

O que aprendemos sobre implementação das Intervenções Breves na América Latina?



Desde a década de 80, as intervenções breves (IB) para o uso de álcool e outras drogas começaram a ser desenvolvidas, implementadas e avaliadas nos Estados Unidos e alguns países da Europa⁽¹⁾. Com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve um investimento em pesquisas com diferentes desenhos metodológicos ou enfoques, com o intuito de analisar se tais ações apresentariam eficácia ou efetividade em comparação a outras intervenções mais longas e com maiores custos de implementação. Após algumas evidências iniciais, investiram-se em ações de disseminação de tais práticas em vários países, como uma ação de cunho preventivo, a partir do conceito de uso de risco ou nocivo e que ultrapassasse o foco remediativo ou da dependência, como entidades nosológicas estanques⁽²⁾.

Portanto, para além do enfoque em saúde mental ou das *especialidades das dependências*, as IB são inseridas a partir das ciências da prevenção e, especialmente no contexto da saúde pública, sendo, antes de mais nada, uma ação de educação para saúde⁽³⁾. Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como nível estratégico. A ideia central é que, juntamente com a disseminação de instrumentos de rastreamento, a IB fosse incorporada como rotina de ações de prevenção e educação em saúde nos diferentes serviços, tais como as realizadas para outras condições crônicas de saúde⁽⁴⁾. Porém, já nos estudos iniciais realizados nos países do hemisfério norte, algumas barreiras já foram sendo encontradas, em especial as atitudes negativas de profissionais e gestores para lidar com o tema e questões de organização racionalidade dos serviços para se inserir tais temas^(1,5).

Apesar das dificuldades iniciais, principalmente a partir dos anos 2000, por influência da OMS, países da América Latina iniciaram projetos de implementação da IB em serviços de APS, especialmente Brasil⁽³⁾, Chile⁽⁶⁾ e México⁽⁷⁾. Alguns resultados em relação a barreiras para implementação foram semelhantes a outros países tais como atitudes negativas, falta de tempo e falta de conhecimento dos profissionais para lidar com o tema. Porém, algumas especificidades da região foram encontradas, tais como a baixa cobertura de serviços públicos para tratamento, falta de articulação da rede de atenção à saúde, falta de estrutura física dos serviços⁽⁸⁾ e, principalmente, em função das questões de maior vulnerabilidade e desigualdade social nos países latino-americanos, a necessidade e o desafio de incorporar as ações de IB em outros setores como a assistência social, educação e segurança pública⁽⁹⁾. Soma-se a esses fatores, o problema de como tais países incorporaram a IB de forma procedimental, baseado na realidade de outros países, que apresentam questões epidemiológicas, culturais, estruturais e organizacionais diversas dos países do hemisfério sul.

Em relação às evidências produzidas sobre a IB, dados de revisão sistemática, com ou sem metanálise, demonstram que esta intervenção não se diferia em termos de eficácia e efetividade de outras abordagens mais longas e ainda apresentavam melhor relação custo-efetividade⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Apesar desses resultados iniciais, alguns dados demonstram que a IB apresenta uma limitação de efeito, havendo uma perda de resultados após alguns meses de sua aplicação⁽¹²⁾.

A partir de tais resultados e após um primeiro momento de grande investimento de pesquisas e capacitações e extrapolação da IB para outros níveis de atenção ou setores, mais recentemente, algumas críticas e necessidade de se repensar a implementação da IB começam a ganhar força. Inicialmente há uma crítica em se pensar em tal ação como solução mágica para os problemas de drogas. Em segundo lugar, discute-se a necessidade de se repensar tais ações para além de uma prática meramente procedimental e que seja de fato incorporada a ações em saúde, de forma mais compreensiva e adaptada aos diferentes contextos e realidades e que haja uma articulação efetiva da rede de atenção aos usuários⁽¹³⁾. Por último, questiona-se a produção das evidências em função de problemas metodológicos ou de medidas de desfechos que levam a conclusões limitadas sobre a efetividade da IB para diferentes substâncias e diferentes contextos. Nesse sentido, chama atenção a revisão recente de McCambridge e Saitz⁽¹⁴⁾, onde problematizam a generalização das evidências sobre a IB para diversas drogas e contextos, discutindo-se a escassez de evidências e de estudos mais conclusivos e a grande variação de definição de IBs, tanto em termos de conteúdo, como frequência e intensidade das intervenções estudadas, gerando uma “Caixa Preta” que dificulta definir de maneira mais rigorosa as evidências na área. Na América Latina, a caracterização das evidências tendem a ser semelhantes, pois há uma concentração de estudos no Brasil e México, maior ênfase em avaliação de processo em detrimento a estudos de eficácia e efetividade, maior número de estudos realizados na APS, com amostras pequenas, predominância de estudos sobre uso de álcool e também uma grande variação em termos de conceituação ou práticas realizadas e que são chamadas de IB⁽¹⁵⁾.

Portanto, a perspectiva atual em relação às IBs se refere à maior cautela em termos de sua implementação, em função da falta de evidência para determinadas populações e substâncias e também a necessidade de maior consistência conceitual. Soma-se a isso a necessidade de uma implementação mais compreensiva e culturalmente adaptável⁽¹⁵⁾.

Especificamente para a América Latina, para além das dificuldades para sua implementação e para a falta de evidências na área, ressalta-se uma possível perspectiva em nossa região. Existe uma discussão atual de que é necessário pensarmos a IB não meramente uma técnica e que ultrapassemos as ações demasiadamente estruturadas e com questionários para fazermos uma readaptação para o que há de maior potencial em nossos países, que é o trabalho de base comunitário⁽¹³⁾. Nesse sentido, existem várias experiências desenvolvidas nos diferentes países, no campo da saúde comunitária que poderiam assimilar alguns princípios e ações baseadas na IB que potencializariam os trabalhos no campo de álcool e outras drogas⁽¹³⁾. Nesse aspecto, torna-se importante se pensar em ações e metodologias de ação e investigação que sejam mais adequadamente coerentes com nossas práticas em saúde e com a realidade sociocultural dos países. Obviamente, isso promoverá um novo desafio e formas de produção de evidências e conhecimento que também estejam de acordo com essas ações.

Enfim, depois de alguns anos de pesquisas, capacitações e implementações da IB, encontramos-nos numa fase de avaliação crítica do que realizamos ou pesquisamos e chama atenção para a necessidade de adaptarmos essa ação em saúde que nos parece ser importante, mas que tem limite de ação e que necessita ser repensada, com mais e diferentes evidências para avançarmos na área e que, principalmente, sejam considerados nossos contextos sociais, para além de uma mera transferência tecnológica desenvolvida em outros países e com outras realidades.

Referências

1. Nilsen P, Kander E, Babor TF. Brief intervention, three decades on. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. Estocolmo. 2008; 25(6):453-468.
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. 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*. Rio de Janeiro. 2005; 21(3):852-861.
4. Souza ICW, Ronzani TM. Álcool e Drogas na Atenção Primária: Avaliando Estratégias de Capacitação. *Psicologia em Estudo*. Maringá. 2012; 17(2):237-246.
5. Bien, TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Nova York. Addiction*. 1993; 88(3):315-336.
6. Cárdenas PN. *Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo: guía técnica para Atención Primaria de Salud*. Santiago de Chile: Ministerio de La salud de Chile; 2001.
7. Medina-Mora ME, García-Téllez I, Cortina D, Orozco R, Robles R, Vázquez-Pérez L, Real T, Chisholm D. Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Cidade do México. Salud Mental*. 2010; 33 (5):373-378.
8. Costa PHA, Mota DCB, Paiva FS, Ronzani TM. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(2): 395-406.
9. Laport TJ, Junqueira LAP. A Intersetorialidade nas Políticas Públicas sobre Drogas. In: Ronzani TM, Costa PHA, Mota DCB, Laport TJ (Orgs.). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez; 2015. p. 67-84.
10. Formigoni MLOS. *A Intervenção Breve na Dependência de Drogas: a experiência brasileira*. São Paulo: Contexto; 1992.
11. McCambridge J, Cunningham JA. The early history of ideas on brief interventions for alcohol. *Nova York. Addiction*. 2014; 109(4):538-546.
12. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, Kaner E. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Oxford. Alcohol and Alcoholism*. 2014; 49(1): 66-78.
13. Costa PHA, Mota DCB, Cruvinel E, Paiva FS, Ronzani TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Washington. Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 33(5):325-331.
14. McCambridge J, Saitz R. Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *London. BMJ*. 2017; 356: j116.
15. Ronzani TM, Mota DCB, Cruvinel E, Ferreira ML, Gomide HP, Mejía CF, Matínes JLV. *Guide for the implementation and standardization of screening and brief intervention strategies in primary and community health care*. Washington: CICAD; 2017.

Telmo Mota Ronzani

Editor-Chefe da Revista *Psicologia em Pesquisa*, Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil, Bolsista Produtividade em Pesquisa CNPq.

E-mail: telmo.ronzani@uff.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0002-8927-5793>