

Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária

Brief Interventions for Alcohol Abuse in Primary Health Care

Elaine Cristina Minto

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Ricardo Gorayeb

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Milton Roberto Laprega

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Erikson Felipe Furtado

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Resumo

Este trabalho teve por objetivos delimitar e caracterizar o campo de estudos sobre avaliação das intervenções breves (IB) para o uso abusivo de álcool em atenção primária à saúde. Utilizaram-se estratégias de busca bibliográfica em bases de dados (Medline, PsycInfo, Lilacs), para identificar estudos empíricos – ensaio clínico – de avaliação de resultados comparativos da aplicação de IB na atenção primária, publicados entre janeiro de 1990 e dezembro de 2003. Foram encontrados 26 estudos, a maior parte deles realizada nos Estados Unidos da América, em 1997, que avaliaram a efetividade de intervenções de aconselhamento breve junto a usuários problemáticos de álcool, com aplicação de material didático e reavaliação posterior. Em sua maioria, mostraram que IB reduzem o consumo do álcool. O delineamento usual foi do tipo longitudinal, de ensaio clínico randomizado. A medida de desfecho mais freqüente foi o padrão de consumo de bebidas alcoólicas. Não houve padronização das intervenções, relatadas como eficazes em 25 estudos. Não foram encontrados estudos latino-americanos ou do Caribe no Lilacs.

Palavras-chave: abuso de álcool; intervenções breves; cuidados primários de saúde; revisão de literatura.

Summary

This work aimed to identify, and characterize the field of evaluation studies of brief interventions (BI) for alcohol abuse in primary health care. A bibliographical search was carried out, using databases (Medline, PsycInfo, Lilacs), to identify empirical studies – clinical trials – with comparative evaluation of the results of BIs, published between January 1990 and December 2003. Twenty six studies were identified, most of them published in the United States of America during 1997. These studies evaluated the effectiveness of brief counseling intervention with the use of educational materials and follow up evaluation on problematic alcohol users. The majority showed that BIs reduce the consumption of alcohol. The most common study design was longitudinal, randomized clinical trial. The most frequent outcome measure was the alcohol drinking consumption pattern. There is no standardization of BIs procedures. BI were found to be effective in 25 studies. No Latin American and Caribbean studies in Lilacs were found.

Key words: alcohol abuse; brief interventions; primary health care; systematic review of the literature.

Endereço para correspondência:

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Av. dos Bandeirantes, 3900, 3º Andar, Sala 333, Ribeirão Preto-SP, Brasil. CEP: 14049-900
E-mail: eminto@uol.com.br; efurtado@fmrp.usp.br

Introdução

O uso abusivo de álcool constitui um grave problema de Saúde Pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que o uso problemático de álcool impõe às sociedades uma carga considerável de agravos indesejáveis e altamente dispendiosos. Estima-se que a carga do álcool (incluindo doenças físicas, como cirrose, e traumas causados por acidentes automobilísticos) corresponda a cerca de 1,5% das mortes e 3,5% de DALYS (Disability-Adjusted Life Years), situando o controle do uso de álcool como uma das prioridades de Saúde Pública.¹ No Brasil, em 2003, o Ministério da Saúde publicou o documento “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, em que considera o alcoolismo um problema de Saúde Pública de grave importância.² O uso problemático de álcool foi escolhido pelo Ministério da Saúde para compor a lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pelo Programa Saúde da Família.

O conceito de uso problemático de álcool não se aplica apenas ao dependente ou ao paciente que chega ao serviço de saúde com hálito alcoólico, intoxicado ou em síndrome de abstinência. Existem outros padrões de uso de álcool que causam riscos substanciais ou nocivos para o indivíduo. Entre eles, a situação de beber excessivamente todos os dias ou repetidos episódios de intoxicação pelo álcool. O consumo de álcool que causa prejuízos físicos, mentais ou sociais pode se estender em um processo contínuo, desde um padrão de beber excessivo até a dependência à bebida.³

Para assistir pacientes que se encontram em algum ponto desse *continuum* e prevenir danos causados a sua saúde pelo uso do álcool, foram criadas estratégias de diagnóstico e intervenções breves (EDIB). Desenvolvidas ao longo de 20 anos de pesquisas em diversos países do mundo, as EDIB têm como objetivos reconhecer e assistir esses pacientes no processo de tomada de decisão e em seus esforços para reduzir ou parar de beber antes que desenvolvam sérios problemas físicos, psicológicos ou sociais. Diversos programas que se utilizaram dessas estratégias já mostraram sua capacidade de redução do consumo de álcool, mudança do padrão de beber nocivo, prevenção de problemas futuros, melhora da saúde e redução dos custos com tratamento.^{4,5} As EDIB podem servir como

forma direta de tratamento de pessoas que fazem uso de risco ou uso nocivo de álcool; e como forma indireta ou intermediária, ao facilitar o encaminhamento dos casos mais sérios de dependência de álcool para um serviço especializado.⁶

O foco principal das EDIB, entretanto, é o nível de atenção primária à saúde. Os profissionais de atenção primária – médicos, enfermeiras, assistentes sociais ou agentes comunitários de saúde – ocupam uma posição relevante na identificação e abordagem daqueles pacientes cujo padrão de beber traz risco ou danos para sua saúde. A atenção primária à saúde apresenta uma das melhores ocasiões para ações preventivas,⁷ caracterizada por uma boa relação de custo-efeito e atendimento a um número maior de pessoas; e pela oportunidade de intervir antes que o padrão de uso de álcool provoque danos à saúde do paciente.⁶ Ademais, o ambiente de atenção primária é ideal para a continuidade do monitoramento e repetição de intervenções.³

Reconhecendo a efetividade e eficácia das EDIB desenvolvidas pelos serviços de atenção primária, a OMS, através de seu Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias, há alguns anos, vem promovendo ações de detecção e intervenção precoce para o uso abusivo de álcool.

O uso problemático do álcool foi escolhido pelo Ministério da Saúde para compor a lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pelo Programa Saúde da Família.

Embora já se disponha de uma base extensa e confiável de estudos realizados, as publicações na área ainda são, em sua maioria, produzidas em países desenvolvidos. São necessários, portanto, mais investimentos em pesquisas sobre o tema focadas, especificamente, na realidade e no contexto assistencial de países em desenvolvimento.

Os objetivos deste trabalho foram (I) realizar uma revisão bibliográfica sistemática e (II) delimitar o campo de estudos sobre o tema da avaliação das intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária à saúde, identificando artigos pu-

blicados em três serviços de indexação bibliográfica (Medline, Lilacs e PsycInfo), no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2003.

Metodologia

Procurou-se identificar artigos de pesquisa que contemplassem o critério de estudo empírico de avaliação de resultados comparativos de detecção precoce e aplicação de intervenções breves para o uso abusivo de álcool, mediante a localização de diferentes descritores de busca bibliográfica em três bases de dados (Medline, PsycInfo, Lilacs). Como critérios de inclusão neste estudo, foram definidos idiomas em que os trabalhos foram escritos, período de sua publicação e pertinência ao tema.

O levantamento bibliográfico utilizou diferentes estratégias de composição de descritores (*key words*) para a seleção de artigos originais de pesquisa publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2003. No início da década de 1980, a OMS já investigava maneiras eficientes de identificar o uso problemático de álcool pela população com o objetivo de prevenir outros problemas de saúde. Por volta de 1985, esses métodos de rastreamento começaram a ser associados às chamadas Intervenções Breves. O período escolhido para o presente estudo, portanto, permitiu o acesso às primeiras publicações científicas sobre as intervenções breves para o uso abusivo de álcool, datadas da década de 1990 do século passado.³

A partir da leitura de seus resumos, foram incluídos aqueles estudos que preenchem os seguintes critérios:

- a) delineamento do tipo de pesquisa – ensaio clínico;
- b) avaliação de programas de intervenção breve em atenção primária;
- c) objetivos, métodos e resultados claramente definidos no resumo de cada estudo.

Os critérios de exclusão, por sua vez, foram:

- a) artigos publicados em outros idiomas que não o inglês, o espanhol ou o português (artigos escritos em francês, alemão, japonês, hebraico ou outras línguas, por exemplo, não foram considerados);
- b) teses, dissertações, revisões e materiais educativos;
- c) ausência de uma descrição metodológica completa (objetivos, métodos e resultados);

- d) estudos de intervenções breves em outros ambientes que não o da atenção primária, como grupos diagnósticos específicos (sobre aids, outras drogas que não álcool, escolares e pacientes psiquiátricos, etc.);
- e) estudos sobre custo-benefício;
- f) estratégias de propaganda; e
- g) avaliações de métodos de treinamento de intervenções breves com recepcionistas, médicos e enfermeiros de serviços da atenção primária.

A partir da leitura dos artigos, promoveu-se a tabulação dos estudos encontrados, com discriminação dos seguintes itens: autores; ano; descrição sumária da amostra; e síntese das medidas utilizadas na avaliação de efetividade das intervenções breves.

Finalmente, realizou-se a análise descritiva e qualitativa da amostra bibliográfica, acompanhada de discussão crítica do material.

Resultados

As estratégias de busca bibliográfica são apresentadas na Tabela 1, com diferentes associações de descritores (*key words*) – inseridas nos três bancos de dados pesquisados (Lilacs, Medline e PsycInfo) – e respectivo número de publicações encontradas.

‘Intervenções breves para o álcool’ mostrou ser um descritor geral mais interessante do que quando especificado na atenção primária. Verificou-se maior quantidade de referências quando ele é solicitado *per se* (294), enquanto na atenção primária, foram encontrados 97. No banco de dados Lilacs, de publicações latino-americanas e do Caribe, não foram encontradas referências para o descritor ‘intervenções breves’. Há grande número de publicações em cada um dos temas ‘álcool’ e ‘alcoolicismo’ – 246 e 1.661, respectivamente.

Nos três bancos de dados, foram identificadas 41 citações que preencheram os critérios. Dessas, 15 estavam presentes tanto no Medline quanto no PsycInfo. Ao se excluir as repetições, a amostra final resultou composta por 26 artigos.

Os 26 resumos foram organizados em três tabelas, de acordo com os seguintes tópicos: ano, autores, local e duração do estudo (Tabela 2); amostra, subgrupos e resultados (Tabela 3); e síntese das medidas de desfecho utilizadas na avaliação das intervenções breves (Tabela 4).

Os 26 estudos da amostra final constituem trabalhos de pesquisa original, distribuídos segundo o ano de publicação: uma publicação em 1991; uma em 1995; duas em 1996; sete em 1997; duas em 1998; duas em 1999; cinco em 2000; duas em 2001; e finalmente, quatro publicações em 2003. Em 1997, após a publicação do trabalho da OMS (realizado em 1996), cresceu o número desses estudos, sendo esse o ano que mais apresentou publicações na área. Nos dois anos subsequentes, esse número diminuiu, para crescer novamente em 2000 e 2003.

Os periódicos que serviram a sua divulgação foram bastante diversificados. Com exceção do *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, que apresentou três publicações, e dos periódicos *Alcohol and Alcoholism*, *Addiction* e *Atención Primaria*, cada um dos três com duas publicações, os demais editaram apenas um artigo sobre o tema, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2003. Os periódicos encontrados correspondem a apenas três diferentes categorias de área temática: álcool e drogas; medicina preventiva; e medicina clínica/medicina de família:

- a) seis revistas sobre álcool e drogas: *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*; *Addiction*; *Alcohol and Alcoholism*; *Journal of Studies on Alcohol*; *The American Journal on Addictions*; *Substance Use & Misuse*; e *Substance Abuse*;
- b) sete revistas sobre medicina preventiva e Saúde Pública: *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; *American Journal of Preventive Medicine*; *Health Education & Behavior*; *Health Psychology*; *American Journal of Public Health*; *The Journal of Behavior Health Services and Research*; e *British Journal of Nursing*; e
- c) seis revistas sobre medicina clínica/medicina de família: *Archives of Internal Medicine*; *Family Practice*; *Canadian Family Physician*; *Medicina Clínica*; *The Journal of the American Medical Association*; e *The Journal of Family Practice*.

Os países que mais desenvolveram estudos sobre o tema foram: Estados Unidos da América (EUA), com 13 artigos; Espanha, com quatro; Austrália, com dois; Finlândia, com dois; Suécia, com um; Escócia, com um; ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, com

Tabela 1 - Resultados das estratégias de busca bibliográfica em revisão sistemática da literatura nos bancos de dados Medline, PsycInfo e Lilacs entre janeiro de 1990 e dezembro de 2003

Banco de dados	Descritores	Número de artigos
Medline	1. <i>brief and intervention and alcohol and care and primary</i>	97
	Total de artigos após filtragem	24
PsycInfo	1. <i>intervention and brief and alcohol</i>	294
	2. <i>intervention and brief and alcohol and primary and care</i>	60
	Total de artigos após filtragem	17
Lilacs	1. <i>intervenções breves</i>	0
	2. <i>álcool</i>	2.464
	2. <i>alcoolismo</i>	1.661
	3. <i>avaliação and tratamento and álcool</i>	50
	Total de artigos após filtragem	0
Artigos repetidos excluídos		15
TOTAL de artigos selecionados		26

Tabela 2 - Lista descritiva de artigos recolhidos por ano, autores, local e duração dos estudos em revisão sistemática da literatura nos bancos de dados Medline, PsycInfo e Lilacs entre janeiro de 1990 e dezembro de 2003

Ano	Autores	Local	Duração do estudo
2003	Gordon AJ e colab. ⁸	EUA	Outubro de 1995 a dezembro de 1997
	Copeland LA e colab. ⁹	EUA	1994 a 1999
	Curry SJ e colab. ¹⁰	EUA	Não consta
	Fernandez Garcia JA e colab. ¹¹	Espanha	Rastreamento: dezembro de 1997 Seguimento por 24 meses
2001	Maisto SA e colab. ¹²	EUA	Não consta
	Aalto M e colab. ¹³	Finlândia	Rastreamento: fevereiro de 1993 a maio de 1994 Seguimento por 38 meses
2000	Vinson DC e colab. ¹⁴	EUA	1992 Seguimento por 12 meses
	Freeborn DK e colab. ¹⁵	EUA	1992 a 1994
	Manwell LB e colab. ¹⁶	EUA	Rastreamento: abril de 1992 a abril de 1994 Seguimento por 48 meses
	Aalto M e colab. ¹⁷	Finlândia	Rastreamento: fevereiro de 1993 a maio de 1994 Seguimento por 36 meses
	Scott HK ¹⁸	Escócia	Junho de 1993 a junho de 1994
1999	Fleming MF e colab. ¹⁹	EUA	Rastreamento: abril de 1993 a abril de 1995 Seguimento por 12 meses
	Ockene JK e colab. ²⁰	EUA	Rastreamento: abril de 1994 a abril de 1997 Seguimento por seis meses
1998	Córdoba R e colab. ²¹	Espanha	Não consta
	Tomson Y e colab. ²²	Suécia	Rastreamento: janeiro de 1989 Seguimento por 24 meses
1997	Nieto Cadenas M e colab. ²³	Espanha	Rastreamento: julho de 1993 a março de 1994 Seguimento por 18 meses
	McIntosh MC e colab. ²⁴	Austrália	Não consta
	Burge SK e colab. ²⁵	EUA	Rastreamento: 2 de janeiro de 1991 a 3 de janeiro de 1992 Seguimento por 18 meses
	Senft RA e colab. ²⁶	EUA	Rastreamento: novembro de 1992 a julho de 1993 Seguimento por 12 meses
	Chang G e colab. ²⁷	EUA	1995
	Altisent R e colab. ²⁸	Espanha	Não consta
	Fleming MF e colab. ²⁹	EUA	Rastreamento: abril de 1992 a abril de 1994 Seguimento por 12 meses
1996	Israel Y e colab. ³⁰	Canadá	Não consta
	WHO ³¹	Oito países	Não consta
1995	Richmond R e colab. ³²	Austrália	Não consta
1991	Ivanets NN e colab. ³³	Ex-URSS	Rastreamento: setembro de 1985 a julho de 1987 Seguimento em 1987 e 1988

Tabela 3 - Caracterização dos sujeitos das pesquisas analisadas, respectivos subgrupos e resultados em revisão sistemática da literatura nos bancos de dados Medline, PsycInfo e Lilacs entre janeiro de 1990 e dezembro de 2003

Artigo (Ref.)	População total do estudo (N; sexo; idade)	Subgrupos (n)	Resultados
8	42; ♀♂; ≥65	Aconselhamento breve = 12 Entrevista motivacional = 18 Grupo controle = 12	Redução do consumo nos grupos de intervenção comparado com a do grupo controle.
9	205; ♂; ≥55	Intervenção breve = 100 Grupo controle = 105	Aumento do número de pessoas que usaram o serviço de saúde.
10	307; ♀♂; μ = 47	Intervenção breve = 151 Grupo controle = 156	Houve maior número de abandono do tratamento entre os que receberam a intervenção.
11	306; ♀♂; ≥10	Aconselhamento breve = 306	23,85% mantiveram-se abstinentes e 15% diminuíram o consumo para o beber de baixo risco.
12	232; ♀♂; ≥21	Entrevista motivacional (40 min. + duas sessões) = 73 Orientação breve (15 min) = 74 Grupo controle = 85	Houve redução do consumo e influência nos estágios de prontidão para a mudança.
13	296; ♂; 20-60	Aconselhamento breve (sete sessões) = 109 Aconselhamento breve (três sessões) = 99 Grupo controle = 88	Não houve diferença estatística significativa entre os grupos. Todos diminuíram o consumo e os índices de VCM. ^a
14	69; ♀♂; ≥18	Intervenção breve = 20 Grupo controle = 49	Passado um ano, houve redução de consumo no grupo intervenção maior que no grupo controle. Não houve diferença estatística significativa.
15	514; ♀♂; ≥21	Intervenção breve = 260 Grupo controle = 254	Redução do consumo de álcool. Não houve redução significativa em procura por consultas/internações.
16	205; ♀; 18-40	Intervenção breve = 103 Grupo controle = 102	Houve redução significativa do consumo na última semana e durante o seguimento. Não houve diferença significativa no uso dos serviços de saúde e no estilo de vida.
17	78; ♀; 20-60	Intervenção breve (sete sessões) = 22 Intervenção breve (três sessões) = 29 Grupo controle = 27	Houve redução do consumo, clinicamente significativa, em 27 a 75% dos usuários com uso pesado. Houve diminuição significativa do VCM ^a em todos os grupos.
18	430; ♀; 18-45	Intervenção breve = 55	92% dos participantes reduziram o consumo. Usuários com consumo médio diminuíram em 55% o padrão de beber semanal; e os com consumo problemático, em 59%.
19	158; ♀♂; ≥65	Intervenção breve = 72 Grupo controle = 67	Houve redução significativa de 34% do padrão de consumo e de 74% dos episódios de intoxicação. Nas condições de saúde, as mudanças não foram significativas.
20	530; ♀♂; 21-70	Intervenção breve = 274 Grupo controle = 256	A maioria que recebeu intervenção reduziu significativamente o padrão de consumo semanal (menos 5,8 doses, comparado com o grupo controle, de menos 3,4 doses).

continua

continuação

Artigo (Ref.)	População total do estudo (N; sexo; idade)	Subgrupos (n)	Resultados
21	229; ♂; 14-50	Intervenção breve = 104 Grupo controle = 125	Houve redução na frequência do beber excessivo e na ingestão semanal após a intervenção.
22	222; ♀♂; 25-54	Intervenção breve = 100 Grupo controle = 122	Houve redução nos níveis de GGT ^b no grupo intervenção; e aumento no grupo controle. O consumo semanal diminuiu em ambos.
23	152; ♂; 18-64	Intervenção breve = 67 Grupo controle = 85	Diminuiu o número de pessoas com padrão de consumo problemático.
24	159; ♀♂; ≥15	Intervenção breve por médico = 40; Intervenção breve por enfermeiro = 66 Grupo controle = 53	Houve redução no padrão de consumo mensal em 66% dos homens e em 74% das mulheres.
25	175; ♀♂; ≥18	Intervenção breve = 40 Grupo de psicoeducação = 42 Intervenção breve e grupo de psicoeducação = 47 Grupo controle = 46	Todos os grupos apresentaram uma melhora significativa com o passar do tempo, havendo pouca diferença entre a intervenção e o controle.
26	516; ♀♂; ≥21	Intervenção breve = 260 Grupo controle = 256	Houve redução no padrão de consumo. Não houve diferença entre os grupos no número de doses por ocasião.
27	24; ♀; ≥18	Intervenção breve = 12 Grupo controle = 12	A identificação de problemas com álcool, feita por médicos, foi menos sensível e mais específica. Não houve redução no consumo de álcool após a intervenção.
28	139; ♂; 15-70	Intervenção breve = 75 Grupo controle = 64	Houve diminuição significativa no consumo semanal.
29	723; ♀♂; 18-65	Intervenção breve = 392 Grupo controle = 382	Houve redução significativa no uso semanal e na frequência dos episódios de intoxicação.
30	73; ♀♂; 30-60	Intervenção breve = 35 Grupo controle = 38	O padrão de consumo reduziu-se significativamente, assim como os problemas psicossociais, o GGT ^b e o número de consultas.
31	1589; ♀♂; μ = 36,9	Não consta	Diminuiu o padrão de consumo entre os homens. As mulheres de ambos os grupos reduziram o padrão de consumo significativamente.
32	378; ♀♂; 18-70	Aconselhamento breve (cinco intervenções) = 96 Orientações simples (uma intervenção de 5 min.) = 96 Somente rastreamento = 93 Sem rastreamento e sem intervenção = 93	Houve redução do número de problemas relacionados ao álcool.
33	175; ♂; 18-60	Orientação simples (5 min.) = 46 Aconselhamento breve (20 min.) = 43 Aconselhamento breve com três sessões de acompanhamento = 41 Grupo controle = 45	Alta efetividade para o uso nocivo de álcool.

a) VCM: volume corpuscular médio

b) GGT: gama-glutamyltransferase ou gama-glutamyltranspeptidase

Tabela 4 - Descrição das medidas de desfecho utilizadas nos respectivos estudos analisados em revisão sistemática da literatura nos bancos de dados Medline, PsycInfo e Lilacs entre janeiro de 1990 e dezembro de 2003

Artigo (Ref.)	Medidas de desfecho
8	TFBL ^a
9	Utilização dos serviços de saúde (ex.: hospitalizações, dias hospitalizado, consultas de emergência)
10	Condições de saúde, hábitos de saúde (ex.: tabagismo, depressão, acidentes e ferimentos), uso de outras substâncias, fatores psicossociais, padrão de uso de álcool.
11	Relato do familiar, GGT, ^b padrão de uso de álcool.
12	Padrão de uso de álcool, ADS, ^c TFBL, ^a Drinker Inventory of Consequences, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale.
13	Padrão de uso de álcool, condições de saúde, VCM. ^d
14	AUDIT, ^e ASI. ^f
15	Padrão de uso de álcool, utilização dos serviços de saúde (ex.: hospitalizações, dias hospitalizado, consultas de emergência).
16	TFBL, ^a utilização dos serviços de saúde (ex.: hospitalizações, dias hospitalizado, consultas de emergência), hábitos de saúde (ex.: tabagismo, depressão, acidentes e ferimentos).
17	Padrão de uso de álcool, condições de saúde, AST, ^g ALT, ^h GGT, ^b EDTA, ⁱ VCM. ^d
18	Padrão de uso de álcool
19	TFBL, ^a condições de saúde, relato de utilização dos serviços de saúde (ex.: hospitalizações, dias hospitalizado, consultas de emergência).
20	Hábitos de saúde (tabagismo, depressão, acidentes e ferimentos) e padrão de uso de álcool.
21	Padrão de uso de álcool.
22	GGT, ^b CAGE, ^j padrão de uso de álcool, utilização dos serviços de saúde (ex. hospitalizações, dias hospitalizado, consultas de emergência), utilização dos serviços assistenciais (ex.: benefícios previdenciários, registros nos serviços de assistência social).
23	Padrão de uso de álcool.
24	Padrão de uso de álcool.
25	Padrão de uso de álcool, ASI, ^f problemas relacionados ao uso de álcool, GGT, ^b VCM, ^d AST, ^g ALT. ^h
26	BDF, ^k concentração de álcool no sangue, AUDIT ^e e utilização dos serviços de saúde (ex.: hospitalizações, dias hospitalizado, consultas de emergência).
27	TLBF e Beck Depression Inventory.
28	Padrão de uso de álcool, condições de saúde, GOT, ^l GPT, ^m GGT, ^b VCM, ^d MALT, ⁿ GHQ. ^o
29	Padrão de uso de álcool, relato de utilização dos serviços de saúde (ex.: hospitalizações, dias hospitalizado, consultas de emergência), hábitos de saúde (ex.: tabagismo, depressão, acidentes e ferimentos).
30	Padrão de uso de álcool, fatores psicossociais, GGT. ^b
31	Padrão de uso de álcool, testes laboratoriais para detecção de uso de álcool.
32	Padrão de uso de álcool, MAST, ^p Comprehensive Drinker Profile, GGT. ^b
33	WHO ^q Composite Interview Schedule, Health and Daily Living Questionnaire, Community Response Questions, Inventory of Drinking Situations.

a) TFBL Timeline Follow Back Procedures

b) GGT: Gama-glutamyltransferase ou Gama-glutamyltranspeptidase

c) ADS: Alcohol Dependence Scale

d) VCM: volume corpuscular médio

e) AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification

f) ASI: Addiction Severity Index

g) AST: Aspartato Aminotransferase

h) ALT: Alanina Aminotransferase

i) EDTA: Ácido Etilenodiamonotetracético

j) CAGE: Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener (questionário)

k) BDF: Brief Drinker Profile

l) GOT: Transaminase Glutâmica Oxalacética

m) GPT: Transaminase Glutâmica Pirúvica

n) MALT: Munich Alcoholism Test

o) GHQ: General Health Questionnaire

p) MAST: Michigan Alcoholism Screening Test

q) WHO: World Health Organization

(Organização Mundial da Saúde)

um; e Canadá, com um. E um artigo da Suíça – artigo multicêntrico da OMS –, sobre pesquisa realizada em oito diferentes países: Austrália, Quênia, Reino Unido, México, Noruega, Rússia, EUA e Zimbábue.

A duração dos estudos é heterogênea: seu período de acompanhamento varia consideravelmente, de seis até 48 meses.

Quanto ao tamanho das amostras, elas também diferem bastante, de 24 a 1.589 pacientes dos serviços de atenção primária, em sua maioria fazendo uso problemático do álcool (Tabela 3). Sobre o gênero e a idade, foram encontrados: seis artigos em que a amostra era composta somente por sujeitos do sexo masculino; quatro artigos em que ela se compunha apenas de mulheres; três artigos sobre idosos (acima de 55 anos); e os demais estudos, realizados com adultos de ambos os sexos. Em dois artigos, não se esclareceu a faixa etária, apresentou-se apenas a média de idade dos participantes.^{10,31}

A maioria dos estudos contou, como participantes, com pacientes usuários de serviços de atenção primária à saúde, à exceção de dois: o estudo WHO³¹ selecionou pacientes dos diversos níveis de serviços (atenção primária, secundária e terciária); o estudo de Scott,¹⁸ por sua vez, selecionou uma amostra composta de moradores da área de abrangência de um serviço de atenção primária. Em relação ao padrão de consumo de álcool, apenas um estudo incluiu, em sua amostra, pessoas que não faziam uso problemático de álcool.¹⁸

De maneira geral, os artigos analisados pretendiam avaliar os efeitos e/ou a efetividade de estratégias de intervenções breves realizadas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários em pessoas que fazem uso problemático de álcool, visando à redução do consumo, e comparar algumas dessas estratégias – por exemplo, aconselhamento e entrevista motivacional, intervenções breves e abordagem cognitiva. Dois estudos tinham por objetivo verificar a frequência de consultas médicas após intervenções breves, investigando se essas práticas implicariam redução ou aumento do uso do serviço de saúde.

Os procedimentos usados pelos pesquisadores na realização das intervenções foram, principalmente: aconselhamento breve, oferecido por profissional de atenção primária a saúde; e entrega de literatura e material de auto-ajuda ou folhetos explicativos. O seguimento ocorreu, geralmente, até seis meses, até

um ano, até dois anos e, em pelo menos um estudo, até quatro anos. O delineamento de todos os estudos foi do tipo de ensaio clínico.

Quanto aos resultados, a maioria dos estudos mostrou que as intervenções breves podem reduzir o consumo problemático de álcool; apenas um não registrou diminuição do consumo após as intervenções breves²⁷ (Tabela 3).

Seis artigos analisaram diferentes modelos de intervenções breves. O estudo de Richmond e colaboradores³² comparou quatro grupos, utilizando estratégias diferentes para cada um deles (1º grupo – cinco sessões; 2º grupo – cinco minutos de aconselhamento mais material de auto-ajuda; 3º grupo – avaliação do consumo; e 4º grupo – grupo controle, sem avaliação/intervenção). Segundo os pesquisadores, a partir dos relatos, houve, entre os participantes dos dois primeiros grupos, uma redução significativa de problemas relacionados ao álcool; e do consumo, para baixo dos limites recomendados.

Israel e colaboradores³⁰ compararam um aconselhamento pautado em abordagem cognitivo-comportamental de três horas de duração com um aconselhamento simples. Verificaram que, entre os sujeitos que receberam o aconselhamento na abordagem cognitivo-comportamental, houve maior redução do consumo de álcool, diminuição de problemas psicossociais e melhores resultados em testes sanguíneos. Altisent e colaboradores²⁸ compararam dois grupos: um primeiro grupo com orientação sistematizada (cinco sessões mais material educativo); e o segundo, com orientação breve. Concluíram que os participantes do primeiro grupo apresentaram redução de consumo de álcool significativa estatisticamente, quando comparada com a observada para o grupo que recebeu orientação breve. Córdoba e colaboradores²¹ compararam uma intervenção breve de quinze minutos e monitoramento com uma orientação simples de cinco minutos e concluíram que as visitas de monitoramento podem estar associadas a uma redução significativa, tanto da frequência do beber excessivo quanto da ingestão semanal de álcool.

McIntosh e colaboradores²⁴ avaliaram a efetividade das intervenções breves entre um grupo que recebeu orientação médica de cinco minutos e dois grupos que receberam duas sessões de orientação de 30 minutos, realizadas por médico e enfermeiro, respectivamente. Concluíram que houve redução de consumo de álcool

em todos os grupos; os episódios de 'beber pesado', entretanto, continuaram, sem alteração no padrão de consumo. Burge e colaboradores²⁵ não encontraram diferenças nos resultados entre os participantes de um grupo de intervenções breves e outro de psicoeducação. Não obstante, observaram melhora nos resultados relacionados a conflitos familiares e escores médicos, para ambos os grupos (medida tomada com o Addiction Severity Index, ou ASI).

No Brasil, as estratégias de diagnóstico e intervenções breves (EDIB) ainda são pouco estudadas, especialmente sua aplicação na atenção primária e sua contribuição para o modelo de Saúde Pública do SUS.

A Tabela 4 apresenta as medidas de desfecho utilizadas nos 26 estudos analisados, em que as mais frequentes foram:

- a) padrão de consumo – quantidade e frequência de consumo de álcool, número de episódios de intoxicação e dias de abstinência – dos últimos 30 dias ou da última semana (medida de desfecho encontrada em 23 artigos);
- b) testes para verificação da concentração de álcool no sangue (encontrados em nove artigos); e
- c) utilização de serviços de saúde (encontrada em sete artigos).

Em quatro artigos, as condições de saúde (exemplos: depressão, ferimentos) e hábitos dos participantes (exemplo: uso de tabaco) foram utilizados para medir a efetividade das intervenções breves. Em dois deles, utilizaram-se fatores psicossociais (exemplos: satisfação no trabalho, relacionamentos afetivos, atividades de lazer).

Na maioria dos estudos, foi usada mais de uma medida de desfecho como forma de complementar a avaliação da efetividade das intervenções.

Os instrumentos mais utilizados para medir o padrão de consumo foram: Timeline Follow Back Procedures (TLFB); Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); Brief Drinker Profile (BDF); Addiction Severity Index (ASI); e Alcohol Dependence Scale (ADS). Os marcadores biológicos de uso mais

frequente foram a gama-glutamyltransferase (ou gama-glutamyltranspeptidase) (GGT), e o volume corpuscular médio (VCM). A utilização de serviços de saúde foi medida pelos dias de hospitalizações e consultas ambulatoriais e emergenciais. Em ambos os estudos, realizados por Fleming e colaboradores, a coleta das informações serviu-se dos relatos dos participantes. Os dados para o estudo de Freeborn e colaboradores foram retirados de registros. E em outros três estudos, não se esclareceu a origem das informações.^{9,22,26}

Discussão

Considerando-se o período estabelecido para esta revisão no banco de dados Lilacs, constituído por publicações latino-americanas e do Caribe, não foram encontradas referências a intervenções breves para o uso de álcool em atenção primária. Entre as referências brasileiras, somente foram encontrados estudos sobre tratamento de dependentes de álcool ou outras drogas e sobre técnicas motivacionais, realizados em serviços ambulatoriais, com estudantes universitários.³⁴⁻³⁸

Posteriormente ao período definido para este estudo, De Micheli e colaboradores³⁹ publicaram um artigo original de pesquisa sobre o tema com adolescentes, em um serviço de atenção primária à saúde. Esses autores constataram que, entre os sujeitos que receberam a intervenção breve, houve redução significativa na proporção de usuários, relativamente à maioria das substâncias avaliadas, bem como redução dos problemas e comportamentos de risco, comparados aos do grupo que não recebeu qualquer intervenção. Não foi observada alteração significativa na prevalência do consumo da substância no grupo controle. Entre o grupo de não-usuários que recebeu uma orientação preventiva, comparativamente ao grupo controle, observou-se um aumento de uso da substância lícita no primeiro grupo, menos intenso que no grupo controle.

Como aconteceu em alguns dos estudos revisados,^{8,12,17,32,33} os autores brasileiros também compararam diferentes modalidades de intervenção breve utilizando-se de uma orientação preventiva com dois a três minutos de duração e intervenção breve com duração de 20 minutos. Esses autores sugerem a necessidade de novas investigações sobre o tema. Neste trabalho, particularmente, constatou-se que o campo de pesquisa de intervenções breves em atenção

primária necessita ser mais explorado, para verificar se essas intervenções são eficazes no contexto socio-cultural e assistencial brasileiro e de outros países latino-americanos.

Estudos internacionais demonstraram a eficiência das intervenções breves na detecção precoce de problemas relacionados ao álcool. A identificação do uso problemático de álcool pode garantir a prevenção de problemas por ele causados, como, por exemplo, doenças cardiovasculares e acidentes de trânsito, reduzindo gastos, diminuindo o número de consultas médicas e otimizando a aplicação dos recursos disponíveis para a Saúde.

A redução do consumo ocorreu a despeito do tipo de intervenção breve realizado. Estes autores observaram a ausência de uma padronização das intervenções que permitisse uma comparação rigorosa entre os diferentes estudos revisados. As intervenções realizadas contaram com número de sessões variado, diversos espaços de tempo para sua consecução, nem sempre foram acompanhadas da distribuição de materiais didáticos e, ademais, foram conduzidas por diferentes profissionais de saúde. Alguns resultados adicionais (diminuição de conflitos familiares, redução de doenças relacionadas ao álcool e de frequência de consultas médicas) foram observados quando era maior o número de sessões (três a cinco), de 15 a 30 minutos de duração, que faziam uso diário de material educativo, tinham estabelecidas metas e monitoramento. Intervenções que considerem esses elementos, portanto, parecem repercutir de forma mais ampla na vida do indivíduo, trazendo-lhe mais benefícios.^{21,28,30,32}

No estudo brasileiro realizado com adolescentes, observou-se que as intervenções de 20 minutos, baseadas nas técnicas de entrevista motivacional, foram mais eficazes do que as orientações oferecidas em dois a três minutos, instrumentalizadas com folhetos sobre os efeitos e conseqüências das substâncias psicoativas – apesar de este tipo de intervenção ainda ter-se mostrado mais efetivo do que a ausência de intervenções.³⁹

Em relação ao profissional que conduziu a intervenção, parece não fazer diferença se se trata de médico, enfermeiro ou agente comunitário. Em todos esses casos, ela demonstrou ser eficaz, como quando realizada com a ajuda de um programa de computador. Também não houve diferença entre os grupos

de mulheres, homens, jovens e idosos: em todos, as intervenções apresentaram bons resultados.

Foram encontrados poucos artigos referentes a não-eficácia das intervenções breves. Para tanto, uma hipótese seria o fato de a maioria dos estudos acompanharem os pacientes no prazo máximo de um ano após a realização das intervenções, sem confirmação sobre a duração de seus efeitos a longo prazo. Na Austrália, um estudo sobre intervenções breves, em que os pacientes foram avaliados nos períodos de nove meses e de dez anos após terem recebido algum tipo de intervenção,⁴⁰ os resultados encontrados foram positivos após nove meses; em acompanhamento realizado passados dez anos da intervenção, entretanto, não foram observadas diferenças significativas entre grupo controle e grupo de intervenção. Parece ser necessário algum tipo de monitoramento no decorrer dos anos, para aumentar a efetividade das intervenções breves.

O uso de álcool é considerado um dos maiores problemas de Saúde Pública, tanto por organismos internacionais, a exemplo da OMS, como, no âmbito nacional, pelo Ministério da Saúde. Estratégias de prevenção e tratamento de problemas relacionados ao álcool, as intervenções breves têm sido relatadas como bastante eficazes, principalmente quando realizadas em condições especiais de pesquisa, embora pouco se conheça sobre o desempenho dessas práticas em situações usuais de atendimento, na rotina dos serviços de saúde.

No Brasil, um campo de pesquisa amplo para o tema, essas estratégias ainda são pouco exploradas, principalmente no que diz respeito a sua aplicação em atenção primária e sua contribuição para o modelo atual de sistema de Saúde Pública, com especial ênfase nas ações de Saúde da Família. Estudos que analisem como podem ser adaptadas, sua aceitação pelos profissionais e pacientes e as formas de utilização dos recursos que venham a ser colocados a sua disposição tornam-se necessários, para garantir a disseminação e aplicação de intervenções breves para o álcool nas rotinas da atenção primária à saúde, do Sistema Único de Saúde, o SUS.

O projeto da OMS no Brasil

Em setembro de 2002, a OMS convocou uma reunião na cidade de Alicante, Espanha, com o intuito de delinear um projeto de implementação das intervenções breves nos países em desenvolvimento.

Entre suas deliberações, o Brasil e a África do Sul foram indicados para servir como centros de desenvolvimento de um projeto demonstrativo de avaliação, sob condições naturalísticas, dos fatores envolvidos na implementação de treinamento, aceitação e adoção da estratégia pelos serviços de saúde, e outros. Representando o Brasil no encontro, apresentaram-se dois grupos de pesquisa dedicados ao tema: a Unidade de Dependência e Abuso de Drogas (UDAD), do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); e o Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI-PAD), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. A UDAD, em parceria com a Universidade de Juiz de Fora, desenvolveu uma pesquisa com gestores e profissionais da saúde municipais para analisar o

processo de implantação das intervenções breves na rotina dos serviços.⁴¹

O PAI-PAD/OMS, em desenvolvimento na Região de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, conta com a participação da Secretaria de Estado da Saúde, através de sua Diretoria Regional de Ribeirão Preto, e de vários Municípios dessa Região. Parte importante do projeto constitui o desenvolvimento de estratégias de treinamento para profissionais de saúde não especialistas e o monitoramento da implementação e execução das EDIB nos serviços. Para os profissionais dos serviços que decidem adotar as EDIB entre suas ações, é realizado um treinamento e, logo, um acompanhamento, de seguimento longitudinal, para avaliação do processo. Espera-se, com iniciativas de estudo como essas, reunir subsídios para o melhor direcionamento e maior difusão das EDIB no país.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization. The World Health Report 2001: mental health: new understanding, new hope; 2001. Geneva: WHO; 2001.
2. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: MS; 2003.
3. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Intervenções breves para uso de risco e uso nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003.
4. 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* 2002;97:279-292.
5. Bien T, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88:315-336.
6. Furtado EF. Implementação de estratégias de diagnóstico e intervenções breves para problemas relacionados ao álcool em serviços de atenção primária na região de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: PAI-PAD/FMRP-USP; 2003. Relatório Técnico PAI-PAD/OMS-Brazil-rp-01/2003.
7. Marques ACPR, Furtado, EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004;26(Supl I):28-32.
8. Gordon AJ, Conigliaro J, Maisto SA, McNeil M, Kraemer KL, Kelley ME. Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. *Substance Use Misuse* 2003;38: 1017-1035.
9. Copeland LA, Blow FC, Barry KL. Health care utilization by older alcohol-using veterans: effects of a brief intervention to reduce at risk drinking. *Health Education and Behavior* 2003;30:305-321.
10. Curry SJ, Donovan D, Kim E, Ludman EJ, Grothaus LC. A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. *Health Psychology* 2003;22:156-165.
11. Fernández Garcia JA, Ruiz Moral LA, Pérula de Torres LA, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Atención Primaria* 2003;31:146-155.
12. Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Conigliaro R, Kelley ME et al. Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 2001;62:605-614.
13. Aalto M, Seppä K, Mattila P, Mustonen H, Ruuth K, Hyvärinen H et al. Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a three-year

- randomized controlled study. *Alcohol and Alcoholism* 2001;36:224-230.
14. Vinson DC, Devera-Sales A. computer-generated written behavioral contracts with problem drinkers in primary medical care. *Substance Abuse* 2000;21:215-222.
 15. Freeborn DK, Polen MR, Hollis JF, Senft RA. Screening and brief intervention for hazardous drinking in a HMO: effects on medical care utilization. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 2000;27:446-453.
 16. Manwell LB, Fleming MF, Mundt MP, Stauffacher EA, Barry KL. Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: results of a brief intervention trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2000;24:1517-1524.
 17. Aalto M, Saksanen R, Laine P, Forsström R, Raikaa M, Kiviluoto M et al. Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized, controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2000;24:1680-1686.
 18. Scott HK. Screening for hazardous drinking in a population of well women. *British Journal of Nursing* 2000;9:107-114.
 19. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *Journal of Family Practice* 1999;48:378-384.
 20. Ockene JK, Adams A, Hurley TG, Wheeler RV, Hebert JR. Brief physician-and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Archives of Internal Medicine* 1999;159:2198-2205.
 21. Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Family Practice* 1998;15:562-568.
 22. Tomson Y, Romelsojo A, Aberg H. Excessive drinking – brief intervention by a primary health care nurse. *Scandinave Journal of Primary Health Care* 1998;16:188-192.
 23. Nieto Candenias M, Novoa A, Marcelo MT, Alonso Pérez M, Herreros Tabernereros B, Bermejo CJ et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Atención Primaria* 1997;19:127-132.
 24. McIntosh MC, Leigh G, Baldwin NJ, Marmulak J. Reducing alcohol consumption: comparing three brief methods in family practice. *Canadian Family Physician* 1997;43:1959-1967.
 25. Burge SK, Amodei N, Elkin B, Catala S, Andrew SR, Lane PA et al. An evaluation of two primary care interventions for alcohol abuse among mexican-americans patients. *Addiction* 1997;92:1705-1716.
 26. Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. Brief Intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of Preventive Medicine* 1997;13(6):464-470.
 27. Chang G, Behr H, Goetz MA, Hiley A, Bigby JA. Women and alcohol abuse in primary care: identification and intervention. *American Journal on Addictions* 1997;6:183-192.
 28. Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Pico MV, Melús E, Aranguren F et al. Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). *Medicina Clinica* 1997;109:121-124.
 29. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. *JAMA* 1997;277:1039-1045.
 30. Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, Booker S, Miller V, Gingrich R et al. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcoholism: Clinical Experimental Research* 1996;20:1443-1450.
 31. World Health Organization. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health* 1996;86:948-955.
 32. Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995;90:119-132.
 33. Ivanets NN, Lukomskaya MI. Evaluation of early intervention strategies used in primary health care: a report on the World Health Organization (WHO) project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism Suppl* 1991;1:489-491.
 34. Figlie NB, Pillon SC, Castro AL, Laranjeira R. Organização de serviço para alcoolismo: uma proposta ambulatorial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2001;50:169-179.

35. Jungerman FS, Almeida RAM, Laranjeira R. Grupos de motivação: estudo descritivo de um atendimento para dependentes de drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2000;49:61-68.
36. Kerr-Côrrea F, Lima MEC, Dalben I, Hegedus AM. A importância da gravidade da dependência e do gênero para a evolução de dependentes de drogas. *Ribeirão Preto/SP. Medicina* 1999;32:36-45.
37. Oliveira MS. Eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool [tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2000.
38. Kerr-Corrêa F. 1º Levantamento do uso de álcool e drogas e das condições gerais de vida dos estudantes de UNESP (1998) [monografia na Internet]. Botucatu; 1998. [Acesso em 28 jul 2004]. Disponível em: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/pesquisa.htm>.
39. De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2004;50:305-313.
40. Wutzke SE, Conigrave KM, Saunders JB, Hall WD. The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction* 2002;97:665-675.
41. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21:852-861.

Recebido em 29/05/2006
Aprovado em 05/04/2007