

# Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool

## Brief interventions for alcohol related problems

Ana Cecília Petta Roselli Marques<sup>a</sup> e Erikson Felipe Furtado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidade de Dependência de Drogas da Universidade Federal de São Paulo (UDED/UNIFESP)

<sup>b</sup>Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (PAI-PAD/FMRP-USP)

### Resumo

*Este artigo apresenta os conceitos e pressupostos básicos necessários à compreensão das Intervenções Breves (IBs), com uma revisão da literatura sobre sua efetividade e uma discussão sobre as IBs no Brasil. Os pressupostos teóricos são discutidos, assim como o quadro conceitual representado pelo acrônimo FRAMES, originado pela composição da primeira letra das palavras inglesas: Feedback; Responsibility; Advice; Menu; Empathic e Self-efficacy. São discutidos os resultados dos estudos de revisão sistemática e meta-análise que investigaram a efetividade das IBs e é apresentado um quadro esquemático dos principais resultados. Finalmente, discute-se a história recente da introdução das IBs no Brasil. Enfatiza-se a importância do treinamento de profissionais de saúde e a adoção das IBs nos diferentes contextos assistenciais, considerando sua efetividade comprovada e sua viabilidade econômica.*

**Descritores:** Abuso de substâncias. Terapia. Métodos. Estudos de intervenção. Redução do dano. Prevenção & controle. Comportamento de redução do risco. Aconselhamento.

### Abstract

*This article presents the concepts and basic premises that are necessary for a better understanding of the Brief Interventions (BIs), with a literature review of its effectiveness and a discussion about BIs in Brazil. The theoretical premises are discussed, as well the concepts represented by the acronym FRAMES: Feedback; Responsibility; Advice; Menu; Empathic and Self-efficacy. Results of systematic reviews and metaanalysis about BIs effectiveness are discussed and a summary box with the main studies is presented. Finally, the recent developments about the introduction of BIs in Brazil are commented. The importance of health professionals training and the adoption of BIs within different settings are emphasized considering its demonstrated effectiveness and economic feasibility.*

**Keywords:** Substance abuse. Therapy. Methods. Intervention studies. Harm reduction. Prevention & control. Risk reduction behavior. Counseling.

#### Introdução

A utilização de técnicas terapêuticas concisas e de curta duração, classificadas em intervenções e terapias breves, tem se tornado uma parte cada vez mais importante no espectro de cuidados disponíveis para o tratamento de problemas relacionados ao uso de substâncias (PRUS).

Na atualidade, a sociedade brasileira tem se tornado cada vez mais alerta para a dimensão dos problemas médicos e sociais decorrentes do consumo de substâncias. Ao mesmo tempo, torna-se clara a existência de um abismo extraordinário entre a crescente demanda por assistência e os recursos existentes. O foco e a prioridade de políticas assistenciais deve ser, então, o maior alcance e a maior efetividade possível com o uso de recursos limitados. Não só na área pública, mas igualmente nos serviços de saúde sujeitos às práticas

privadas (seguros e planos de saúde), enfatiza-se o uso racional de recursos e a escolha de técnicas economicamente viáveis.

Nesse contexto, torna-se cada vez mais relevante o domínio profissional das técnicas breves de intervenção e terapia, assim como a investigação correta de sua adequação cultural às condições brasileiras e a verificação de sua efetividade.

Este artigo tem como objetivo apresentar ao leitor uma atualização sobre o tema das intervenções breves para os PRUS.

#### Conceitos básicos

Intervenções breves não devem ser confundidas com terapias breves, mas as duas formas de técnicas de curta duração devem ser entendidas como partes de um continuum de cuidados, ao invés de aplicadas fora do contexto indicado ou para todos os PRUS. As principais dife-

renças entre intervenções breves e terapias breves estão relacionadas à amplitude das metas de tratamento. As intervenções breves (IBs) objetivam, primariamente, detectar o problema e motivar o paciente a alcançar determinadas ações, como por exemplo, iniciar um tratamento ou, ainda, melhorar seu nível de informação sobre riscos associados ao uso de substâncias, por meio de um aumento de seu senso de risco e de auto-cuidado.<sup>1</sup>

As psicoterapias breves têm objetivos mais amplos, tais como obter mudanças mais profundas e persistentes de padrões de reação emocional ou comportamental, a manutenção de abstinência ou a habilidade de desenvolver estratégias para lidar com o estresse e situações de risco intrínsecas e extrínsecas.<sup>1</sup>

As IBs são intervenções que podem também complementar atividades assistenciais habituais e que são inseridas na rotina usual de atendimento, ocupando um tempo mínimo, utilizando recursos didáticos para obter rapidamente um maior nível de informação do paciente sobre seus problemas atuais, avaliando e eliciando a motivação para mudança, preparando-o para tomar decisões. Assim, por exemplo, um médico do Programa de Saúde da Família poderá incorporar na consulta de rotina um breve momento destinado à triagem para identificação de pacientes com PRUS, incluindo no seu esquema usual de seguimentos e monitorizações parte da consulta para aplicar a IB.

As psicoterapias breves (PBs), por outro lado, são momentos terapêuticos mais intensos, exclusivos; ou seja, sessões terapêuticas mais longas e menos estruturadas, aplicadas de acordo com a experiência e características do terapeuta.

As IBs não exigem muito tempo e se incorporam com facilidade na consulta usual de médicos de família, enfermeiras e agentes de saúde comunitária. As PBs implicam numa programação mais prolongada de sessões. As IBs podem durar de cinco a 30 minutos, pelo menos, e são constituídas por uma curta seqüência de etapas que incluem a identificação e dimensionamento dos problemas ou dos riscos – geralmente através do uso de um instrumento padronizado de rastreamento, como o AUDIT, por exemplo – e o oferecimento de aconselhamento, orientação e, em algumas situações, monitoramento periódico do sucesso em atingir metas assumidas voluntariamente pelo paciente.<sup>2</sup>

Há uma grande variedade de definições para intervenções breves. Na literatura mais recente, elas têm sido referidas como “orientação básica” (*simple advice*), “intervenções mínimas” (*minimal interventions*) ou “aconselhamento breve” (*brief counseling*). Elas podem ser simples recomendações para redução do consumo, fornecidas por um profissional (assistente social, enfermeira ou técnica de enfermagem, etc), como também podem incluir uma série de recursos oferecidos em um programa estruturado de tratamento. Portanto, IBs não devem ser vistas como uma técnica homogênea, mas como um conjunto de estratégias ou procedimentos que variam quanto à duração, estrutura, metas, pessoal responsável, meio de comunicação, ambiente de execução e também em relação aos seus diferentes fundamentos teóricos e premissas filosóficas.<sup>3</sup>

### Os pressupostos teóricos

Os primeiros referenciais teóricos utilizados como fundamentos para a criação deste tipo de intervenção são originários das teorias comportamental e cognitivista.

A intervenção breve foi proposta como uma abordagem psicoterapêutica para dependentes de álcool, em 1972, por Sanchez-Craig et col., no Canadá. Com a aplicação de quatro sessões focalizadas e simples, seus autores observaram uma redução imediata do consumo de álcool em dependentes graves e, conseqüentemente, uma melhora na saúde, quando comparada a uma amostra semelhante de pacientes sem tratamento.<sup>4</sup> A técnica poderia ser aplicada por profissionais de várias formações, desde que bem treinados por um curto espaço de tempo. Utilizando uma estratégia simples de redução do número de

doses consumidas por situação, previamente detectadas e monitoradas, este resultado fortaleceu a idéia original de que comportamentos aprendidos e disfuncionais poderiam ser modificados e a autonomia do indivíduo restabelecida.

Na entrevista inicial, a comunicação empática e voltada para a prontidão para mudança do indivíduo foi considerada uma etapa tão importante quanto o diagnóstico. Em função deste aspecto e da brevidade da técnica, introduziu-se a abordagem da motivação na estrutura da intervenção breve. O estágio motivacional que se encontra o paciente foi então estudado e considerado como um fator preditor de efetividade no tratamento.<sup>5</sup>

Resumindo, os pressupostos teóricos das IBs são:

1. O comportamento disfuncional pode ser mudado;
2. A motivação precisa ser avaliada e adequada para a ação; e
3. A percepção do paciente quanto à sua responsabilidade no processo de equilíbrio deve ser desenvolvida.

Existem muitas outras estratégias que podem ser aplicadas para atingir os objetivos da IB: o exercício comportamental e cognitivo com a finalidade de perceber a realidade, detectando situações de risco e problemas decorrentes do enfrentamento delas; a aplicação de questionários, inventários e/ou escalas que corroborem a existência dos problemas; o aconselhamento, baseado em um “menu de ações”, para diminuir ou interromper o consumo e sua execução por meio de tarefas; a cooperação positiva e responsável do usuário, para elaboração de um plano de intervenção, seguimento e avaliação dos resultados.

Este modelo de intervenção pode ser sintetizado como “modelo de auto-regulação”, desencadeado pela evidência de problemas e perda do equilíbrio, cuja meta é o resgate da autonomia.<sup>6</sup>

Os estudos têm mostrado que muitos indivíduos que buscam assistência – em torno de 80% – não estão preparados para realizar este processo sozinhos, pois se encontram em fase de pré-contemplação ou contemplação de seu problema.<sup>7</sup> O mesmo acontece com os profissionais, que se consideram muito pouco preparados para resolver estes problemas.<sup>8</sup>

### Objetivo das intervenções breves

O objetivo fundamental de qualquer intervenção breve é reduzir o risco de danos proveniente do uso continuado de substâncias psicoativas ou, mais precisamente, reduzir as chances e condições que favoreçam o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de substâncias (PRUS). As metas são estabelecidas para cada paciente, individualmente, a partir da clara identificação do seu padrão atual de consumo e os riscos associados.

Existem seis elementos componentes de uma intervenção breve, que são essenciais e que devem estar presentes para caracterizar a intervenção. São eles identificados por meio do acrônimo FRAMES, originado pela composição da primeira letra das palavras inglesas: *Feedback*; *Responsibility*; *Advice*; *Menu*; *Empathic* e *Self-efficacy*.

O termo “feedback” é empregado para definir a retroalimentação do paciente através da comunicação dos resultados de sua avaliação, mais comumente feita através da devolutiva dos resultados obtidos na aplicação de um instrumento de rastreamento – por exemplo, o profissional informa o resultado da pontuação no AUDIT e esclarece o seu significado em termos de qual parcela da população geral apresenta o mesmo nível de risco, assim como informa qual a carga de risco associada àquela pontuação obtida pelo paciente.

“*Responsibility*” refere-se à ênfase na autonomia do paciente e sua responsabilidade nas decisões, que implica no posicionamento necessário de autoproteção e cuidado e compromisso com mudança.

“*Advice*” corresponde às orientações e recomendações que o profissional deve oferecer ao paciente, fundamentadas no conhecimento empírico atual, sendo estas claras, diretas e desvinculadas de juízo de valor moral ou social, e que preservem a autonomia de decisão do

paciente.

“Menu” é o fornecimento ao paciente de um catálogo de alternativas de ações – voltadas à sua auto-ajuda ou a opções de tratamento disponíveis – que podem ser implementadas por ele.

“Empathic” refere-se ao modo empático, solidário e compreensivo; postura que deve ser adotada pelo profissional diante do seu paciente.

“Self-efficacy” é o termo empregado para o foco que o profissional deve ter no sentido de promover e facilitar a confiança do paciente em seus recursos e em seu sucesso, correspondendo a um reforço do otimismo e autoconfiança do paciente, voltado a uma maior autopercepção da eficácia pessoal e da consecução de metas assumidas. Bandura (apud Barry, 1999), um teórico cognitivista, propôs que “self-efficacy”, auto-eficácia, representa uma influência importante sobre o

abordagem e orientação sobre o problema. Em poucos minutos, os profissionais nestas unidades podem aplicar a IB, investigando sobre o uso problemático e aconselhando a diminuir o consumo. O impacto positivo desta ação tem sido estudado e foi considerado efetivo.<sup>11,12</sup>

O Tabela 1 apresenta esquematicamente os diferentes contextos e ambientes em que intervenções breves para problemas relacionados ao álcool podem ser aplicadas a partir de um rastreamento ou busca ativa, efetuados como parte do atendimento de rotina por meio da aplicação do AUDIT.<sup>13</sup>

#### Estudos sobre intervenções breves

Alguns estudos têm sugerido que, quando aplicadas em usuários de risco com consumo médio ou elevado, o potencial das IBs para a

**Quadro 1**  
**Equipes, locais e grupos considerados apropriados para a implementação do Programa de Rastreamento com o uso do AUDIT para o emprego de intervenções breves.**

Local	Grupo-alvo	Equipe
Serviços de atenção primária	Pacientes	Enfermeiras, assistentes sociais
Serviços emergenciais	Vítimas de acidentes, pacientes com intoxicação, vítimas de traumas	Médicos, enfermeiras e equipe
Consultório médico	Pacientes	Médico generalista, médico de família e equipe
Hospitais-gerais / Ambulatórios	Pacientes com hipertensão, doenças cardíacas, gastrointestinais e transtornos neurológicos	Residentes e equipe
Hospitais psiquiátricos	Pacientes psiquiátricos, em especial os com risco suicida	Psiquiatra e equipe
Tribunal, cadeia, presídio	Infratores de trânsito, criminosos violentos	Funcionários, advogados e equipe técnica
Outras situações de risco	Pessoas que vêm apresentando prejuízos sociais ou ocupacionais (ex: problemas conjugais, negligência infantil, etc)	Profissionais de saúde e trabalhadores sociais
Serviços militares	Homens alistados e oficiais	Médicos
Ambientes de trabalho	Funcionários, especialmente aqueles que estão apresentando problemas de produtividade, absenteísmo e acidentes	Equipe de assistência ao funcionário

comportamento que se manifesta numa resposta conjunta dos sistemas cognitivo, motivacional e emocional. Se uma pessoa tem uma percepção de baixa auto-eficácia devido à falta de habilidades de enfrentamento, ela provavelmente terá crenças distorcidas e negativas sobre si mesma e sobre sua condição, e terá menor motivação, mesmo para tentar enfrentar os problemas.<sup>1</sup>

#### Campos de aplicação

O primeiro contato destes indivíduos ocorre, geralmente, com o médico clínico geral, mas a investigação e o diagnóstico não são feitos com a mesma frequência e precisão que para outras doenças crônicas.<sup>9</sup> As dificuldades encontradas na entrevista de pacientes ao nível da atenção primária à saúde, relacionadas à triagem dos pacientes dependentes por clínico geral, foram: a falta de conhecimento específico (18%); a falta de confiança e conhecimento de técnicas breves (90%); e o desejo de 50% dos profissionais de receber treinamento para poder utilizar a técnica.<sup>10</sup>

A unidade básica de saúde é o ambiente onde o estigma é menor e, conseqüentemente, também será menor a resistência do indivíduo à

redução de problemas e danos do indivíduo e dos custos de tratamento é capaz de superar significativamente a efetividade das IBs aplicadas em indivíduos com dependência de substâncias.<sup>14</sup> Ou seja, o melhor uso das IBs se dá quando direcionadas a usuários de risco ou a pacientes com diagnóstico de uso nocivo, não sendo necessariamente ideais para pacientes já portadores da síndrome de dependência.

Alguns estudos de revisão sistemática e meta-análise têm sido realizados com o intuito de verificar e agregar evidências sobre a efetividade das IBs. Kahan et col.<sup>15</sup> identificaram 43 estudos indexados no MEDLINE, entre 1966 e 1985, e outros 112 indexados no EMBASE e publicados entre 1972 e 1994. Wilk et col.,<sup>16</sup> utilizando critérios mais específicos, encontraram 99 estudos, a partir de uma base de 6.000 artigos indexados no MEDLINE e PsychLIT, entre 1966 e 1995. Das amostras bibliográficas obtidas, 11 estudos da revisão de Kahan et col. e outros 12 estudos da revisão de Wilk et col. apresentaram uma metodologia adequada com grupo controle, tamanho amostral adequado e critérios especificados para IBs.<sup>15,16</sup>

As evidências têm apontado na direção de uma confirmação da efetividade das IBs.<sup>1</sup> A Tabela 2 apresenta um resumo dos principais

estudos.<sup>2</sup>

### Estudos sobre intervenções breves no Brasil

Em 1988, Masur e colaboradores, do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, iniciaram um projeto colaborativo com Sanchez-Craig e Wilkinson, visando estudar a efetividade desta técnica no atendimento de dependentes de substâncias de abuso no Brasil.<sup>17</sup> Foi realizado, então, um estudo clínico controlado, onde se avaliou a efetividade da intervenção breve comparada a um grupo-controle de pacientes em atendimento de psicoterapia de grupo de base psicodinâmica, o modelo mais utilizado na época. Após dois seguimentos de avaliação, realizados 10 e 20 meses após a admissão do paciente ao programa, concluiu-se que as duas modalidades apresentaram resultados semelhantes, com uma pequena vantagem sobre a terapia de grupo, em relação à adesão dos pacientes dependentes de outras drogas.<sup>17</sup> Em função das diferenças culturais e maior gravidade da dependência dos pacientes brasileiros naquele estudo, foram introduzidas mudanças na técnica, entre elas, o aumento do número de sessões. Em seguimento àquela pesquisa, realizou-se, no mesmo serviço, uma comparação entre a efetividade da terapia na abordagem individual e grupal aplicada aos dependentes de álcool e outras substâncias. Os resultados mostraram que os dois formatos apresentavam a mesma efetividade, podendo o grupo ser utilizado com a vantagem de tratar um número maior de pacientes.<sup>18,19</sup>

Alguns estudos dedicaram-se a avaliar as técnicas motivacionais para o tratamento de pacientes alcoolistas<sup>20,21</sup> e guardam certa proximidade conceitual com o tópico das IBs.

### O projeto da OMS no Brasil

O alcoolismo está entre os dez mais importantes problemas de saúde selecionados para compor a lista de prioridades do Programa Nacional de Saúde da Família. Este tornou-se o centro de uma ambiciosa reforma em todo o setor de saúde pública. A equipe de saúde da família é a unidade mais frontal neste sistema de saúde baseado na comunidade. Esta unidade é, basicamente, composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Especialistas podem ser solicitados a agir como consultores das equipes de saúde da família.

O projeto da OMS no Brasil tem como objetivo a implementação e o desenvolvimento de estratégias de treinamento para profissionais de saúde não-especialistas, assim como o monitoramento da implementação e da execução das IBs nos serviços assistenciais, especialmente junto ao Programa de Saúde da Família. Na região de Ribeirão Preto (PAI-PAD/FMRP-USP), conta com a participação da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, através da sua Diretoria Regional. Sabemos que o Ministério da Saúde observa com atenção esta experiência e tem o interesse em disseminar as IBs no país.

A comprovada efetividade das IBs justifica a sua implementação nos serviços assistenciais como parte integrante da rotina do atendimento oferecido. Um importante desafio a ser vencido é a capacitação de profissionais de saúde e o estabelecimento de uma eficiente rede integrada de serviços especializados que ofereçam retaguarda assistencial para a demanda de atendimento secundário e terciário que, inevitavelmente, será desvelada. Psiquiatras serão cada vez mais chamados a contribuir para o treinamento, supervisão e consultoria de profissionais não-especialistas, tanto nos ambientes de atenção primária (PSF, ambulatórios e consultórios) quanto nos serviços de emergência ou em hospitais gerais. Na condição de especialistas, deverão ser capazes de introduzir as IBs na rotina de atendimento de pacientes psiquiátricos ambulatoriais. O manejo adequado de escalas de rastreamento para o álcool, entrevistas diagnósticas, avaliação motivacional e emprego de técnicas psicoterapêuticas breves, deverão fazer parte do arsenal básico do psiquiatra e constar obrigato-

### Quadro 2

#### Evidências para intervenções breves

Durante os últimos 20 anos, houve vários experimentos clínicos padronizados de intervenções breves em diversos ambientes de atenção à saúde. Foram feitos estudos na Austrália, Bulgária, México, Reino Unido, Noruega, Suíça, Estados Unidos e em outros países. A evidência da efetividade das intervenções breves foi sumariada em diversos artigos de revisão, incluindo os seguintes:

- Em um dos primeiros artigos de revisão, Bien et al.<sup>9</sup> consideraram 32 estudos controlados envolvendo mais de 6.000 pacientes, encontrando que as intervenções breves são tão efetivas quanto tratamentos mais prolongados. “Há uma evidência encorajadora de que o curso do uso nocivo de álcool pode ser efetivamente alterado com estratégias de intervenção bem delimitadas, que são possíveis dentro de contextos onde haja contato relativamente breve, como ambientes de atenção primária à saúde e programas de assistência ao funcionário.”
- Kahan et al.<sup>10</sup> reviu 11 experiências de intervenções breves e concluiu que, mesmo sendo necessárias mais pesquisas na busca de resultados específicos, o impacto das intervenções breves na saúde pública tem um potencial enorme. “Os médicos são aconselhados a implementarem as intervenções breves em sua prática, dadas as evidências da efetividade destas estratégias e a baixa quantidade de tempo e esforço que elas requerem.”
- Doze experiências controladas e padronizadas foram revistas por Wilk et al.<sup>11</sup> e concluiu-se que usuários de álcool que receberam intervenções breves tinham o dobro de chances de diminuir o padrão de uso após seis a doze meses do que os que não receberam nenhuma intervenção. “As intervenções breves são de baixo custo e são medidas efetivas de prevenção para usuários pesados de álcool em serviços ambulatoriais.”
- Moyer et al.<sup>12</sup> reviu estudos onde se compararam intervenções breves em grupos-controles que não estavam em tratamento e em outros que estavam em tratamento longo. Eles encontraram “mais evidências positivas” para a efetividade das intervenções breves, especialmente entre pacientes com problemas menos severos. Eles alertam que as intervenções breves não devem substituir o tratamento especializado, mas sugerem que elas podem servir como um tratamento inicial para pacientes com dependência severa que estão em busca de um tratamento mais longo.

riamente em sua formação regular ou complementar. As associações profissionais responsáveis pela defesa dos interesses da especialidade deverão esforçar-se no sentido de garantir ao psiquiatra o papel de profissional especializado de referência.

### Conclusões

Intervenções breves para problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas têm sido desenvolvidas e investigadas quanto a sua efetividade. Um corpo sólido de evidências fornece apoio para a recomendação de sua adoção em diferentes contextos de tratamento, especialmente aqueles voltados para usuários com padrão de consumo de risco ou diagnóstico de uso nocivo, não necessariamente dependentes. Espera-se que os planejadores e gestores de serviços de saúde, especializados e não-especializados, adotem as IBs como um recurso básico, efetivo e economicamente viável, para a assistência aos milhares de pacientes com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas no país.

### Referências

1. Barry KL. *Brief interventions and brief therapies for substance abuse*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment; 1999.
2. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Heather N. *Treatment approaches to alcohol problems*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1995.
4. Sanchez-Craig M, Wilkinson DA. *Brief treatments for alcohol and drug problems: Practical and methodological issues*. In: Loberg T, Miller WR, Nathan PE, Marlatt GA, editors. *Addictive Behaviors: Prevention and Early Intervention*. Amsterdam/Lisse, Netherlands: Swets and Zeitlinger B.V.; 1989. p. 233-52.
5. Diclemente CC, Prochaska JO. *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors*. In: Miller WR, Heather N, editors. *Treating Addictive Behaviors*. New York, NY: Plenum Press; 1998. p. 3-24.
6. Miller WR, Brown JM. *Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours*. In: Heather N, Miller WR, Greeley J, editors. *Self-control and the addictive behaviours*. Sydney, Australia: Maxwell Macmillan Publishing; 1991. p. 3-79.
7. Prochaska JO. *How do people change, and how can we change to help many more people?* In: Hubble MA, Duncan BL, editors. *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1999. p. 227-55.
8. Kaariainen J, Sillanaukee P, Poutanen P, Seppä K. *Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care*. *Alcohol Alcohol* 2001;36(2):141-6.
9. Walsh RA. *Medical education about alcohol: review of its role and effectiveness*. *Alcohol Alcohol* 1995;30(6):689-702.
10. Aalto M, Sillanaukee P. *Compliance rate and associated factors for entering an alcohol brief intervention treatment programme*. *Alcohol Alcohol* 2000;35(4):372-6.
11. Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant 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* 1993;88(3):349-62.
12. Babor TF, Longabaugh R, Zweben A, Fuller RK, Stout RL, Anton RF, et al. *Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research*. *J Stud Alcohol Suppl* 1994;12:101-11.
13. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monti PM, Monteiro MG. *AUDIT The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization; 2001.
14. Higgins-Biddle JC, Babor TF, Mullahy J, Daniels J, McRee B. *Alcohol screening and brief intervention: where research meets practice*. *Conn Med* 1997;61(9):565-75.
15. Kahan M, Wilson L, Becker L. *Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review*. *CMAJ* 1995;152(6):851-9.
16. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. *Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers*. *J Gen Intern Med* 1997;12(5):274-83.
17. Formigoni MLOS. *A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira*. São Paulo, SP, Brasil: Contexto; 1992.
18. Marques ACPR. *Comparação da efetividade da terapia comportamental-cognitiva breve individual e em grupo no tratamento de dependentes de álcool ou outras drogas [Thesis]*. Universidade Federal de São Paulo; 1997.
19. Marques AC, Formigoni ML. *Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients*. *Addiction* 2001;96(6):835-46.
20. Oliveira MS. *Eficácia da intervenção motivacional em dependentes do álcool / The efficacy of motivational intervention in alcohol dependents [Thesis]*. Universidade Federal de São Paulo; 2000.
21. Figlie NB. *Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia [Dissertation]*. Universidade Federal de São Paulo; 1999.

**Correspondência:**

PAI-PAD – FMRP/USP  
 Av. dos Bandeirantes 3900 – Campus da USP  
 Hospital das Clínicas – 3º andar, sala 333  
 14.049-900 Ribeirão Preto, SP, Brasil  
 E-mail: efurtado@fmrp.usp.br  
 Obs.: Os manuais da OMS, do AUDIT e de IBs, traduzidos  
 ao português, poderão ser obtidos através do PAI-PAD  
 (www.fmrp.usp.br/paipad).

UDED – UNIFESP  
 Rua Napoleão de Barros, 925 Vila Clementino,  
 04024 -002 São Paulo, SP, Brasil  
 E-mail: anace@psicobio.epm.br