO POUCO | 5. CONCORDO MUITÍSSIMO |
| 3. CONCORDO MODERADAMENTE | |

	1	2	3	4	5
1. A bebida me torna mais ousado (corajoso).					
2. Por vezes, eu me sinto tão desinteressado por tudo, que tenho que beber.					
3. Eu me sinto menos sozinho depois de beber.					
4. Quando bebo, sinto mais disposição para ajudar as pessoas.					
5. O álcool me inspira (estimula as minhas idéias).					
6. Depois de beber, fico sexualmente mais desinibido (atrevido).					
7. Sinto-me com mais iniciativa e confiança quando bebo.					
8. Quando bebo, fico bem mais disposto.					
9. Depois de beber, o meu trabalho rende mais.					
10. Quando bebo, sinto-me mais confiante para expressar minhas opiniões.					
11. O tempo custa menos a passar quando bebo.					
12. Quando bebo, deixo de ter medo das pessoas.					
13. A bebida me deixa mais à vontade.					
14. O álcool me desinibe.					
15. Após algumas doses de bebida, sinto-me mais à vontade com pessoas atraentes do outro sexo.					
16. Tenho mais prazer sexual depois de ter bebido.					
17. Sinto mais vontade de trabalhar depois de beber.					
18. Beber me torna mais corajoso.					
19. Quando bebo, é mais fácil dizer o que penso, sem me preocupar tanto com a opinião dos outros, mesmo que discorde deles.					
20. Tudo fica mais alegre quando bebo.					
21. Falo com mais facilidade depois de beber.					

22. Depois de beber, gosto mais de mim.					
23. O álcool me descontraí fisicamente.					
24. Após algumas doses de bebida, faço amigos com mais facilidade.					
25. Quando bebo, sinto que os outros me dão mais atenção.					
26. Sou mais carinhoso(a) com minha(meu) companheira(o) depois de beber.					
27. A bebida me tira as preocupações.					
28. Depois de ter bebido, converso sobre sexo com mais facilidade.					
29. Quando bebo, fico mais atento.					
30. O álcool me faz esquecer os desgostos.					
31. O álcool me deixa mais tolerante em relação às pessoas que não gosto.					
32. Tudo me parece mais fácil quando bebo.					
33. Sinto menos a monotonia da vida quando bebo.					
34. Se eu não bebo, não consigo me sentir descontraído em situações sociais.					
35. Em termos de sexo, me sinto mais atraente depois de beber.					
36. Quando estou só, uma bebida é uma boa companhia.					
37. Quando bebo, aprecio melhor as coisas boas da vida.					
38. Depois de beber, faço confidências com mais facilidade.					
39. Beber diminui meus sentimentos de inferioridade e incapacidade.					
40. A bebida me torna mais humano.					
41. Eu me sinto mais homem/mulher depois de beber.					
42. Quando bebo, fico menos nervoso.					
43. Eu me sinto mais senhor de mim quando bebo.					
44. O álcool me tira os “medos”.					
45. O álcool me deixa mais alegre e simpático.					
46. O álcool ajuda a me sentir menos nervoso quando estou conversando num grupo de pessoas que mal conheço.					
47. Para mim, é mais fácil ter “aventuras sexuais” após ter bebido.					
48. O álcool favorece a intimidade.					
49. Para mim, o álcool torna mais fácil a comunicação com os outros.					
50. Quando bebo, confio mais nos outros.					
51. Quando bebo, expresso com mais facilidade os meus sentimentos.					
52. Um copo de bebida me ajuda quando tenho de fazer muitas coisas ao mesmo tempo.					
53. O álcool me faz esquecer os problemas da vida.					
54. Se eu bebo, sou melhor aceito num grupo de amigos.					
55. Eu me sinto menos tímido após ter bebido.					
56. O meu desejo sexual aumenta depois de beber.					
57. Depois de beber, fico mais otimista.					
58. Após algumas doses de bebida, converso com mais facilidade com pessoas do outro sexo.					
59. Quando bebo, fico mais divertido e faço as pessoas rirem.					
60. Quando bebo, preocupo-me menos com aquilo que os outros possam pensar a meu respeito.					
61. Um dia que corre mal só se torna suportável quando bebo.					

Questionário de estudo no. 1 para Profissionais da Atenção Primária

Instruções: Por favor, preencha totalmente o questionário. A maioria das perguntas pode ser respondida marcando um X no quadrado próximo a sua resposta. Por favor, complete este questionário **antes** de você participar do treinamento.

Parte 1: Questões sobre sua Prática Profissional

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

Álcool

- Todas às vezes
 A maioria das vezes
 Algumas vezes
 Raramente ou nunca
 Não faz parte da minha função

Outras drogas?

- Todas às vezes
 A maioria das vezes
 Algumas vezes
 Raramente ou nunca
 Não faz parte da minha função

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

Em relação a álcool :

- Todas às vezes
 A maioria das vezes
 Algumas vezes
 Raramente ou nunca
 Não faz parte da minha função

Em relação a outras drogas:

- Todas às vezes
 A maioria das vezes
 Algumas vezes
 Raramente ou nunca
 Não faz parte da minha função

3. Considerando todas as suas consultas de pacientes adultos, com que frequência você faz perguntas sobre cada uma das seguintes áreas:

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

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

%

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

Álcool

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

Outras drogas?

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

Parte 2: Questões sobre o seu papel como Profissional da Atenção Primária

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

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

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

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

Parte 3: Questões sobre suas atitudes e crenças em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas pelos seus pacientes

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

Afirmativas de crenças de comportamentos	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
a) Perguntar aos pacientes sobre seus hábitos de beber álcool ou usar outras drogas fornecerá muitas informações sobre seus riscos de problemas relacionados ao uso de substâncias álcool.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Demonstrar minhas preocupações como profissional da saúde sobre os hábitos de beber ou uso de outras drogas de um paciente e os riscos relacionados para sua saúde resultará na sua redução do consumo de bebida.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Apenas falar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas os levará a um aumento de uso.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tendo recebido informação e treinamento adequados, os profissionais da atenção primária poderão ajudar os pacientes a reduzir seu consumo de álcool ou outras drogas .	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Aconselhar os pacientes com problemas relacionados ao álcool ou outras drogas	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a) procurar assistência num serviço externo é o melhor que eu posso fazer por eles.	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Falar aos pacientes sobre riscos à saúde relacionados ao álcool ou outras drogas os ajudará a reduzir seus próprios problemas relacionados ao álcool.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Está fora da realidade ter grandes expectativas. Quando lidamos com bebedores ou usuários de risco.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Aconselhar pacientes a reduzir seu consumo causará a eles um trauma psicológico	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Eu acho que conheço o suficiente sobre as causas dos problemas relacionados ao álcool ou outras drogas para desempenhar meu papel ao lidar com os bebedores ou usuários de risco.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Eu acho que posso aconselhar apropriadamente meus pacientes sobre o consumo de álcool ou outras drogas e seus efeitos.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Eu acho que não tenho muito a oferecer aos pacientes usuários ou bebedores de risco.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Meu conhecimento sobre os problemas relacionados ao álcool ou outras drogas é adequado.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Mesmo quando é reconhecido que o uso de álcool ou outras drogas está contribuindo para os problemas de saúde do	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

paciente, não é papel do profissional de atenção primária falar ao paciente sobre seu padrão de uso beber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Não é confortável aos profissionais da atenção primária perguntar aos pacientes sobre o seu uso de álcool ou outras drogas .	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Os profissionais da atenção primária deveriam saber como recomendar limites (i.e. diminuir mas não necessariamente parar com o uso álcool ou outras drogas) aos seus pacientes que bebem pesadamente ou usam drogas com certa frequência, mas que não são dependentes	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) É importante para um profissional da atenção primária distinguir entre usuários de risco e aqueles que são dependentes do álcool ou outras drogas .	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Os profissionais da atenção primária tem a responsabilidade de perguntar aos pacientes sobre seu padrão de uso se suspeitarem que o paciente tem um problema relacionado ao uso de álcool ou outras drogas , mesmo quando o problema não é a razão principal da procura de tratamento.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) A detecção precoce do uso inadequado do álcool ou outras drogas pode melhorar a chance do sucesso do tratamento.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Usuários ou Bebedores problemáticos podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Informar os pacientes dos possíveis riscos à saúde	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

associados com seu padrão de beber ou usar drogas poderá levá-los a não retornar para a próxima consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
u) Pedir aos pacientes para dar informações específicas sobre seu padrão de beber ou uso de drogas causará uma reação defensiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Álcool				
	Outras drogas				
v) Falar aos pacientes sobre seus problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas os tornará dependentes de mim para apoio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Álcool				
	Outras drogas				
w) Encaminhar os pacientes para avaliação e/ou tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas revelará que o paciente não teve cobertura necessária pelo serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Álcool				
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) Quando um paciente for identificado com problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, os outros profissionais de saúde perderão o respeito por ele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Álcool				
	Outras drogas				
y) Encaminhar os pacientes para avaliação e/ou tratamento dos problemas relacionados ao álcool ou outras drogas resultará em não receber mais um <i>feedback</i> sobre o paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Álcool				
	Outras drogas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

ou outras drogas não é um problema maior de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)Existem problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas com os quais eu tenho que lidar na minha prática.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j)Eu acho que apenas especialistas deveriam fazer perguntas dessa natureza.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k)Poderia existir um risco de conseqüências legais se o paciente for identificado como usuário de risco.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l)Eu me sinto desconfortável perguntando sobre o padrão de uso de álcool ou drogas dos pacientes.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m)Eu não sei como identificar usuários de risco que não apresentem sintomas óbvios de consumo excessivo.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n)Os profissionais da atenção primária não têm habilidades interpessoais para perguntar sobre o consumo de álcool ou outras drogas.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o)Os profissionais da atenção primária estão muito ocupados com os problemas médicos.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Afirmativas sobre o aconselhamento breve	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
	a) Eu acho que não é papel do profissional da saúde fazer essas declarações ou dar esses conselhos.	Álcool <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Outras drogas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
b) Eu acho que usuários ou bebedores de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao "fundo do poço".	Álcool <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	Outras drogas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
c) Em geral, os profissionais da saúde não podem ajudar muito seus pacientes na redução do consumo de álcool ou outras drogas.	Álcool <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	Outras drogas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
d) Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir seu consumo.	Álcool <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	Outras drogas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
e) Os pacientes ficarão zangados ou incomodados se eu aconselhá-los sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	Álcool <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	Outras drogas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
f) Não há tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	Álcool <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	Outras drogas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
g) A Instituição na qual trabalho não tem um protocolo formal para esse	Álcool <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

tipo de intervenção	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Eu acho que apenas especialistas deveriam fazer intervenções e aconselhamento dessa natureza.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)Eu acho que posso aconselhar adequadamente meus pacientes sobre o álcool ou outras drogas e seus efeitos.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Em geral, é gratificante trabalhar com usuários ou bebedores de risco.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k)O sistema de saúde não paga pelo aconselhamento sobre o álcool ou outras drogas aos profissionais de saúde na prática geral.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l)Eu não estou à vontade para fazer essa intervenção.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)Não há benefícios profissionais por oferecer esses conselhos.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n)Em geral, é gratificante trabalhar com usuários ou bebedores de risco.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o)O sistema de saúde não paga pelo aconselhamento sobre o álcool ou outras drogas aos profissionais de saúde na prática geral.	Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

p)A Instituição na qual trabalho não tem um protocolo formal para esse tipo de intervenção	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q)Não há benefícios profissionais por oferecer esses conselhos.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r)Existem problemas de saúde mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas para lidar.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s)Em geral, meus colegas e eu somos cépticos sobre medicina comportamental.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t)Não é fornecida informação aos profissionais da atenção primária sobre como encaminhar pacientes aos especialistas em dependência.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u)É fácil generalizar os casos realmente ruins de dependência para todos os pacientes com problemas relacionados ao álcool ou outras drogas.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

ANEXO B - Questionário de pesquisa (segundo tempo de coleta de dados)**CADERNO DE QUESTÕES - PÓS TREINAMENTO**

- ◆ Estes questionários já foram preenchidos pelos profissionais de saúde que participaram do *Treinamento em Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para Problemas relacionados ao Álcool* na primeira fase de nossa pesquisa (pré-treinamento).
- ◆ Solicitamos aos mesmos que respondam novamente às questões a fim de realizarmos uma análise pós-treinamento.
- ◆ Agradecemos antecipadamente a colaboração.

Equipe do PAI-PAD

• Formulário de Estimativas – AUDITS e INTERVENÇÕES BREVES

Data: _____/_____/_____

Nome do profissional: _____

Instituição: _____

Nº de famílias cadastradas na
instituição: _____

Nº de pacientes cadastrados na instituição: _____

(Favor escrever o número de AUDITs aplicados e o número de Intervenções
Breves realizadas desde o treinamento até hoje)

Número de AUDITs: _____

Número de Intervenções

Breves: _____

*No questionário pós treinamento, constam os instrumentos abaixo, idênticos ao do Questionário pré-treinamento:

- **Pós-Teste do Treinamento - Teste de conhecimento sobre álcool e Intervenções Breves**
- **Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais sobre o Álcool - IECPA**

Questionário de estudo nº 1 para Profissionais da Atenção