

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Bianca Silva da Rocha

**O ENGAJAMENTO NO TRATAMENTO
DE POLIUSUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS
POR MEIO DE UM SERVIÇO DE
TELESSAÚDE**

**Porto Alegre
2020**

Bianca Silva da Rocha

O engajamento no tratamento de poliusuários de substâncias por meio de um serviço de telessaúde

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Dra. Helena Maria Tannhauser Barros
Coorientadora: Hilda M.R.Moleda Constant

**Porto Alegre
2020**

Catálogo na Publicação

Silva da Rocha, Bianca

O engajamento no tratamento de dependentes químicos em um serviço de telessaúde / Bianca Silva da Rocha. -- 2020.

78 f. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2020.

Orientador(a): Helena Maria Tannhauser Barros ;
coorientador(a): Hilda M.R.Moleda Constant.

1. Substance-related disorders. 2. Therapeutic adherence. 3. Telemental health. 4. Motivational interviewing. I. Título.

Dedico este trabalho à mulher mais importante da minha vida, minha mãe, por todo o suporte e incentivo para meu crescimento profissional.

“Dear Mr. President, Come take a walk with me, Let's pretend we're just two people and you're not better than me. I'd like to ask you some questions if we can speak honestly. What do you feel when you see all the homeless on the street? Who do you pray for at night before you go to sleep? What do you feel when you look in the mirror? Are you proud? How do you sleep while the rest of us cry?”

(P!nk)

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	06
LISTA DE TABELAS	07
LISTA DE ABREVIATURAS	08
RESUMO	09
ABSTRACT	11
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA	12
1.2 ABORDAGENS NO TRATAMENTO	15
1.3 ENGAJAMENTO DO DEPENDENTE QUIMICO AO TRATAMENTO	20
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
4 ARTIGO: O IMPACTO DE UM SERVIÇO DE TELESSAÚDE NO ENGAJAMENTO DO TRATAMENTO: UM ESTUDO RANDOMIZADO COM USUÁRIOS DE DROGAS	34
6 ANEXOS	57
6.1 PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP	57
6.2 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A USUÁRIO DE DROGAS	59
6.3 PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO	60
6.4 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONSUMO.....	61
6.5 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA.....	62
6.6 REGRAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO.....	63

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Dissertação

Figura 1 -	Fluxograma do uso relacionado com os reforços positivos e negativos.....	13
Figura 2 -	Critérios do DSM-V e CID10.....	14
Figura 3 -	Escala analógica visual de contemplação (Ladder).....	16
Figura 4 -	Ciclo de estágios de mudança	17
Figura 5 -	Balança decisional relacionada ao uso de drogas	18

Artigo

Figura 1 -	Fluxograma do progresso dos participantes durante o acompanhamento no serviço	40
Figura 2 -	Percentual de adesão do usuário em durante o acompanhamento	45
Figura 3 -	Percentual do engajamento do usuário em durante o acompanhamento	46

LISTA DE TABELAS

Artigo

Tabela 1 - Características sociodemográficas de usuários de drogas atendidos entre janeiro de 2015 a dezembro de 2016, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019 44

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
IBM	Entrevista Breve Motivacional
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
NHSDA	National Household Surveys on Drug Abuse
OMS	Organização Mundial da Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde Porto Alegre

RESUMO

O número de usuários de substâncias psicoativas vem crescendo no Brasil, nos últimos anos. A entrevista breve motivacional tem se sobressaído como uma abordagem importante na motivação do usuário para a mudança de comportamentos que envolvem o uso problemático de substâncias. A motivação é fundamental para um tratamento com resultado positivo podendo ser desenvolvida por meio da entrevista motivacional, na qual auxilia o alcance de uma aliança terapêutica. Essa aliança pode ser criada, também, por telefone, que é uma forma de atendimento efetiva, de amplo acesso e rápida. A aliança terapêutica coopera para adesão do usuário e seu engajamento no tratamento. O objetivo deste estudo foi resumir os achados de literatura sobre adesão e engajamento terapêutico de poliusuários de drogas, especialmente quando do uso de intervenção motivacional por telefone no atendimento de dependentes químicos. Ainda, por meio de um estudo clínico randomizado, verificar as características dos poliusuários de substâncias que aderiram ou não aderiram ao tratamento e se houve influência da entrevista motivacional na mudança de comportamento, possibilitando a melhora das estratégias de abordagens ao usuário, a fim de que o mesmo finalizasse o protocolo de tratamento e se mantivesse em abstinência. Foram incluídos no estudo randomizado 769 poliusuários que ligaram para o um serviço nacional de atendimento telefônico de usuários de substâncias entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016. A partir disso, foi produzido um artigo denominado: “O impacto de um serviço de telessaúde no engajamento do tratamento: um estudo randomizado com usuários de drogas”. Este estudo avaliou a adesão e o engajamento dos dependentes químicos durante o tratamento por meio da telessaúde. Os usuários foram alocados em dois grupos, o grupo experimental recebeu entrevista motivacional e o grupo controle recebeu informações e orientações a despeito do uso e abuso de drogas. Os achados deste estudo reforçam estudos anteriores demonstrando baixa adesão dos poliusuários de substâncias a intervenções com objetivos de abstinência, inclusive por telessaúde, e mesmo quando aplicadas através de metodologias motivacionais. Ainda, fornecem informações sobre as características dos usuários que favorecem a adesão ao tratamento e o engajamento à mudança de comportamentos como mais idade e maior gravidade da dependência química. A busca de melhores formas de abordagem

destes usuários, deve trazer estudos adicionais na busca de novas alternativas para evitar o absenteísmo durante o tratamento de dependentes químicos.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Adesão terapêutica. Telessaúde. Entrevista motivacional.

ABSTRACT

The number of users of psychoactive substances has been growing in Brazil in recent years. The brief motivational interview highlights an essential approach in motivating the user to change the changes that involve the problematic use of substances. Motivation is fundamental for treatment with positive results capable of being developed through the motivational interview, in which the help or reach of a therapeutic alliance. This alliance can also be created by telephone, which is a form of practical, widely accessible, and fast service. The therapeutic alliance cooperates for the user's adherence and engagement in the treatment. The objective of this study was to take up the findings of the literature on drug treatment adherence and therapeutic engagement, primarily when the use of motivational intervention over the telephone does not help chemical dependents. Furthermore, this randomized clinical trial verifies the characteristics of polydrug users of substances that adhered or not to treatment and if there was an influence of the motivational interview on behavior change, allowing the improvement of strategies of approaches to the user, in order the user to complete the follow-up and remain abstinent. The randomized study included 769 polydrug users that called a national telephone service of substance users between January 2015 and December 2016. In the second part, an article entitled: "The impact of a telehealth service on treatment engagement: a randomized study with drug users" evaluated the adherence and engagement of chemical dependents during treatment employing telehealth. Two experimental groups of polydrug users were compared, the experimental group allocated to motivational interviews, and the control group, who received information and guidance about drug use and abuse as usual. The results of this study reinforce previous studies, demonstrating the low adherence of polydrug users to abstinence limits, including by telehealth, and even when applied using motivational methodologies. Also, information on the resources of users that favor treatment adherence and engagement are disclosed: there are more behavioral changes regarding drug use with higher age and greater severity of the substance dependence. The search for better ways to approach these users should bring about additional studies in the search for new alternatives to avoid absenteeism during the treatment of chemical dependents.

Keywords: Substance-related disorders. Therapeutic adherence. Telehealth. Motivational interview

1 INTRODUÇÃO

1.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

No campo da farmacologia, o termo droga refere-se às substâncias que quando absorvidas pelo corpo altera-o fisicamente e psicologicamente (OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2014). As drogas psicoativas, que também pode ser utilizado como sinônimo psicotrópicos, tem sua ação principal no sistema nervoso central (SNC) e alteram o humor, a percepção, o pensamento e comportamento de uma pessoa (SANTOS; PEREIRA; SIQUEIRA, 2013). As substâncias psicoativas podem ser classificadas em depressoras, estimulantes ou perturbadoras, conforme os efeitos por elas produzidos no SNC (OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2014).

Todas as substâncias psicoativas têm o seu mecanismo de ação particular, mas todas agem instigando o sistema de recompensa cerebral produzindo sentimentos de prazer e alívio de estados emocionais negativos (APA, 2014). As substâncias psicoativas apresentam semelhanças no modo em que agem em regiões significativas do cérebro das quais são ligadas a motivação (WHO, 2004). Esta motivação do uso da droga ocorre devido a uma alteração neurobiológica em que ativa o sistema dopaminérgico na qual ocorrem estímulos prazerosos agindo como reforço positivo (RITZ; CONE; KUCHAR, 1990; OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2014). Com o uso de drogas o neurônio dopaminérgico recebe respostas fazendo com que tenha um aumento de dopamina no SNC causando sensação de prazer (FORMIGONI et al., 2017).

A dopamina é um potente neurotransmissor responsável pelos efeitos da sensação de prazer em vias específicas do sistema de recompensa e de motivação (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2017). Esta sensação de prazer que a dopamina causa faz com que o usuário repita o consumo, diminuindo a função das redes cerebrais necessárias para a autorregulação, facilitando ações impulsivas, inflexíveis e compulsivas (VOLKOW; WISE; BALER, 2017). Essas vias anatomicamente associadas ao sistema mesolímbico e mesocortical, sofrem neuroadaptações quando expostas às drogas, de tal forma que, na ausência delas, o usuário pode experimentar um desconforto importante (FORMIGONI et al., 2017).

Entretanto, o consumo de drogas a longo prazo pode ocasionar sintomas físicos ou psíquicos após a interrupção da droga (JUST; MÜCKE; BLECKWENN, 2016). Este

estado nomeado síndrome de abstinência gera várias alterações no organismo do indivíduo incluindo uma soma de sintomas de aspecto e gravidade variáveis (EVANS; CAHILL, 2016). Como consequência a droga é consumida de forma ininterrupta de modo que alivia os sintomas desagradáveis, sendo agora a droga considerada um reforço negativo, como apontado na figura 1 (FORMIGONI et al., 2017).

Figura 1 – Fluxograma do uso relacionado com os reforços positivos e negativos



Fonte: Adaptado de OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2014

O consumo de forma ininterrupta da droga está associado com o progresso da dependência do uso de substância, o uso frequente ou em grandes quantidades pode provocar problemas graves, ocasionando danos físicos e químicos para os usuários (SIQUEIRA et al., 2015). A dependência química é apontada como uma doença crônica, ou seja, que persiste por longos períodos e não se resolve em um curto espaço de tempo; todavia, a mesma pode ser tratada e controlada (AGUILAR; PILLON, 2005). A dependência é definida com uma soma de sintomas, incluídos na dificuldade do usuário de reduzir ou controlar o uso da droga (OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2014). Duas principais nomenclaturas definem transtornos por uso de substâncias, o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que está em sua 5ª edição, elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) (2014) e abrange transtornos mentais e a Classificação Internacional de Doença (CID) (1997), que está em sua 10ª edição, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e abrange todas as doenças, incluindo os transtornos mentais (HASIN et al., 2006).

A CID-10 padroniza atentando para um padrão de uso que tenha causado prejuízo físico ou mental à saúde do usuário. Quanto a dependência de substâncias, é necessário realizar um diagnóstico definitivo considerando três ou mais critérios

descritos nesta classificação (OMS, 1997). O DSM-V classifica estes transtornos em leves, moderados ou graves variando na quantidade de critérios confirmados pelo usuário. A gravidade do transtorno pelo uso de substância é considerada leve quando o usuário apresenta dois ou três sintomas; moderada quando soma quatro ou cinco sintomas e grave, seis ou mais sintomas (APA, 2014). O DSM-V classifica os usuários com problemas em “transtornos de uso de substâncias” e o CID-10 classifica como “uso nocivo” ou “dependência”. Ambos sistemas, DSM-V e CID-10, abordam praticamente os mesmos critérios, porém diferem na terminologia, conforme descrito na figura 2.

Figura 2 – Critérios do DSM-V e CID 10

DSM-V	CRITÉRIOS	CID-10
- O indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que pretendido originalmente; - Um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços malsucedidos para diminuir ou descontinuar o uso; - Gostar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos; - Uma forte necessidade de consumir a droga a ponto de não conseguir pensar em mais nada;	Perda de Controle	- Um forte desejo ou senso de compunção para consumir a substância; - Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo.
- Falhas em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou no lar; - Continuar o uso da substância apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes; - Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas;	Prejuízo Social	- Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
- Uso recorrente da substância em situações que envolvem risco à integridade física; - Continuar o uso apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância	Uso arriscado	- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas.
- A tolerância é sinalizada quando uma dose acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado ou quando um efeito acentuadamente reduzido é obtido após o consumo da dose habitual	Abstinência	- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes de substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- Abstinência é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado.	Tolerância	- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido.

Fonte: Adaptado de OMS; 1997; APA, 2014; GALDUROZ; FERRI, 2017

O uso de substâncias psicoativas se caracteriza na atualidade como um dos maiores problemas na área da saúde (ROCHA, 2018; SOLIMINI et al., 2017). De acordo com o 'Relatório Mundial sobre Drogas', publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime em 2018, aproximadamente 275 milhões de pessoas em todo o mundo com idade de 15 a 64 anos usaram alguma substância psicoativa pelo menos uma vez durante o ano de 2016. Entre os anos de 2000 a 2015, houve um aumento de 60% no número de mortes causadas diretamente pelo uso de drogas. Cerca de 31 milhões de pessoas que usam essas substâncias sofrem de transtornos relacionados ao consumo de drogas, o que significa que seu uso é prejudicial a ponto de necessitar tratamento (UNODC, 2018). De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas de 2012 a população brasileira, quase na sua integralidade, é favorável a oferta de tratamentos gratuitos para usuários de álcool e outros tipos de drogas. Nesse sentido, em 11 de abril de 2019 foi publicado o decreto nº 9.761 que aprova a política nacional sobre drogas determinando ao Estado estimular, garantir e promover as ações de tratamento aos usuários (LENAD, 2012; BRASIL, 2019).

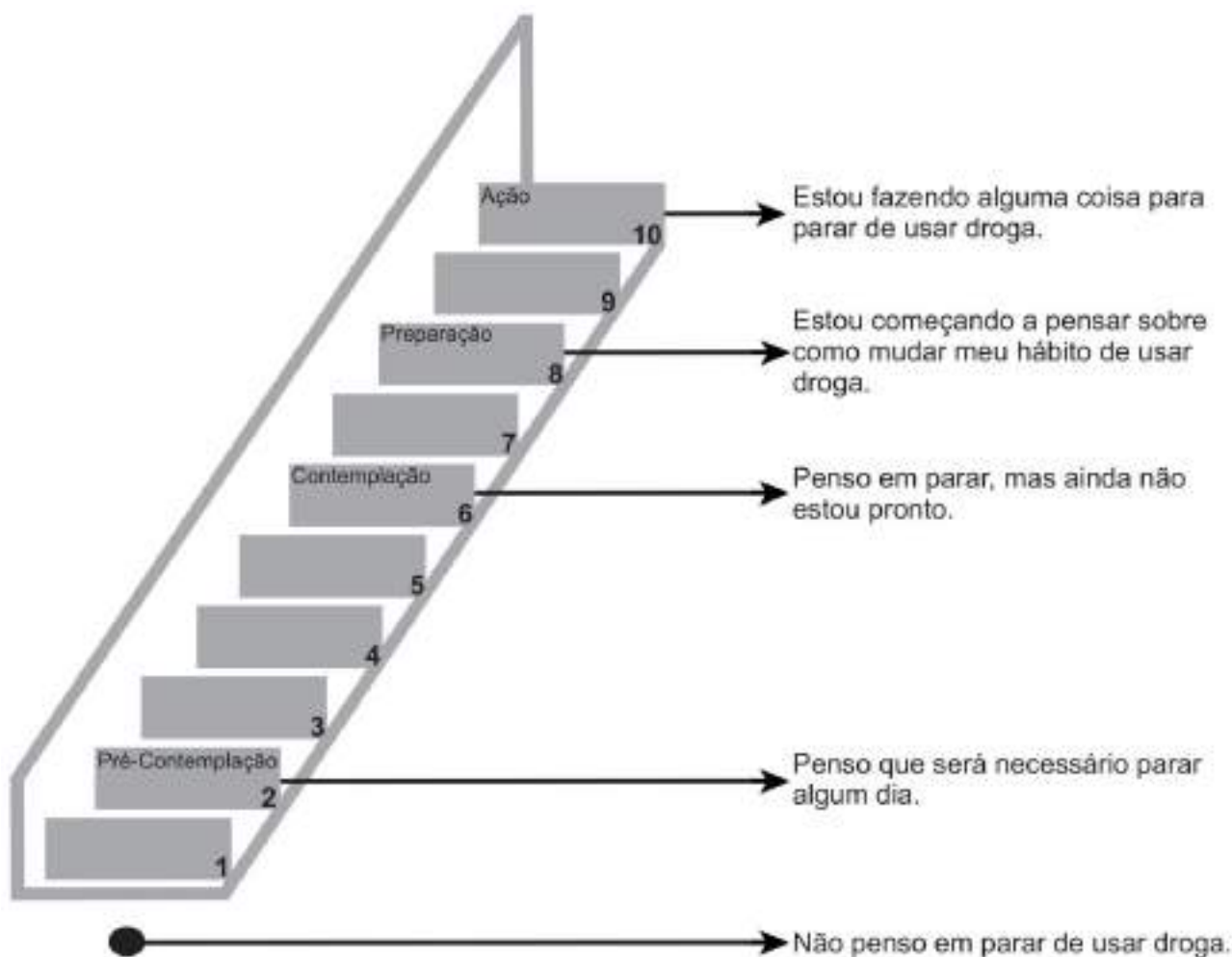
1.2 ABORDAGENS NO TRATAMENTO

Na recuperação do dependente químico, mencionam-se diversas recomendações de tratamento nas quais se apontam como mais utilizáveis as práticas psicossociais e a farmacoterapia (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2018). A prática psicossocial voltada para a terapia cognitivo comportamental é considerada como mais adequada para problemas clínicos como dependência química (GUERRA, 2018). Desta forma, técnicas e abordagens podem ser utilizadas por profissionais da saúde que possuam capacitação e habilidade para envolver o dependente químico, a ponto de diminuir ou cessar o uso de substâncias e mudar comportamentos considerados gatilhos para a recidiva do consumo (MICHEL; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017).

A entrevista breve motivacional (IBM) tem se sobressaído como uma abordagem importante com características singulares para interromper ou prevenir comportamentos não saudáveis e auxiliar pacientes na mudança de estágio motivacional (ANDRETTA, 2011, FROST et al., 2018). É uma alternativa de tratamento com características positivas no que se trata de não confrontação, planejamentos de estratégias em curto prazo. Além disso, trabalha diretamente com a ambivalência, minimizando a resistência e possibilitando que o indivíduo analise sua

própria disposição para a mudança comportamental (MILLER; ROLLNICK, 2013; FROST et al., 2018). Com o objetivo de aprimorar o entendimento do curso de mudança de comportamento, Prochaska e DiClemente (1982) elaboraram um método que vem a contribuir na EM fundamentada no modelo de estágios de mudança. A ambivalência é percebida como o atrito existente de mudar ou de continuar no comportamento presente; e a iniciativa para mudança, é definida em estágios de mudança (MCCAMBRIDGE; STRANG, 2004; LUH, et al., 2016). Outra ferramenta que auxilia no entendimento do processo de mudança é a escala de contemplação Ladder (TERRA, 2009; BIENER; ABRAMS, 1991). É uma escada analógica visual, composta por 10 degraus e cinco âncoras conforme observado na figura 3.

Figura 3 – Escala analógica visual de contemplação (Ladder)



Fonte: Adaptado de TERRA, 2009; BIENER; ABRAMS, 1991

Estas âncoras representam os estágios de mudança e são aplicadas para investigar a prontidão em parar ou diminuir o uso de drogas, permitindo que o usuário indique por meio de afirmações a sua motivação na mudança de comportamento (TERRA, 2009; BIENER; ABRAMS, 1991). Os estágios diferem em pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída, no qual é visto em ciclo na figura 4. Os indivíduos se movem tanto para frente quanto para trás e até mesmo reiniciam o ciclo. Fica claro que o sujeito pode retornar a um estágio em que já passou (LUH, et al., 2016). É interessante que quando se trabalha com os diferentes estágios de mudança se utilize abordagens diferenciadas para cada um deles (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982; MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017).

Figura 4 – Ciclo de estágios de mudança



Fonte: Adaptado de Prochaska e Carlo DiClemente (1982)

Quando o usuário se encontra no estado pré-contemplativo, ele não percebe o problema com o uso de substâncias psicoativas, ele mantém o uso e não pensa em parar (OLIVEIRA; SZUPSZYNSKI; DICLEMENTE, 2010). Neste momento essencial deve-se convidar o indivíduo à reflexão, evitando a confrontação e removendo as barreiras do tratamento (LUH, et al., 2016). No momento em que o indivíduo inicia o movimento para o próximo estágio nota-se uma menor resistência para o tratamento (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011). Já no estágio de contemplação, o indivíduo percebe

os problemas relacionados ao uso, todavia não toma nenhuma atitude em direção à mudança. O usuário experimenta um sentimento ambivalente relativo à mudança, ou seja, está considerando os prós e os contras desta alteração de comportamento. (BARNETT, et al., 2012). Nesse sentido, a entrevista motivacional utiliza a alternativa da balança decisional (Figura 5), que é um método cujo próprio usuário pode identificar e reconhecer que seu comportamento aditivo afeta diretamente a sua vida, podendo vir a resolver a sua ambivalência, modificar seus hábitos e comportamentos (FRIED et al., 2012; GOKBAYRAK et al., 2015).

Figura 5 – Balança decisional relacionada ao uso de drogas



Fonte: Elaborado pela autora com base em Miller (2001)

Quando o usuário ainda utiliza a substância psicoativa, mas considera entrar em abstinência, ele entrou no estágio de preparação (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982). Desta forma, o indivíduo inicia um processo de planejamento para a mudança, sendo necessário que neste momento sejam removidas as barreiras do tratamento, pensando em estratégias que o usuário pode usar caso o mesmo se depare com uma situação de risco (FRIED et al., 2012). O estágio da ação diz respeito à fase em que o usuário modifica o seu comportamento e começa a colocar em prática as estratégias traçadas no estágio de preparação, cessando o uso de substâncias. Neste período significativo deve-se dar suporte ao indivíduo para que ele evite recaídas. (TORAL; SLATER, 2007) Já no estágio de manutenção, o usuário está abstinente por mais de

seis meses e a abordagem ao indivíduo exige cautela, para evitar recaídas e manter a mudança de hábito (ROMANINI; DIAS; PEREIRA, 2010). A recaída é quando o usuário retorna à utilização da droga após um período de abstinência, voltando ao padrão de consumo anterior (MONTEIRO et al., 2011). Ela faz parte do processo de mudança e é importante que seja considerada como um aprendizado, e não como uma derrota. É fundamental que o terapeuta auxilie o usuário a retornar para o ciclo, renovando a motivação para conseguir retornar à ação (GOKBAYRAK et al., 2015).

A motivação é fundamental para um tratamento com resultado positivo e a mesma pode ser desenvolvida por meio de entrevista motivacional (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2017). A entrevista motivacional constitui no método de aconselhamento centrado no cliente e sem julgamentos, com enfoque na consolidação da motivação, no compromisso com a mudança, na escuta reflexiva, com empatia, auxiliando no alcance de uma aliança terapêutica (MILLER; ROLLNICK, 2013; GOMES, 2015).

O tratamento para usuários de substâncias apresenta barreiras das quais incluem o custo, limitações físicas para acessar os serviços, estigmatização e usuários relutantes a intervenções face a face (HELGASON, 2004; GULLIVER et al., 2015). Uma alternativa aos serviços convencionais são os serviços de telessaúde, que são positivos pelo simples fato do cliente ter acesso a estes tipos de serviço de saúde de qualquer lugar, sendo necessário somente um telefone para dar início a seu tratamento (MILWARD et al., 2015; SIGNOR et al., 2013; MOREIRA et al., 2014). Refere-se um simplificador a um atendimento funcional e ágil, independente de distância e deslocamento, evitando filas em hospitais e centro de referências especializados para atendimento de pacientes usuários de drogas (JIANG; WU; GAO, 2017). As tecnologias e principalmente o atendimento por telefones estão se tornando medidas eficazes com baixo custo e facilidade de acesso no qual poderá aumentar a aliança entre o profissional e o usuário (ROJAHN et al., 2016).

A telessaúde vem contribuindo para um atendimento mais rápido, cooperando para adesão do usuário e finalização do tratamento, (MILWARD et al., 2015) pois possui a capacidade de expandir seu acesso facilitado à intervenções preventivas e de tratamento (MARSCH; BORODOVSKY, 2016). Nota-se uma grande ambivalência em usuários de substâncias psicoativas e é necessário que meios mais imediatos - como o suporte telefônico - estejam disponíveis para dar apoio ao indivíduo que está em abstinência ou em momentos de fissura, para que se mantenham aderidos ao

tratamento iniciado (HELGASON, 2004). A literatura já refere que o atendimento de telessaúde é um facilitador ao engajamento do usuário de substâncias psicoativas, já que aumenta a prontidão de mudar, principalmente para indivíduos em fase de contemplação (MOLFENTER et al., 2015, MOREIRA et al., 2014).

1.3 ENGAJAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO AO TRATAMENTO

A dificuldade de manter engajamento e a adesão está presente em muitos tratamentos psicossociais, porém essas questões são especialmente problemáticas para o tratamento para o uso de substâncias psicoativas. Os problemas relacionados ao uso de drogas intensificam as tendências já existentes para a não adesão e o não engajamento ao tratamento (BEUTLER; ZETZER; YOST; 1997).

Os termos adesão e engajamento foram utilizados como sinônimos em pesquisas anteriores (TERRA et al., 2007; MEIRELLES et al., 2015). Em resumo, a adesão ao tratamento é quando o usuário realiza o acompanhamento, porém não apresenta mudança no comportamento; já o engajamento é multifásico, o usuário realiza o acompanhamento e apresenta mudança de comportamento (STAUDT, 2007). A mensuração do engajamento deve incluir um componente de atitude para distinguir os clientes que investem em tratamento daqueles que simplesmente cumprem, ou seja, apenas aderiram ao tratamento (GOPALAN, 2010).

Somente a participação no tratamento não descreve efetivamente o engajamento, esse aspecto atitudinal é comumente descrito como adesão (GOPALAN, 2010). Engajamento é definido comportamentalmente, em termo de participação efetiva do usuário no tratamento (SIMPSON et al., 1995). Engajamento é, portanto, um vínculo incorporado entre os aspectos relacionados a adesão acrescidos aos aspectos comportamentais (LINDSEY et al., 2013). Esses aspectos comportamentais referem-se ao empenho do usuário a fim de alcançar resultados positivos (GOPALAN, 2010).

Aderir e engajar usuários no tratamento são dois dos maiores desafios que os profissionais da saúde enfrentam no tratamento de usuários adictos à substâncias psicoativas (MONTEIRO et al., 2011). As melhoras cognitivas e comportamentais consideradas importantes ocorrem durante o tratamento; e a dimensão da melhora, está relacionada ao nível de engajamento do usuário. Os usuários que abandonam um protocolo de tratamento de forma prematura estão menos propensos a

desenvolver ganhos clínicos do que os indivíduos que permanecem aderidos (LINDSEY et al., 2013), e, portanto, não desenvolvem o engajamento. A adesão, assim como o engajamento, podem ser considerados um importante critério no julgamento da efetividade de uma intervenção (MONTEIRO et al., 2011). Além disso, as percepções e classificações do terapeuta, durante a avaliação do progresso do cliente, devem coincidir com suas mudanças comportamentais e o foco do seu tratamento deve estar relacionado a fase de adesão atingida pelo usuário (COATSWORTH et al., 2001; SIMPSON et al., 1995). O tratamento de dependentes químicos é um processo árduo pela predisposição dos usuários a apresentarem episódios de recaída e taxa reduzida de adesão (FERREIRA et al., 2015).

Essa taxa reduzida de adesão é o reflexo da taxa geral de abandono em tratamentos para usuários de substâncias químicas (FERNANDES et al., 2017; MELO; GUIMARÃES, 2005). A alta taxa de abandono é considerada uma dificuldade para eficácia de tratamentos (LIU et al., 2019). A literatura aponta que as taxas variam conforme o tratamento, o tipo de intervenção e tipo de substância do qual o usuário faz uso. Referente a tratamentos presenciais a taxas de abandonam variam de 6,25% a 74,15% (LAPPAN, 2019, DUTRA et al., 2008). E em serviços de telessaúde, dos quais visam minimizar o índice de abandono do tratamento, a taxa abandono variou de 7,4 e 68,8% (LIN et al., 2019; MOREIRA et al., 2014).

A falta de percepção do usuário em relação a necessidade de uma intervenção dificulta o engajamento no tratamento. Ainda existem lacunas para compreender porque alguns indivíduos estão mais ou menos propensos a procurar tratamento do que outros (YANG; PERKINS; STEARNS, 2018; SLOAS; CAUDY; TAXMAN, 2017). Esta diferença do número de pessoas que precisam de tratamento para transtornos por uso de substâncias e o número de pessoas que procuram e, chegam a fase de conclusão do tratamento por uso de substâncias representa um problema legítimo de saúde pública (SLOAS; CAUDY; TAXMAN, 2017).

Diferentes estudos internacionais e brasileiros apontam que há diferenças em resultados de retenção e adesão de usuários de drogas aos serviços de atendimento e à mudanças de comportamentos em direção a abstinência do uso (BERTHOLET; BURNAND; CUNNINGHAM, 2015). Em geral, no Brasil, a adesão é mais baixa que em outros países, visto que estudos clínicos envolvem algum tipo de pagamento aos participantes, o que não ocorre em nosso país (BEDENDON; NOTO, 2015). Além

disto, há uma possível menor adesão a mudanças comportamentais dependendo da metodologia de intervenção utilizada, onde as intervenções cognitivo-comportamentais são mais efetivas (SMEDSLUND et al., 2011; GOMES, 2015) e do tipo de droga consumida (DUTRA et al., 2008; LAPPAN, 2019). Por outro lado, o atendimento telefônico permite maior acesso a tratamentos ou intervenções (LIN et al., 2019; MOREIRA et al., 2014), porém no Brasil, necessitam-se de mais avaliações quanto a adesão ao tratamento e o engajamento nas mudanças de comportamento. Dados de estudos brasileiros apontam que há um grupo relativamente pequeno de usuários de drogas que atingem o objetivo de parar ou reduzir o consumo após a conclusão do acompanhamento telefônico. SIGNOR et al., (2013) descreve que somente 23% de usuários de álcool realizaram o acompanhamento e destes, 40% que aderiram ao tratamento de 6 meses apresentaram absenteísmo. Um estudo com usuários de tabaco referiu que 40% dos usuários aderiram ao tratamento e destes apenas 37% apresentaram mudança de comportamento, como diminuir ou parar o uso, ao final do acompanhamento contratado (FIGUEIRÓ et al., 2013). No tratamento referente a drogas ilícitas, 30% dos usuários de maconha aderiram ao tratamento e destes 66% alcançaram a abstinência (FERNANDES et al., 2010) e usuários de cocaína que aderiram ao tratamento contratado, 65% alcançaram a abstinência (BISCH et al., 2011). Portanto, considera-se importante detalhar as características dos usuários que aderiram ou não aderiram ao tratamento e se estas influenciam na mudança de comportamento entre quem recebe ou não a entrevista motivacional.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar o engajamento dos dependentes químicos a mudanças de comportamentos após teleatendimento usando intervenção breve motivacional.

2.2 ESPECÍFICOS

Verificar o perfil sociodemográfico e características do problema de uso de substâncias dos usuários que manifestaram adesão e engajamento no teleatendimento.

Analisar o efeito da entrevista breve motivacional sobre a mudança de comportamento de uso de substâncias químicas e em relação ao engajamento ao tratamento.

Investigar as características da intervenção por telefone que se associam ao melhor engajamento de usuários no tratamento do uso de substâncias químicas.

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, Lucio Rodríguez; PILLON, Sandra Cristina. **Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento.** Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 13, n. , p.790-797, out. 2005. FapUNIFESP (SciELO).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V).** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. **A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional.** Psicologia: Reflexão e Crítica, [s.l.], v. 24, n. 2, p.218-226, 2011. FapUNIFESP (SciELO)

BARNETT, Elizabeth et al. **Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature.** Addictive Behaviors, [s.l.], v. 37, n. 12, p.1325-1334, dez. 2012. Elsevier BV.

BEDENDON, André; NOTO, Ana Regina. **Studying an unreal world: incentives on internet-based interventions for alcohol use.** Addiction, [s.l.], v. 111, n. 2, p.373-374, 11 nov. 2015.

BERTHOLET, Nicolas; BURNAND, Bernard; CUNNINGHAM, John A.. **You need to see the world in order to measure it: The importance of a high follow-up rate.** Addiction, [s.l.], v. 111, n. 2, p.374-374, 11 nov. 2015.

BIENER, Lois; ABRAMS, David B.. The Contemplation Ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation.. **Health Psychology**, [s.l.], v. 10, n. 5, p.360-365, 1991. American Psychological Association (APA).

BISCH, Nadia Krubskaya et al. **Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack.** Revista Gaúcha de Enfermagem, [s.l.], v. 32, n. 1, p.31-39, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. **Decreto nº 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 198º da Republica, p. 1, 2019.

BEUTLER, L. E.; ZETZER, H.; YOST, E., **Tailoring Interventions to Clients: Effects on Engagement and Retention**. In: ONKEN L. S., BLAINE J. D., BOREN J. J., editors. Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment, Vol. 165. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 1997.

COATSWORTH, J. Douglas et al. **Brief Strategic Family Therapy versus Community Control: Engagement, Retention, and an Exploration of the Moderating Role of Adolescent Symptom Severity***. Family Process, [s.l.], v. 40, n. 3, p.313-332, set. 2001. Wiley.

DUTRA, Lissa et al. **A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders**. American Journal Of Psychiatry, [s.l.], v. 165, n. 2, p.179-187, fev. 2008. American Psychiatric Association Publishing.

EVANS, Christopher J.; CAHILL, Catherine M.. **Neurobiology of opioid dependence in creating addiction vulnerability**. F1000research, [s.l.], v. 5, p.1748-1752, 19 jul. 2016. F1000 Research Ltd.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes et al. **Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares**. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 68, n. 3, p.474-481, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

FERNANDES, Simone et al. **Brief Motivational Intervention and telemedicine: A new perspective of treatment to marijuana users**. Addictive Behaviors, [s.l.], v. 35, n. 8, p.750-755, ago. 2010. Elsevier BV.

FERNANDES, Sara Silva et al. **Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa**. Cadernos Saúde Coletiva, [s.l.], v. 25, n. 2, p.131-137, 10 jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

FIGUEIRÓ, Luciana Rizzieri et al. **Assessment of changes in nicotine dependence, motivation, and symptoms of anxiety and depression among smokers in the initial process of smoking reduction or cessation: a short-term follow-up study.** Trends In Psychiatry And Psychotherapy, [s.l.], v. 35, n. 3, p.212-220, 2013. FapUNIFESP (SciELO).

FORMIGONI, Maria Lucia O. de Souza et al. **Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos comuns às drogas de abuso.** In: Duarte PAV, Formigoni MLOS, organizadoras. Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2. 11. ed. Brasília: SENAD/SUPERA; 2017. Cap.1, p. 13-23.

FRIED, Terri R. et al. **Promoting advance care planning as health behavior change: Development of scales to assess Decisional Balance, Medical and Religious Beliefs, and Processes of Change.** Patient Education And Counseling, [s.l.], v. 86, n. 1, p.25-32, jan. 2012. Elsevier BV.

FROST, Helen et al. **Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews.** Plos One, [s.l.], v. 13, n. 10, 18 out. 2018. Public Library of Science (PLoS).

GALDUROZ, Jose Carlos Fernandes; FERRI, Cleusa Pinheiro. **Crítérios diagnósticos: CID-10 e DSM.** In: Duarte PAV, Formigoni MLOS, organizadoras. Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3. 11. ed. Brasília: SENAD/SUPERA; 2017. Cap.1, p. 13-20.

GOKBAYRAK, N.s. et al. **Predictors of relapse among smokers: Transtheoretical effort variables, demographics, and smoking severity.** Addictive Behaviors, [s.l.], v. 42, p.176-179, mar. 2015. Elsevier BV.

GOMES, Ana Maria da Silva. **Contributions to a research intervention for nursing care to drug users.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 7, n. 4, p.3487-3490, 1 out. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.

GOPALAN, Geetha et al. **Engaging Families into Child Mental Health Treatment: Updates and Special Considerations**. Jornal da Academia Canadense de Psiquiatria da Criança e do Adolescente. New York, p. 182-196. ago. 2010.

GUERRA, Marcella Regina Silva Rieiro; VANDENBERGHE, Luc. **Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil: o estado da arte**. Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei , v. 13, n. 1, p. 1 22, 2018.

GULLIVER, Amelia et al. **The mental health of Australian elite athletes**. Journal Of Science And Medicine In Sport, [s.l.], v. 18, n. 3, p.255-261, maio 2015. Elsevier BV.

HASIN, Deborah et al. **Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10)**. Addiction, [s.l.], v. 101, p.59-75, set. 2006. Wiley.

HELGASON, A. R. **Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation**. The European Journal Of Public Health, [s.l.], v. 14, n. 3, p.306-310, 1 set. 2004. Oxford University Press (OUP).

JIANG, Shan; WU, Lingli; GAO, Xiaoli. **Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention**. Addictive Behaviors, [s.l.], v. 73, p.216-235, out. 2017. Elsevier BV.

JUST, Johannes; MÜCKE, Martin; BLECKWENN, Markus. **Dependence on Prescription Opioids: Prevention, Diagnosis and Treatment**. Deutsches Aerzteblatt Online, [s.l.], 1 abr. 2016. Deutscher Arzte-Verlag GmbH.

LAPPAN, Sara N.; BROWN, Andrew W.; HENDRICKS, Peter S.. **Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis**. Addiction, [s.l.], 6 nov. 2019. Wiley.

LENAD, **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**, 2012. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>

LINDSEY, Michael A. et al. **Identifying the Common Elements of Treatment Engagement Interventions in Children's Mental Health Services**. Clinical Child And Family Psychology Review, [s.l.], v. 17, n. 3, p.283-298, 31 dez. 2013. Springer Science and Business Media LLC.

LIN, Lewei (allison) et al. **Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review**. Journal Of Substance Abuse Treatment, [s.l.], v. 101, p.38-49, jun. 2019. Elsevier BV

LIU, Yan et al. **Giving and receiving social support in online substance use disorder forums: How self-efficacy moderates effects on relapse**. Patient Education And Counseling, [s.l.], dez. 2019. Elsevier BV.

LUH, Dih-ling et al. **Effectiveness of advice from physician and nurse on smoking cessation stage in Taiwanese male smokers attending a community-based integrated screening program**. Tobacco Induced Diseases, [s.l.], v. 14, n. 1, 23 abr. 2016. E.U. European Publishing.

MARSCH, Lisa A.; BORODOVSKY, Jacob T.. **Technology-based Interventions for Preventing and Treating Substance Use Among Youth**. Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America, [s.l.], v. 25, n. 4, p.755-768, out. 2016. Elsevier BV.

MCCAMBRIDGE, Jim; STRANG, John. **The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial**. Addiction, [s.l.], v. 99, n. 1, p.39-52, jan. 2004. Wiley.

MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. **Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo**

Horizonte. Revista Brasileira de Psiquiatria, [s.l.], v. 27, n. 2, p.113-118, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO)

MICHELI, Denise de; FORMIGONI, Maria Lucia O. de Souza; CARNEIRO, Ana Paula Leal. **Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. Como motivar usuários de risco** In: Duarte PCAV, Formigoni MLOS, organizadoras. Intervenção Breve: mód 4. 11 ed. Brasília: SENAD/SUPERA; 2017. Cap.1-2, p. 14-36.

MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. **Motivational Interviewing: Helping People Change**. 3. ed. London: The Guilford Press, 2013.

MILWARD, Joanna et al. **Mobile phone ownership, usage and readiness to use by patients in drug treatment**. Drug And Alcohol Dependence, [s.l.], v. 146, p.111-115, jan. 2015. Elsevier BV.

MOLFENTER, Todd et al. **Trends in telemedicine use in addiction treatment**. Addiction Science & Clinical Practice, [s.l.], v. 10, n. 1, 28 maio 2015. Springer Science and Business Media LLC.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. **Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí**. Escola Anna Nery, [s.l.], v. 15, n. 1, p.90-95, mar. 2011. GN1 Genesis Network.

MOREIRA, Taís de Campos et al. **Non-adherence to telemedicine interventions for drug users: systematic review**. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 48, n. 3, p.521-531, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

MEIRELLES, Juliana de Almeida Castro Marinho et. al. **Nível de adesão ao tratamento ambulatorial de pacientes dependentes de substâncias psicoativas**. Espacios. Vol. 36 (Nº 04) Año 2015. Pág. 12

OGA, Seizi; CAMARGO, Márcia Maroa de Almeida; BATISTUZZO, José Antonio de Oliveira (Ed.). **Fundamentos de toxicologia: Toxicologia Social e Medicamentos**. 4. ed. p.343-516. São Paulo: Atheneu Editora, 2014

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10** Décima revisão. São Paulo, 1997

OLIVEIRA MS, SZUPSZYNSKI KPDR, DICLEMENTE C. **Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas**. Psico (Porto Alegre). 2010; 41(1):40-6.

PROCHASKA, James O.; DICLEMENTE, Carlo C.. **Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change**. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, [s.l.], v. 19, n. 3, p.276-288, 1982. American Psychological Association (APA).

RITZ, M.c.; CONE, E.j.; KUCHAR, M.j.. **Cocaine inhibition of ligand binding at dopamine, norepinephrine and serotonin transporters: A structure-activity study**. Life Sciences, [s.l.], v. 46, n. 9, p.635-645, jan. 1990. Elsevier BV.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em Saúde Mental**. 1. ed. São Paulo: Senac, 2018. v. 1, p. 1-192. ISBN 9788539622016.

ROJAHN, Katherine et al. **Remote Monitoring of Chronic Diseases: A Landscape Assessment of Policies in Four European Countries**. Plos One, [s.l.], v. 11, n. 5, 19 maio 2016. Public Library of Science (PLoS).

ROMANINI, Moises; DIAS, Ana Cristina Garcia; PEREIRA, Amanda Schreiner. **Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química: RELAPSE PREVENTION GROUP AS A RECOVERY TOOL FOR THE TREATMENT OF CHEMICAL DEPENDENCY**. Disciplinarum Scientia: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 11, n. 1, p.115-132, nov. 2010.

SANTOS, Marcos Vinícius Ferreira dos; PEREIRA, Denis Soprani; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. **Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, [s.l.], v. 62, n. 1, p.22-30, 2013. FapUNIFESP (SciELO).

SMEDSLUND, Geir et al. **Motivational interviewing for substance abuse**. Cochrane Database Of Systematic Reviews, [s.l.], 11 maio 2011. Wiley.

SIGNOR, Luciana et al. **Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil**. Revista Brasileira de Psiquiatria, [s.l.], v. 35, n. 3, p.254-261, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO).

SIMPSON, D.dwayne et al. **Client engagement and change during drug abuse treatment**. Journal Of Substance Abuse, [s.l.], v. 7, n. 1, p.117-134, jan. 1995. Elsevier BV.

SIQUEIRA, Daiana Foggiao de et al. **Social reintegration of crack addicts: actions taken by the family**. Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 24, n. 2, p.548-553, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

SLOAS, Lincoln B.; CAUDY, Michael S.; TAXMAN, Faye S.. **Is Treatment Readiness Associated With Substance Use Treatment Engagement?** An Exploratory Study. Journal Of Drug Education, [s.l.], v. 47, n. 1-2, p.51-67, mar. 2017. SAGE Publications.

STAUDT, Marlys. **Treatment Engagement with Caregivers of At-risk Children: Gaps in Research and Conceptualization**. Journal Of Child And Family Studies, [s.l.], v. 16, n. 2, p.183-196, 23 ago. 2007. Springer Science and Business Media LLC.

STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Cançado. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 2. ed. Barueri: Manole, 2017.

SOLIMINI, R. et al. **Hepatotoxicity associated to synthetic cannabinoids use.** European Review for Medical and Pharmacological Sciences . 2017; Vol. 21, n. 1. pp. 1-6.

TERRA, Mauro Barbosa et al. **Predictors of engagement in the Alcoholics Anonymous group or to psychotherapy among Brazilian alcoholics.** European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience, [s.l.], v. 257, n. 4, p.237-244, 1 abr. 2007. Springer Science and Business Media LLC.

TERRA, Mauro Barbosa et al. **Convergent Validation Study of the Ladder of Contemplation for Telephone Application in Tobacco Users.** J. bras. psiquiatr. Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 143-149, 2009.

TORAL, Natacha e SLATER, Betzabeth. **Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar.** Ciência & Saúde Coletiva., 12(6): 1641-1650, 2007

UNODC. **United Nations Office on Drugs and Crime**, 2018. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/en/treatment-and-care/introduction.html>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

VOLKOW, Nora D.; WISE, Roy A.; BALER, Ruben. **The dopamine motive system: implications for drug and food addiction.** Nature Reviews Neuroscience, [s.l.], v. 18, n. 12, p.741-752, 16 nov. 2017. Springer Science and Business Media LLC.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (Org.). **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.** Switzerland: Tushita Graphic Vision, 2004.

YANG, Yang; PERKINS, David R.; STEARNS, A. Elizabeth. **Barriers and Facilitators to Treatment Engagement Among Clients in Inpatient Substance Abuse Treatment.** Qualitative Health Research, [s.l.], v. 28, n. 9, p.1474-1485, 21 abr. 2018. SAGE Publications.

ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018

4 ARTIGO

O IMPACTO DE UM SERVIÇO DE TELEFONIA NO ENGAJAMENTO COM TRATAMENTO: UM ESTUDO RANDOMIZADO COM USUÁRIOS DE DROGAS

Artigo a ser traduzido para o inglês e submetido a Revista *Drug and Alcohol Dependence* sob regras da própria revista (ANEXO 6.6)

Bianca Silva da Rocha¹; Hilda Maria Rodrigues Moleda Constant²; Helena Maria Tannhauser Barros³

¹ Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Doutora em Ciências da Saúde, Pesquisadora P2 Responsabilidade Social, PROADI – Hospital Moinhos de Ventos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Professora no Departamento de Farmacociências, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor correspondência: Bianca Silva da Rocha

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA - Departamento de Farmacociências - Rua Sarmento Leite, 245- Porto Alegre, RS, Brasil. Phone: (51) 984270354. Endereço de e-mail: bianca.silva94@gmail.com

Declarações de interesse: Nenhum conflito declarado.

RESUMO (250 palavras)

Introdução: O tratamento do dependente químico é um processo com baixa efetividade devido à dificuldade do usuário evitar comportamentos que levam a recaída, apontando para baixa adesão e engajamento. O teleatendimento tem contribuído como uma alternativa aos serviços convencionais pois apresentam um atendimento mais rápido, cooperando para adesão do usuário e finalização do tratamento. O objetivo é avaliar o engajamento de dependentes químicos nas mudanças de comportamentos após teleatendimento usando intervenção breve motivacional.

Métodos: Um estudo clínico randomizado foi realizado em um serviço de aconselhamento telefônico. Este estudo avalia dados coletados de 2015 a 2016 de 769 poliusuários que concordaram em participar de um acompanhamento para verificarmos os resultados de mudança de comportamentos quanto ao uso de substâncias. Destes, 388 usuários receberam a intervenção motivacional e 381 usuários foram alocados ao grupo controle e receberam apenas informações e orientações sobre drogas por intermédio de oito encontros de telessaúde.

Resultados: Em 6 meses de acompanhamento houve adesão por 4,3% e engajamento por 3,25% dos poliusuários que participaram do estudo. A intervenção breve motivacional aumentou o índice de adesão e engajamento, após o primeiro mês de acompanhamento. Os poliusuários mais velhos e com maior grau de dependência tiveram mais adesão e engajamento que os demais e não houve influência do tipo de drogas utilizadas. **Conclusões:** Os achados apontam para uma significativa baixa adesão a tratamento de poliusuários e um baixo engajamento para mudança de comportamentos, especialmente entre os mais jovens e com graus de dependência menor. Este estudo ainda fornece informações sobre as características dos usuários que se mantem engajado em diferentes momentos do acompanhamento, o que pode trazer novas alternativas em tratamentos futuros.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Adesão terapêutica; Telessaúde; Entrevista motivacional.

1. Introdução

O uso de substâncias psicoativas se caracteriza como um dos maiores problemas na área da saúde (ROCHA, 2018; SOLIMINI et al., 2017). Cerca de 31 milhões de pessoas que usam drogas sofrem de transtornos relacionados ao uso de substâncias, o que significa que seu consumo é prejudicial a ponto de necessitar tratamento (UNODC, 2018; SIQUEIRA et al., 2015).

Na recuperação do dependente químico, mencionam-se diversas recomendações de tratamento, destacando-se as práticas psicossociais e a farmacoterapia. A prática psicossocial voltada para a terapia cognitivo comportamental é apontada como mais adequada para problemas clínicos como a dependência química (GUERRA, 2018; ZANELATTO; LARANJEIRA, 2018). A entrevista motivacional tem se sobressaído como uma abordagem importante e alternativa de tratamento com características positivas no que se trata de não confrontação, planejamentos de estratégias em curto prazo. Além disso, trabalha diretamente com a ambivalência, minimizando a resistência e possibilitando que o indivíduo analise sua própria disposição para a mudança comportamental (MILLER; ROLLNICK, 2013; FROST et al., 2018). A entrevista motivacional leva a melhoria do usuário quando ele é direcionado ao aumento de comportamentos saudáveis e a redução de comportamentos mais arriscados, exercendo efeitos positivos na melhoria da motivação em mudar o comportamento, aumentando o engajamento do usuário no tratamento. A escuta reflexiva, com empatia certamente auxiliam no alcance de uma aliança terapêutica (LUNDAHL et al., 2010; SMEDSLUND et al., 2011)

A aliança entre o profissional e o usuário de drogas pode ser formada também por telefone com o objetivo de tratar o uso de substâncias. Os serviços de telessaúde são uma alternativa aos serviços convencionais pois não apresentam barreiras das quais incluem limitações físicas para acessar os serviços, estigmatização e usuários relutantes a intervenções face a face (HELGASON, 2004; GULLIVER et al., 2015). Refere-se um simplificador a um atendimento funcional e ágil, independente de distância e deslocamento, evitando filas em hospitais e centro de referências especializados para atendimento de pacientes usuários de drogas. As tecnologias e principalmente o atendimento por telefones estão se tornando eficazes com baixo

custo e facilidade de acesso, o que contribui para aumentar o meio de intervenção entre o profissional e o usuário (MILWARD et al., 2015; ROJAHN et al., 2016).

O tratamento de dependentes químicos é um processo árduo pela predisposição dos usuários a apresentarem episódios de recaída e taxa reduzida de engajamento (FERREIRA et al., 2015). O engajamento é definido em relação a atitude e participação do usuário no tratamento, é um vínculo incorporado entre os aspectos relacionados a adesão acrescidos aos aspectos comportamentais. Esses aspectos comportamentais referem-se ao desempenho do usuário a fim de alcançar resultados positivos (SIMPSON et al., 1995; LINDSEY et al., 2013). Somente a participação no tratamento não descreve efetivamente o engajamento. Esse aspecto atitudinal é comumente descrito como adesão (GOPALAN, 2010).

Os termos adesão e engajamento já foram utilizados como sinônimos em pesquisas anteriores (STAUDT, 2006; TERRA et al., 2007). No entanto, a adesão ao tratamento é considerada quando o usuário realiza o acompanhamento, porém não apresenta mudança no comportamento; já o engajamento é multifásico, o usuário realiza o acompanhamento e apresenta mudança de comportamento. A mensuração do engajamento deve incluir um componente de atitude para distinguir os indivíduos que investem em tratamento daqueles que simplesmente cumprem, ou seja, apenas aderem ao tratamento (STAUDT, 2006).

Aderir e engajar usuários no tratamento são dois dos maiores desafios que os profissionais da saúde enfrentam no tratamento de usuários adictos às substâncias psicoativas. As melhoras cognitivas e comportamentais consideradas importantes ocorrem durante o tratamento e a dimensão da melhora está relacionada ao nível de engajamento do usuário. Os usuários que abandonam um protocolo de tratamento de forma prematura estão menos propensos a desenvolver maiores ganhos clínicos do que os indivíduos que permanecem engajados. (COATSWORTH et al., 2001; SIMPSON et al., 1995).

A falta de percepção do usuário em relação a necessidade de uma intervenção dificulta o engajamento no tratamento. Existem lacunas para compreender porque alguns indivíduos estão mais ou menos propensos a procurar tratamento do que outros (YANG; PERKINS; STEARNS, 2018; SLOAS; CAUDY; TAXMAN, 2017). A diferença do número de pessoas que precisam de tratamento daquelas que procuram

e concluem o tratamento por uso de substâncias representa um problema legítimo de saúde pública (SLOAS; CAUDY; TAXMAN, 2017).

No entanto, há pesquisas limitadas que tentam investigar os mecanismos do engajamento e o envolvimento do usuário em serviços de telessaúde. Assim, objetiva-se avaliar a telessaúde no atendimento com dependentes químicos e verificar as características dos usuários que aderiram ou não aderiram ao engajamento, e se esse ou a entrevista motivacional, influencia na mudança de comportamento.

2. Metodologia

A lista de verificação do CONSORT foi usada como um guia para estruturar este relatório de estudo (SCHULZ; ALTMAN; MOHER, 2010).

2.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no serviço de telessaúde Ligue 132 criado pela Secretaria Nacional de Política de Drogas (SENAD) em 2005 em parceria com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) localizada na capital do Sul do Brasil. Até 2016, essa telessaúde oferecia assistência acessível e gratuita a toda população brasileira. O serviço teve como objetivo orientar e informar sobre o uso de substâncias psicoativas por telefone. O método de Entrevista Motivacional foi utilizado, para usuários de drogas e familiares auxiliando-os na mudança de seus comportamentos (BRASIL, 2016; UFCSPA, 2016).

2.2 População estudada

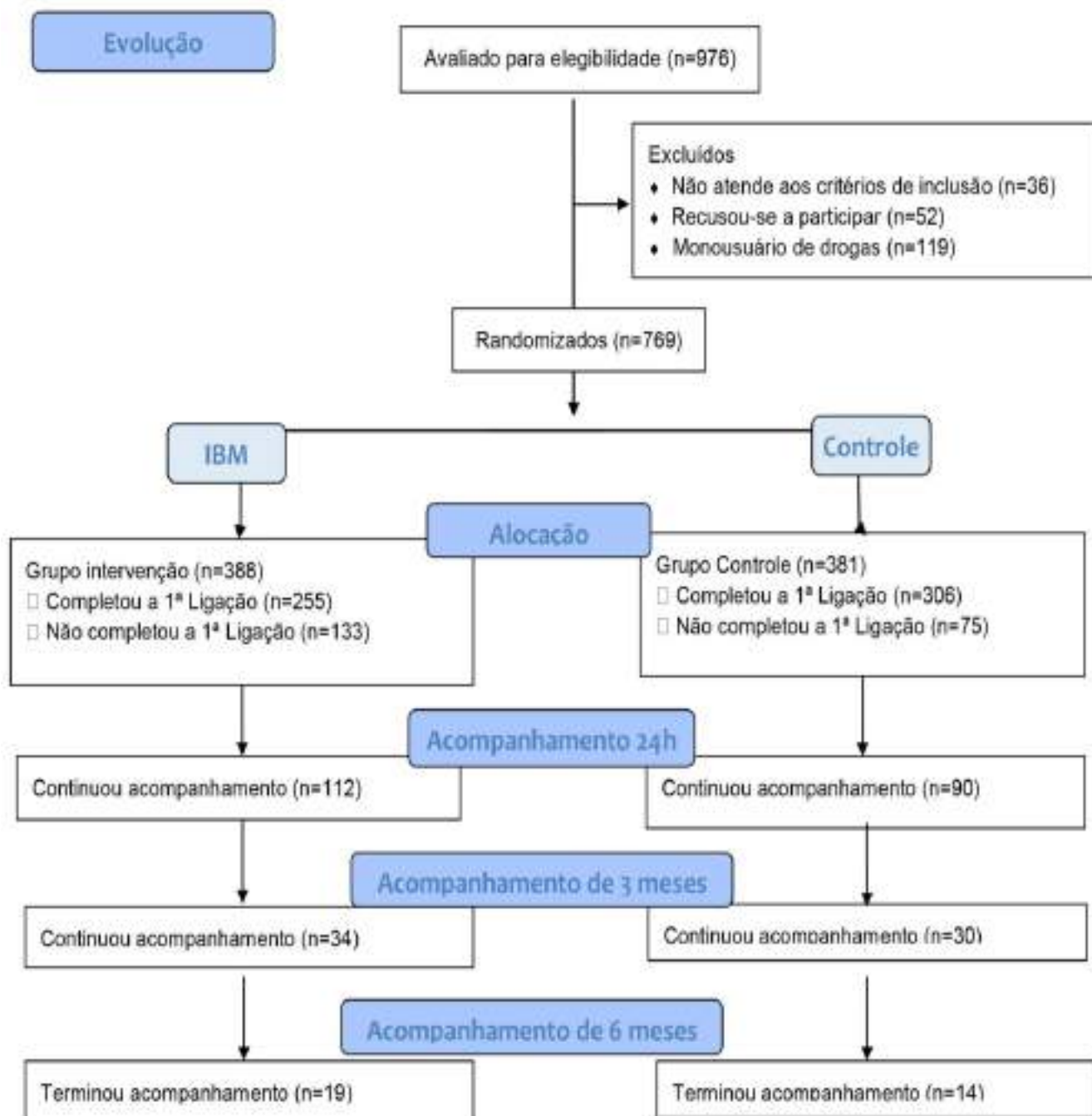
O presente estudo faz parte da pesquisa: “Avaliação da implementação da central de atendimento “Pronto” para informações sobre drogas”, que propõe descrever características dos usuários de linhas telefônicas em relação a aspectos demográficos, origem da ligação, diminuição do uso de drogas, abstinência total, busca de tratamento e motivação para mudar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA sob o número 028/05 (ANEXO 6.1).

Os participantes deste estudo eram poliusuários de drogas de todas as regiões do Brasil que ligaram para o Ligue 132 entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016. Considerou-se como poliusuário o uso de mais do que uma droga ou tipo de droga ao mesmo tempo ou sequencialmente (EMCDDA, 2002). Foram analisados os protocolos de 976 usuários que ligaram voluntariamente para o serviço durante esse período. Incluíram-se no estudo todos os poliusuários com 18 anos ou mais e que estavam conscientes, lúcidos e orientados no momento da entrevista telefônica. Aqueles que se recusaram a participar ou eram monousuários de drogas foram excluídos. Permaneceram no estudo 769 participantes que foram randomizados e separados em dois grupos: Intervenção Breve Motivacional (IBM) e Controle apresentados no fluxograma do progresso dos participantes (Figura 1).

2.3 Fontes de informações

Este estudo foi uma análise secundária dos dados coletados por acadêmicos de Ciências da Saúde que receberam treinamento específico para atender às demandas dos usuários de substâncias psicoativas. Esses estudantes receberam treinamento teórico de 40 horas, após o qual foram submetidos a um teste objetivo, e obtiveram uma média igual ou superior a 7,0 a partir de 10. Em seguida, receberam treinamento diretamente na central telefônica, ouvindo chamadas, manipulando o software e também sendo treinado na aplicação de questionários seguindo um fluxograma (BARROS, et al., 2008). Para registrar as informações, foi criado um software chamado “Protocolos de Voz”, desenvolvido especificamente para armazenar os dados relacionados ao número de protocolos. No momento em que um novo protocolo era gerado, esse protocolo era randomizado. Características sociodemográficas, resultados de avaliações de uso de substâncias psicoativas, motivação para mudança de comportamento com a aplicabilidade da escala Ladder e o motivo pelo qual o indivíduo procurou telessaúde também foram registrados neste software. A intervenção utilizou abordagens motivacionais de entrevistas para planejar a cessação do uso de substâncias psicoativas. Os usuários do grupo controle responderam às mesmas escalas, mas nenhuma entrevista motivacional foi realizada.

Figura 1 - Fluxograma do progresso dos participantes durante o acompanhamento no serviço



2.4 Tipo de estudo

Um ensaio clínico randomizado com dois grupos paralelos para comparar a intervenção breve motivacional com tratamento usual foi realizado dentro do serviço de aconselhamento telefônico Ligue 132. Quando o usuário de substâncias contatava

o serviço era aplicado o termo de aceitação e um software específico criado especialmente para o serviço, efetuava à randomização o que possibilitava a alocação dos indivíduos de forma aleatória entre os grupos controle e intervenção.

2.4.1 Intervenção

No grupo intervenção utilizava-se a ferramenta IBM com o objetivo de aumentar a motivação para mudança de comportamento e auxiliar no planejamento da parada do uso. Este atendimento de aproximadamente 80 minutos englobava o aconselhamento, a aplicação das escalas de triagem e os questionários de consumo. Já no grupo controle, os usuários receberam informações e orientações sobre drogas e o tempo de atendimento, com a inclusão da aplicação das mesmas escalas, foi de aproximadamente 40 minutos.

Na primeira ligação, o usuário determinou uma data de tentativa de parada do uso da substância. A partir desta data, eram geradas datas de seguimento para que o usuário buscasse continuidade no seu acompanhamento, o qual visava duração de seis meses. Os seguimentos foram em 1 dia, 3 dias, 1 semana, 1 mês, 2 meses, 3 meses e 6 meses, com avaliação de resultados em 3 e em 6 meses. Em todos estes seguimentos eram utilizados fluxogramas de atendimento conforme a sua randomização. Para as ligações fora de seguimento, eram atendidas as demandas solicitadas dos clientes.

2.4.2 Medidas

Uma entrevista semiestruturada (ANEXO 6.2) foi aplicada por telefone e incluiu questionários sobre dados sociodemográficos (ANEXO 6.3), avaliação do consumo e dependência, e escala para avaliar o estágio motivacional. Por meio do software desenvolvido para o atendimento no serviço foram registrados os dados gerais e sociodemográficos (BARROS, et al., 2008).

Para **avaliação do consumo** (ANEXO 6.4) utilizou-se um questionário elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (GALDURÓZ, 2005). Caracterizou-se a quantidade, a frequência e o padrão de uso de drogas. Foram investigados: uso na vida (pelo menos uma vez na vida ou uso experimental); uso no ano (pelo menos uma

vez nos últimos doze meses); uso no mês (pelo menos uma vez nos últimos trinta dias); frequência do uso no último mês (uso diário: 5 ou mais vezes por semana; uso semanal: de 1 a 3 vezes por semana; menor que semanal: de 1 a 3 vezes por mês) e quantidade do uso em um mesmo dia (o quanto geralmente usou em um mesmo dia). A abstinência foi considerada quando o cliente informava que não realizou uso da droga no último mês. Os usuários considerados engajados apresentavam mudança de comportamento (parada ou diminuição) do uso da droga desde o último contato com o serviço.

Quanto a **avaliação da dependência drogas** (ANEXO 6.5) empregou-se o instrumento elaborado pela *National Household Surveys on Drug Abuse* (NHSDA). O usuário é considerado dependente quando o mesmo responde afirmativamente a pelo menos três dos seis seguintes critérios: no último ano gastou grande parte do tempo com a droga por um mês ou mais; usou drogas mais frequentemente ou em quantidades maiores; necessitou de maiores quantidades da droga; esteve em situações de riscos físicos; teve algum problema pessoal pelo uso de drogas; quis diminuir ou parar o uso da droga (APA, 2014; SAMHSA, 1999).

Para investigar a **prontidão para a mudança** a escala de contemplação Ladder foi adaptada às particularidades do serviço telessaúde, sendo realizada no idioma português e de forma breve. As afirmações são relacionadas ao estágio de contemplação do usuário. Até o escore 2 é considerado o estágio de pré-contemplação, onde o usuário não pensa em parar de usar a droga; quando o usuário afirma que pensa em parar, mas ainda não está pronto, ele está no escore 5 no estágio de contemplação. Quando está começando a pensar sobre como mudar o seu hábito de uso de drogas, ele entra no escore 8 no estágio de preparação e quando já está fazendo alguma coisa para parar de usar as drogas, encontra-se no escore 10 estágios de ação. (BIENER, 1991).

2.5 Análises estatísticas

A partir das informações do protocolo de atendimento telefônico ao usuário, os dados foram registrados no software e posteriormente resgatados em planilha do Microsoft Excel. Na sequência, a análise foi conduzida pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. As medidas de

características sociodemográficas, de prontidão para mudança, de consumo e de dependência foram avaliadas no início dos acompanhamentos e foram utilizados para avaliar os possíveis fatores intervenientes no desfecho. O consumo de substâncias foi utilizado, também, para avaliação dos desfechos de mudança de comportamento aos 3 e aos 6 meses. Os participantes da pesquisa que diminuíram o consumo ou pararam de usar a substância foram considerados como engajados quando continuaram a manter contato com o serviço. As medidas de adesão foram consideradas como apenas manter contato com o serviço, quando o usuário ligou nas datas contratadas, independentemente de ter apresentado mudança de comportamento no uso de drogas. Foram realizadas análises univariadas para as variáveis categóricas e as comparações bivariadas entre as variáveis foram realizadas pelo teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado.

Foi considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$.

3. Resultados

3.1 Características dos Participantes

A análise do perfil desses usuários mostrou predominância de usuários do sexo masculino, com idade média de 33 anos com desvio padrão de 11,09, solteiros, trabalhadores e renda familiar abaixo de cinco salários mínimos (Tabela 1).

3.2 Adesão

3.2.1 Característica da adesão na primeira ligação

Durante a primeira ligação para o serviço 561 (72,95%) usuários chegaram ao final da ligação e marcaram datas de retorno, 208 usuários (27,04%) não completaram a ligação e 133 (63,9%) receberam ligação com entrevista motivacional ($\chi^2 (1) = 20,747$, $p < 0,001$). A análise dos dados sociodemográficos dos usuários que completaram a primeira ligação não indicou diferença significativa em relação ao grau de dependência do usuário, idade ou escolaridade (destes $p > 0,05$ no teste do qui-quadrado), mas a porcentagem de usuários foi maior no sexo feminino ($\chi^2(1) = 4,006$; $p < 0,045$).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de usuários de drogas atendidos entre janeiro de 2015 a dezembro de 2016, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

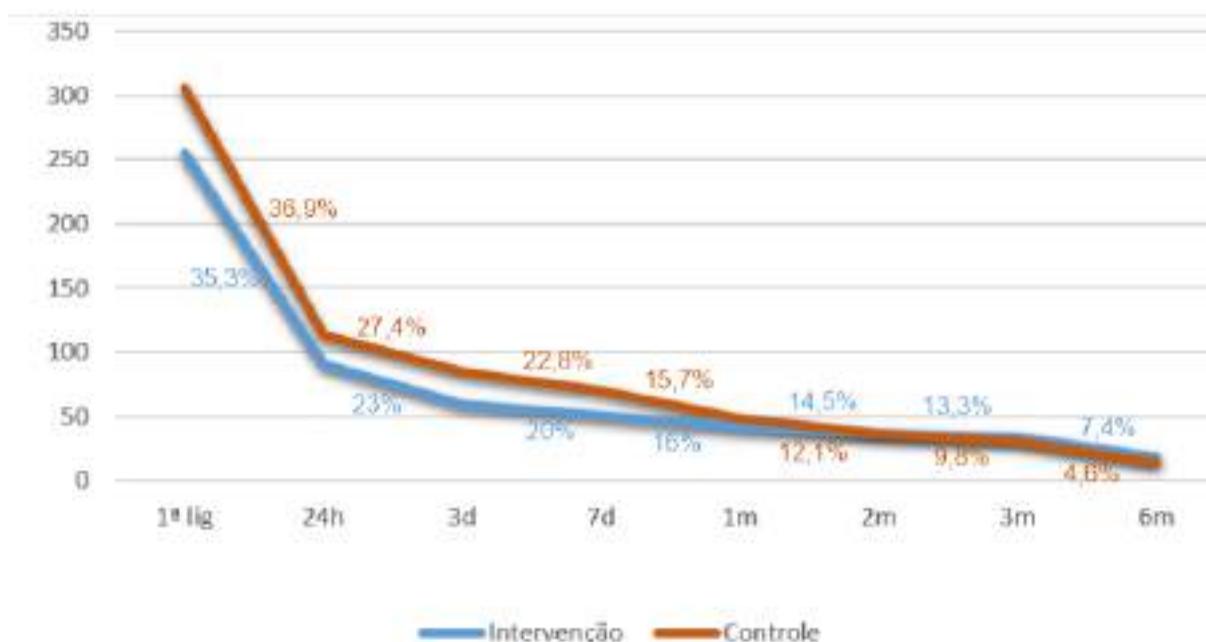
Variável	N (769)	Controle n (%)	Intervenção n (%)
Sexo			
Masculino	598	78,5	77,1
Feminino	171	21,5	22,9
Idade*	33,14 ± 11,09	32,34 ± 10,86	33,92 ± 11,26
Profissão			
Empregado	429	56,6	54,8
Desempregado	133	16,2	18,2
Autônomo	87	10,4	12,1
do lar	38	5,2	4,6
Estudante	42	6,2	4,6
Aposentado	25	2,3	4,1
Não responderam	15	2,6	1,2
Estado Civil			
Solteiro	385	52,4	47,6
Casado	251	31,2	34,0
Separado	112	13,3	15,7
Viúvo	12	1,8	1,2
Não responderam	9	1,0	1,2
Renda Familiar			
1 - 5 salários mínimos	420	55,6	53,6
5 – 10 salários mínimos	198	26,5	25,0
Mais que 10 salários mínimos	115	13,6	16,2
Não responderam	36	4,1	5,1
Escolaridade			
Ensino Fundamental	309	41,1	41,0
Ensino Médio	350	48,3	44,7
Ensino Superior	110	10,4	14,2
Ladder			
Ação	254	38,7	40,5
Preparação	143	21,3	23,3
Contemplação	88	13,5	13,9
Pré-Contemplação	157	26,4	22,3
Nº Dependência*	4,72 ± 1,33	4,76 ± 1,27	4,67 ± 1,38
Nº Dependência Categórica			
<= 3 afirmações	118	16,7	19,2
>3 afirmações	538	83,2	80,7
Poliusuários			
2 substâncias	363	46,9	47,4
3 substâncias	227	30,9	28,1
4 substâncias	154	18,6	21,4
5 ou mais substâncias	25	3,4	3,1

* Apresentado em média ± desvio padrão

3.2.2 Abandono durante os seguimentos

Dos 561 usuários que completaram a primeira ligação, 202 retornaram após 24 horas para o serviço (Figura 2). A taxa de abandono foi de 64% e não foi apresentado diferença significativa em relação ao grau de dependência do usuário, sexo, escolaridade e randomização nesta parte do seguimento. Em relação a prontidão de mudança, obtivemos adesão de 80,17% dos usuários que se encontravam no estágio de ação ($\chi^2 (3) = 12,856$; $p < 0,005$), em comparação os usuários no estágio de pré-contemplação foi encontrado uma maior taxa de abandono (65,04%).

Figura 2 – Percentual de adesão do usuário durante o acompanhamento



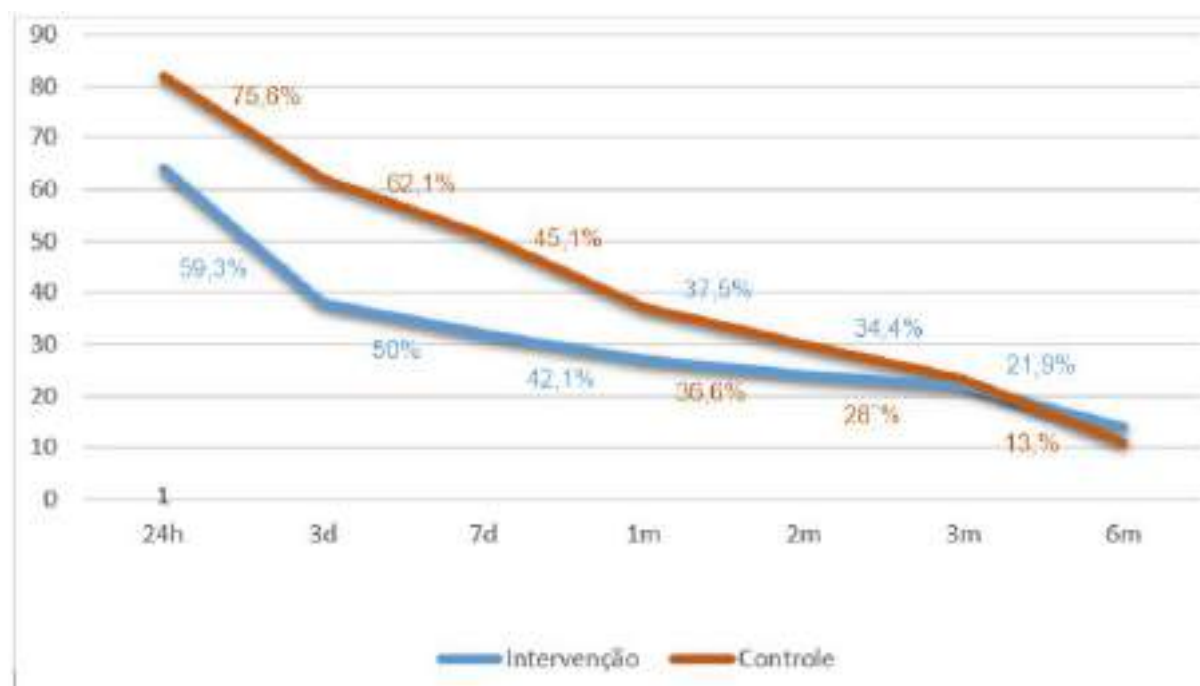
O abandono no acompanhamento dos usuários após 7 dias, foi maior nos que não receberam entrevista motivacional comparado com os usuários que receberam a entrevista motivacional. A porcentagem de adesão foi semelhante na primeira ligação para ambos os grupos. A representação na figura demonstra uma tendência de melhor adesão após 1 mês nos usuários que receberam ligação com entrevista motivacional ($\chi^2 (1) = 2,733$, $p < 0,098$).

3.3.1 Engajamento e mudança de comportamento

O engajamento foi considerado quando o usuário aderiu ao acompanhamento e apresentava mudança de comportamento. Essa mudança foi analisada

continuamente a cada contato do cliente com o serviço. O usuário relatava se desde a última ligação ele havia permanecido, aumentado, diminuído ou parado o consumo de substâncias químicas. Em relação ao engajamento dos usuários no serviço de telessaúde, 202 retornaram à ligação de 24 horas e destes 146 (72%) usuários apresentaram mudança de comportamento, porém não houve diferença entre os grupos intervenção e controle (Figura 3).

Figura 3 – Percentual do engajamento do usuário durante o acompanhamento



Dos 64 usuários que realizaram a ligação de 3 meses, 45 usuários alcançaram a mudança de comportamento (76,56%), porém não houve diferença significativa entre os grupos intervenção e controle. Ao comparar os comportamentos de uso no início do estudo e aos 3 meses de acompanhamento, houve uma diferença significativa relacionada a idade destes usuários. Usuários com idade maior que 36 anos se engajaram mais do que usuários com menos de 27 anos ($\chi^2(2) = 8,473$; $p < 0,014$). Quanto ao grau de dependência também houve diferença significativa, usuários com grau de dependência maior no início do acompanhamento tiveram um engajamento maior do que os usuários com menor grau de dependência ($\chi^2(1) = 3,803$; $p < 0,05$).

Verificando-se o engajamento total (aos 6 meses, havendo acompanhamento em todos momentos contratados e ter apresentado mudança de comportamento) 33 usuários finalizaram o acompanhamento e 25 (75,75%) usuários mudaram o

comportamento; destes 56% dos usuários receberam entrevista motivacional. Os dados obtidos aos 3 meses de acompanhamento por teleatendimentos foram confirmados e aos 6 meses de acompanhamento foi comprovada uma maior diferença, estatisticamente significativa, no engajamento total (6 meses), nos usuários de mais idade ($\chi^2(2) = 6,915$; $p < 0,032$) e maior grau de dependência ($\chi^2(1) = 6,432$; $p < 0,011$). Com isto, demonstrou-se uma relação entre anos de uso de substância e intensidade da dependência com o engajamento, ou seja, quanto mais maduro ou dependente das substâncias no início do acompanhamento por telefone, mais engajado se mostrava no acompanhamento de 6 meses.

Comparando-se todos os usuários que tiveram a primeira ligação completa e realizaram pelo menos mais uma ligação para o serviço (202), 25 usuários (12%) obtiveram engajamento e envolvimento com o serviço. Ou seja, realizaram contato até o sexto mês de acompanhamento e obtiveram resultado positivo referente a mudança de comportamento, sendo que 58,3% receberam a intervenção motivacional.

4. Discussão

Nossos achados sobre serviço de telessaúde no engajamento do tratamento a dependentes apontam uma baixa adesão ao tratamento de poliusuários de drogas como também um baixo engajamento para mudança de comportamentos, especialmente entre os mais jovens e com graus de dependência menor. A perda de usuários na primeira ligação foi maior do que no restante do acompanhamento. Apesar do percentual de adesão ser baixo em 6 meses de acompanhamento, o engajamento dos poliusuários se manteve.

Acredita-se que durante o tratamento e no progresso da recuperação o próprio usuário é fundamental para o sucesso, e a relação do consultor com o usuário é um fator importante no engajamento no tratamento (FIORENTINE, 1999; KRIGEL et al., 2017). O consultor que atende o usuário por telefone oportuniza ao usuário um momento de reflexão de suas consequências, permitindo que o entrevistado faça sua própria decisão de parar ou permanecer no uso de substâncias, sem interferir em sua escolha (FROST et al., 2018). A entrevista motivacional é uma intervenção oferecida em vários momentos do percurso da busca de abstinência ao uso de drogas (SMEDSLUND et al., 2011; GOMES, 2015). Interessantemente, nos diferentes

estudos (LAPPAN; BROWN; HENDRICKS, 2019), assim como neste, a primeira interlocução, não traz uma mudança significativa de comportamentos e é acompanhada de uma alta taxa de abandono.

Possíveis determinantes de abandono podem envolver o fato de as ligações com intervenção motivacional terem maior duração e um maior abandono inicial. Na tentativa de adquirir a confiança do usuário, o tempo da ligação com a entrevista motivacional é mais longa, o que pode justificar o abandono dos usuários na primeira ligação. Uma metanálise mostra que a taxa média de abandono nos tratamentos convencionais é proporcional ao tempo de ligação. Quanto maior o tempo de ligação, maior é a taxa de abandono, sendo verificado que aproximadamente 30% dos usuários abandonaram o acompanhamento em sessões de até 90 minutos (LAPPAN; BROWN; HENDRICKS, 2019). Por outro lado, é esperado um abandono menor do tratamento quando se tem uma aliança terapêutica consolidada sendo o profissional que acompanha o usuário um preditor de retenção do indivíduo em tratamento (GOMES, 2015; NAVIDIAN et al., 2016).

Estudos controlados randomizados demonstram que a Entrevista Motivacional, comparada a nenhum outro tipo de intervenção, pode reduzir de forma relevante o abuso de substâncias (NAVIDIAN et al., 2016; SMEDSLUND et al., 2011). Embora neste estudo tenha sido observada diferença no engajamento entre grupo controle, tratamento usual, e grupo intervenção motivacional, os dados estatísticos não foram significativos, à semelhança da metanálise já citada (SMEDSLUND et al., 2011) que aponta que a entrevista motivacional se iguala a outras intervenções. O envolvimento do cliente com o consultor pode aumentar a eficácia do tratamento, visto que a aliança terapêutica é fortalecida pela abordagem utilizada pelo entrevistador, incluindo sua capacidade de escuta (LAPPAN; BROWN; HENDRICKS, 2019). Em nosso estudo, foi identificado que após um mês de acompanhamento esta aliança foi melhor estabelecida e que os usuários que continuaram ligando e receberam a entrevista motivacional estavam mais engajados e aderiram de forma considerável ao tratamento, quando comparado aos usuários controle.

A entrevista motivacional, é mais eficaz para o engajamento de indivíduos com uma maior percepção das consequências do abuso (SMEDSLUND et al., 2011; LAPPAN; BROWN; HENDRICKS, 2019). O nível de dependência do usuário se mostrou significativo quando relacionado ao engajamento dos usuários aos 3 e 6

meses de acompanhamento. Os usuários considerados mais dependentes obtiveram a taxa de engajamento e de adesão mais alta. Uma limitação neste estudo é a de não verificar quais os componentes da dependência estão relacionados com o engajamento, por havermos contabilizado o número total de afirmações, sem ter sido analisadas, individualmente, as perguntas respondidas de forma afirmativa.

Usuários mais velhos obtiveram a taxa de engajamento e de adesão mais alta em comparação aos adolescentes e jovens adultos. Indivíduos mais velhos são mais propensos a terem graus de dependência mais intenso e a concluir tratamento para abuso de substâncias devido às experiências adquiridas nas tentativas anteriores (STAHLER; MENNIS; DUCETTE, 2016). Além disto, para os indivíduos mais jovens a motivação é um importante preditor no engajamento visto que eles possuem menos motivação para cessar o uso de drogas (MYERS et al., 2018). E, pessoas mais velhas são mais propensas a terem outros tipos de intervenção ou tratamento para abuso e dependência de drogas ao longo da vida. A literatura reconhece, que indivíduos expostos a tratamentos prévios tendem a iniciar e terminar um tratamento (STAHLER; MENNIS; DUCETTE, 2016; GOUSE et al., 2016).

Em programas de telessaúde, deve-se atentar para uma nova metodologia de abordagem a usuários de drogas. Na primeira ligação, a realização de uma triagem seria importante para avaliar qual o tratamento adequado para o usuário, telessaúde, acompanhamento presencial ou ambos. Um tempo menor da primeira ligação poderia acarretar o aumento da persistência de contato com o serviço, e assim estabelecer um nível de confiança com o consultor ao longo do acompanhamento, aumentando a adesão. A associação de múltiplas tecnologias poderia ser usada na adesão do usuário no tratamento, aprimorando ainda mais o uso de atendimento por telefone celular, por meio de mensagens de texto ou até mesmo de aplicativos que lembrem o usuário da data de seguimento, além de orientar dicas para ficar ou se manter abstinente.

Os resultados deste estudo sugerem que os usuários necessitam de maior tempo de acompanhamento terapêutico para se engajarem no tratamento. Entretanto, as ligações devem ser mais curtas, para que a adesão dos indivíduos seja efetiva. Tratamento com menor tempo de acompanhamento mostram níveis de eficácia menores e é necessário um maior tempo de acompanhamento para formar a aliança terapêutica do tratamento e da relação do consultor com o usuário (LAPPAN;

BROWN; HENDRICKS, 2019). Nossos dados corroboram com esta afirmação visto que os usuários de um a seis meses de tratamento (grupo IBM), tiveram uma taxa menor de desistência comparado a usuários sem entrevista motivacional (grupo controle).

Dentre as principais informações sobre características dos usuários que se mantem engajado em diferentes momentos do acompanhamento destacamos: os usuários mais velhos, mais dependentes e que de acordo com a escala de prontidão de mudança estão no estágio de ação. Outros estudos também apontaram esse padrão, de idade (MYERS et al., 2018), mais dependente (STAHLER; MENNIS; DUCETTE, 2016), maior estágio para mudança (OLIVEIRA et al., 2014). O conhecimento do perfil dos dependentes químicos sem dúvida possibilita a melhora das estratégias de abordagens, a fim de que o mesmo finalize o protocolo de tratamento e mantenha a mudança de comportamento.

As limitações incluem o autorrelato dos usuários, o que nem sempre é considerado fidedigno, pois o contato telefônico exclusivo não permite confirmação biológica da abstinência; no entanto, o serviço permitia o anonimato do cliente, as respostas espontâneas e verdadeiras podem ter sido favorecidas.

Novas alternativas devem ser exploradas e abordadas no futuro para melhorar o cuidado e as intervenções com usuários. Compreender as múltiplas barreiras ao engajamento a tratamentos por poliusuários de drogas é prioritário para mitigá-los sendo fundamental compreender os fatores motivadores para melhorar a retenção, adesão e engajamento.

Fonte de financiamento

Esta pesquisa não recebeu doações específicas de agências de financiamento pública, comercial ou sem fins lucrativos.

Contribuintes

Todos os autores contribuíram para o desenho deste estudo. Todos os autores contribuíram e aprovaram o manuscrito final.

Declaração de interesse concorrente

Nenhuma

Referências

AGUILAR, Lucio Rodríguez; PILLON, Sandra Cristina. **Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento**. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 13, n. , p.790-797, out. 2005. FapUNIFESP (SciELO).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARROS, Helena et al. **Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention**. Drug And Alcohol Dependence, [s.l.], v. 98, n. 3, p.270-274, dez. 2008. Elsevier BV.

BIENER, Lois; ABRAMS, David B.. **The Contemplation Ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation**.. Health Psychology, [s.l.], v. 10, n. 5, p.360-365, 1991. American Psychological Association (APA).

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. **Ligue 132**. Brasília: Ministério Justiça e Cidadania; Departamento de Políticas sobre Drogas, 2016. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/ligue-132> . Acesso em: 25 ago. 2016.

COATSWORTH, J. Douglas et al. **Brief Strategic Family Therapy versus Community Control: Engagement, Retention, and an Exploration of the Moderating Role of Adolescent Symptom Severity***. Family Process, [s.l.], v. 40, n. 3, p.313-332, set. 2001. Wiley.

EMCDDA, **Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway**. Chapter 3. p.39-44, Lisboa, 2002 Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/167/2002_0458_EN_69588.pdf

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes et al. **Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares.** Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 68, n. 3, p.474-481, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

FIORENTINE, R. **Client Engagement in Drug Treatment.** Journal Of Substance Abuse Treatment, [s.l.], v. 17, n. 3, p.199-206, out. 1999. Elsevier BV.

FROST, Helen et al. **Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews.** Plos One, [s.l.], v. 13, n. 10, 18 out. 2018. Public Library of Science (PLoS).

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, E.A. V **Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004.** São Paulo: CEBRID, 2005.

GOMES, Ana Maria da Silva. **Contributions to a research intervention for nursing care to drug users.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 7, n. 4, p.3487-3490, 1 out. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.

GOPALAN, Geetha et al. **Engaging Families into Child Mental Health Treatment: Updates and Special Considerations.** Jornal da Academia Canadense de Psiquiatria da Criança e do Adolescente. New York, p. 182-196. ago. 2010.

GOUSE, Hetta et al. **Implementation of Cognitive-Behavioral Substance Abuse Treatment in Sub-Saharan Africa: Treatment Engagement and Abstinence at Treatment Exit.** Plos One, [s.l.], v. 11, n. 1, 27 jan. 2016. Public Library of Science (PLoS)

- GUERRA, Marcella Regina Silva Rieiro; VANDENBERGHE, Luc. **Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil:: o estado da arte**. Pesqui. Prát. Psicossociais, São João Del-rei, v. 13, n. 1, p.1-22, mar. 2018.
- GULLIVER, Amelia et al. **The mental health of Australian elite athletes**. Journal Of Science And Medicine In Sport, [s.l.], v. 18, n. 3, p.255-261, maio 2015. Elsevier BV.
- HELGASON, A. R. **Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation**. The European Journal Of Public Health, [s.l.], v. 14, n. 3, p.306-310, 1 set. 2004. Oxford University Press (OUP).
- KRIGEL, Susan W. et al. **Motivational interviewing and the decisional balance procedure for cessation induction in smokers not intending to quit**. Addictive Behaviors, [s.l.], v. 64, p.171-178, jan. 2017. Elsevier BV.
- KESSLER, Ronald C.. **Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States**. Archives Of General Psychiatry, [s.l.], v. 51, n. 1, 1 jan. 1994. American Medical Association (AMA).
- LAPPAN, Sara N.; BROWN, Andrew W.; HENDRICKS, Peter S.. **Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis**. Addiction, [s.l.], 6 nov. 2019. Wiley.
- LINDSEY, Michael A. et al. **Identifying the Common Elements of Treatment Engagement Interventions in Children's Mental Health Services**. Clinical Child And Family Psychology Review, [s.l.], v. 17, n. 3, p.283-298, 31 dez. 2013. Springer Science and Business Media LLC.
- LUNDAHL, Brad W. et al. **A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies**. Research On Social Work Practice, [s.l.], v. 20, n. 2, p.137-160, 11 jan. 2010. SAGE Publications.
- MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. **Motivational Interviewing: Helping People Change**. 3. ed. London: The Guilford Press, 2013.

MILWARD, Joanna et al. **Mobile phone ownership, usage and readiness to use by patients in drug treatment.** Drug And Alcohol Dependence, [s.l.], v. 146, p.111-115, jan. 2015. Elsevier BV.

MYERS, Bronwyn et al. **Substance abuse treatment engagement, completion and short-term outcomes in the Western Cape province, South Africa: Findings from the Service Quality Measures Initiative.** Drug And Alcohol Dependence, [s.l.], v. 185, p.278-284, abr. 2018. Elsevier BV.

NAVIDIAN, Ali et al. **Efficacy of Group Motivational Interviewing in the Degree of Drug Craving in the Addicts Under the Methadone Maintenance Treatment (MMT) in South East of Iran.** Archives Of Psychiatric Nursing, [s.l.], v. 30, n. 2, p.144-149, abr. 2016. Elsevier BV.

OLIVEIRA, Margareth da Silva et al. **Evidências de validade da University of Rhode Island Change Assessment (URICA-24) para dependentes de tabaco.** Revista de Ciências Médicas, [s.l.], v. 23, n. 1, p.5-15, 7 jul. 2014. Cadernos de Fe e Cultura, Oculum Ensaios, Reflexao, Revista de Ciencias Medicas e Revista de Educacao da PUC-Campinas

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em Saúde Mental.** 1. ed. São Paulo: Senac, 2018. v. 1, p. 1-192. ISBN 9788539622016

ROJAHN, Katherine et al. **Remote Monitoring of Chronic Diseases: A Landscape Assessment of Policies in Four European Countries.** Plos One, [s.l.], v. 11, n. 5, 19 maio 2016. Public Library of Science (PLoS).

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration – **Office of Applied Studies: 1998 National Household Survey on Drug Abuse.** U.S. Department of Health and Human Services, 1999. Disponível em: <http://www.samhsa.gov> . Acesso em: 23 dez. 2019.

SCHULZ, K. F; ALTMAN, D. G; MOHER, D.. **CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials**. Bmj, [s.l.], v. 340, n. 231, p.332-332, 23 mar. 2010. BMJ.

SIMPSON, D.dwayne et al. **Client engagement and change during drug abuse treatment**. Journal Of Substance Abuse, [s.l.], v. 7, n. 1, p.117-134, jan. 1995. Elsevier BV.

SIQUEIRA, Daiana Foggiao de et al. **Social reintegration of crack addicts: actions taken by the family**. Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 24, n. 2, p.548-553, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

SLOAS, Lincoln B.; CAUDY, Michael S.; TAXMAN, Faye S.. **Is Treatment Readiness Associated With Substance Use Treatment Engagement?** An Exploratory Study. Journal Of Drug Education, [s.l.], v. 47, n. 1-2, p.51-67, mar. 2017. SAGE Publications.

SOLIMINI, R. et al. **Hepatotoxicity associated to synthetic cannabinoids use**. European Review for Medical and Pharmacological Sciences . 2017; Vol. 21, n. 1. pp. 1-6.

SMEDSLUND, Geir et al. **Motivational interviewing for substance abuse**. Cochrane Database Of Systematic Reviews, [s.l.], 11 maio 2011. Wiley.

STAHLER, Gerald J.; MENNIS, Jeremy; DUCETTE, Joseph P.. **Residential and outpatient treatment completion for substance use disorders in the U.S.: Moderation analysis by demographics and drug of choice**. Addictive Behaviors, [s.l.], v. 58, p.129-135, jul. 2016. Elsevier BV.

STAUDT, Marlys. **Treatment Engagement with Caregivers of At-risk Children: Gaps in Research and Conceptualization**. Journal Of Child And Family Studies, [s.l.], v. 16, n. 2, p.183-196, 23 ago. 2006. Springer Science and Business Media LLC.

Terra, MB, Barros, HMT, Stein, AT, Figueira, I., Athayde, LD, Palermo, LH, ... Silveira, DX da. (2007). **Predictors of engagement in the Alcoholics Anonymous group or to psychotherapy among Brazilian alcoholics**. Arquivos europeus de psiquiatria e neurociência clínica, 257 (4), 237-244

UFCSPA. **Ligue 132**. Disponível em: <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/ligue-132> . Acesso em: 25 ago. 2016.

UNODC. **United Nations Office on Drugs and Crime**, 2018. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/en/treatment-and-care/introduction.html>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

YANG, Yang; PERKINS, David R.; STEARNS, A. Elizabeth. **Barriers and Facilitators to Treatment Engagement Among Clients in Inpatient Substance Abuse Treatment**. Qualitative Health Research, [s.l.], v. 28, n. 9, p.1474-1485, 21 abr. 2018. SAGE Publications.

ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018

6.1 PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

Título do Projeto: Avaliação da implementação da central de atendimento "Pronto" para informações sobre drogas

Investigador Responsável: Cláudia Galvão Mangoni

PARECER n° 20-05

Data da Versão: 10/04/2005

Cadastro

Data de Parecer: 13/04/2005

Grupo e Área Temática	Classificação utilizada pela CONEP
-----------------------	------------------------------------

Objetivos do Projeto

Avaliação da efetividade da Central de Atendimento Nacional do Sistema Nacional Antidrogas "PRONTO", nas dependências da EEECM-PA.

Sumário do Projeto

O estudo propõe-se a descrever características dos usuários da linha telefônica em relação a aspectos demográficos, origem da ligação, quem busca as informações e sua profissão, e acesso a serviços de saúde. O estudo apresenta duas fases na metodologia: Parte I - avaliação do serviço com o delineamento transversal para avaliar a qualidade do serviço. A Parte II - avaliação da intervenção motivacional breve. Esta etapa será um estudo de intervenção do tipo ensaio clínico randomizado, controlado, aberto. Os seguintes desfechos serão utilizados para avaliação da efetividade da intervenção telefônica breve: diminuição do uso de drogas, abstinência total, procura para tratamento e motivação para mudança.

[illegible]

Comentários sobre os itens de identificação:

O projeto é fundamental para a linha de pesquisa da FFFCMPA. Os autores tem larga experiência no tema. O projeto será desenvolvido por meio de parceria entre a SENAD e a FFFCMPA, a partir da experiência do SISF da FFFCMPA e o Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE).

Introdução **Apresentação**

Comentarios sobre a introdução

Revisão a literatura adequadamente não é atualizada.

[illegible]

Conteúdo sobre os Objetivos

Foram clams & conchios.

Elaboración de Matrices de Análisis	Asignatura
Definición de	Asignatura
Formación de	Asignatura
Calificación de	Asignatura
PSI (por el país) de	Asignatura
Selección de	Asignatura
Calificación de	Asignatura
PSI (por el país) de	Asignatura
Uso de	Asignatura
Período de	Asignatura
Medición de	Asignatura
Análisis de	Asignatura
Procedimiento de	Asignatura
Término de	Asignatura



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO FACULDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PORTO ALEGRE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
APROVADO PELA CARTA Nº 8802004-CONEP/CEP/MS/MG
RUA SARMENTO LESTI, 242 - FONE: (51) 3224.8822
CEP 96205-170 - PORTO ALEGRE - RS - cep@ffcmopa.foc.br

Of. 047/05-CEP

Porto Alegre, 18 de abril de 2005.

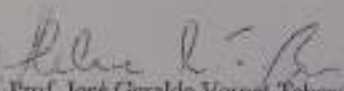
Ilma. Sra.
Cláudia Galvão Mazoni
Nesta Faculdade

Prezada Senhora

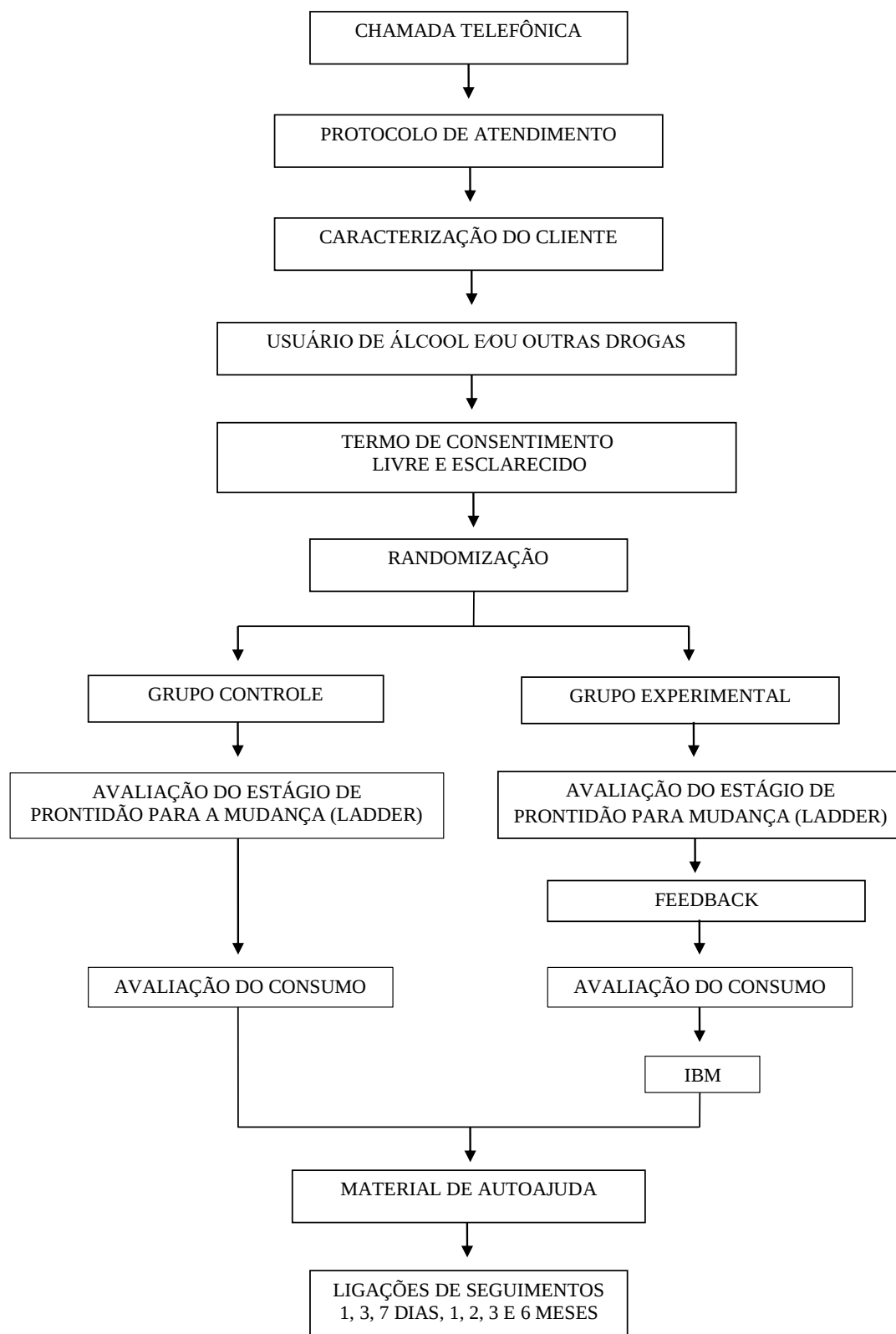
Informamos que seu projeto "Avaliação da Implementação da Central de Atendimento "Pronto" para Informações sobre Drogas.", Processo nº 019/05, foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, na reunião de 14 de abril de 2005, sendo o projeto aprovado, conforme parecer consubstanciado nº 28/05, em anexo.

Outrossim informamos que de acordo com o Art. 4º, letra c, do Regulamento do CEP, V. Sa. deverá nos encaminhar relatórios semestrais do desenvolvimento do projeto.

Atenciosamente,


Prof. José Geraldo Vernet Taborda
Coordenador do CEP/FFCMOPA

6.2 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS



6.3 PROTOCOLO GERAL DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO

Protocolo geral de atendimento telefônico

Sair	Gravar	Apoio	Satisfação	Fechar Protocolo
------	--------	-------	------------	------------------

Banco de Protocolos | Protocolo 138565/2016 |

Apelido/Nome: Data: 02/09/2016 Horário Início: 01:46:27 Horário Término:

Classificação da Pergunta | Caracterização do Cliente | Pesquisa | Centros de Tratamento |

Tipo de Pergunta

☐ Centros de Tratamento ☐ Informações sobre drogas ☐ Material informativo ☐ Outros ☐ Ponto ☐ Retorno

Pergunta

Drogas

☐ Alcool ☐ Alucinógenos ☐ Anestésicos esteróides ☐ Ansiolíticos ☐ Cocaína/crack/crênelo ☐ Antidepressivos

☐ Estupefacientes ☐ OIH ☐ Maconha ☐ Opióides/heróina ☐ Solventes/etilínicos ☐ Tabaco

☐ Outros

Resposta

Referências Bibliográficas

Sair	Gravar	Apoio	Satisfação	Fechar Protocolo
------	--------	-------	------------	------------------

Banco de Protocolos | Protocolo 138565/2016 | Satisfação do Cliente |

Apelido/Nome: Data: 02/09/2016 Horário Início: 01:46:27 Horário Término:

Classificação da Pergunta | Caracterização do Cliente | Pesquisa | Centros de Tratamento |

Para Usuários ou Familiares: O Sr (a) ou familiar alguma vez procurou ajuda?

☐ SIM ☐ NÃO

Quem Buscou a Informação

☐ Paciente ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Amigo ☐ Usuário de drogas ☐ Centro de Tratamento ☐ Profissional de Saúde

Outros Profissionais:

Profissão

☐ Aposentado ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Do Lar ☐ Estudante

☐ Profissional de saúde ☐ Profissional de outra área

Estado Civil

☐ Casado/vive com companheiro ☐ Separado/divorçado ☐ Solteiro ☐ Viúva

Renda Familiar

☐ 1-5 (R\$ 300,00 - 1499,00) ☐ 5-10 (R\$ 1500,00 - 3000,00) ☐ Mais de 10 (mais de R\$ 3000,00)

Local do Cliente

Estado:

Cidade:

Idade/Sexo

Idade: Sexo: ☐ Masc ☐ Fem

Escolaridade

☐ Analfabeto ☐ Ensino fundamental incompleto (1º grau) ☐ Ensino fundamental completo (1º grau) ☐ Superior incompleto

☐ Ensino médio incompleto (2º grau) ☐ Ensino médio completo (2º grau) ☐ Superior completo

☐ Curso técnico

6.4 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONSUMO

Questionário de avaliação do consumo

Avaliação do consumo (selecionar):

Uso na vida ()

Uso no ano ()

Uso no mês ()

Frequência no ultimo mês (selecionar):

Ate 6 meses ()

6 meses a 1 ano ()

Entre 1-2 anos ()

Entre 2–5 anos ()

Mais de 5 anos ()

Não se lembra ()

Quanto geralmente usou num mesmo dia? _____ (em doses)

Via de administração:

Oral ()

Aspirada ()

Inalado/fumado ()

Injetado EV ()

Injetado IM ()

Outros ()

Tempo de uso (selecionar):

Diário ()

Semanal ()

Menor que seminal ()

Não se aplica ()

6.5 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

Questionário de avaliação de dependência

1- No ultimo ano, você gastou grande parte do seu tempo para conseguir,usar ou se recobrar dos efeitos da droga por 1 mês ou mais?

() SIM () NÃO

2- No ultimo ano você usou a droga mais frequentemente ou em quantidades maiores do que pretendia?

() SIM () NÃO

3- Você necessitou de maiores quantidades da droga para conseguir os mesmos efeitos que antes nestes últimos 12 meses?

() SIM () NÃO

4- Você esteve em situações de riscos físicos, estando sob efeito da droga ou logo após o seu efeito?

() SIM () NÃO

5- No ultimo ano, você teve algum problema pessoal pelo uso da droga?

() SIM () NÃO

6- No ultimo ano você quis diminuir ou parar o uso da droga?

() SIM () NÃO

6.6 REGRAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO



DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCE

An International Journal on Biomedical and Psychosocial Approaches

AUTHOR INFORMATION PACK

TABLE OF CONTENTS

• Description	p.1
• Audience	p.2
• Impact Factor	p.2
• Abstracting and Indexing	p.2
• Editorial Board	p.2
• Guide for Authors	p.5



ISSN: 0376-8716

DESCRIPTION

Drug and Alcohol Dependence is an international journal devoted to publishing original research, scholarly reviews, commentaries, and policy analyses in the area of **drug, alcohol and tobacco use and dependence**. Articles range from studies of the chemistry of **substances of abuse**, their actions at molecular and cellular sites, *in vitro* and *in vivo* investigations of their biochemical, pharmacological and behavioural actions, laboratory-based and clinical research in humans, substance abuse **treatment** and **prevention** research, and studies employing methods from epidemiology, sociology, and economics.

The rationale for this extensive coverage is the conviction that drug, alcohol and tobacco use/dependence cannot be understood in their entirety from a single perspective and that without an understanding of other areas of research, studies by individual investigators may be limited. The goal of the journal is to provide researchers, clinicians, and policy makers access to material from all perspectives in a single journal in a format that is understandable and which has received rigorous editorial review. The hope of its [editors](#) is to promote mutual understanding of the many facets of drug abuse to the benefit of all investigators involved in drug and alcohol research, and to facilitate the transfer of scientific findings to successful treatment and prevention practices.

The accepted abbreviation for *Drug and Alcohol Dependence* for bibliographic citation is *Drug Alcohol Depend*.

Drug and Alcohol Dependence is currently being distributed to all the members of the College on Problems of Drug Dependence (CPDD), the oldest scientific organization in the United States concerned with research on problems of drug dependence. Members of the CPDD are provided with both the print version as well as access to the full text of the current issue and back issues dating back to Vol. 46, Issue no. 1 of the [online version](#) as a benefit of membership.

The College on Problems of Drug Dependence (CPDD), formerly the Committee on Problems of Drug Dependence, has been in existence since 1929 and is the longest standing group in the United States addressing problems of drug dependence and abuse. From 1929 until 1976, the CPDD was associated with the National Academy of Sciences, National Research Council. Since 1976, the organization has functioned as an independent body affiliated with other scientific and professional societies representing various disciplines concerned with problems of drug dependence and abuse. In 1991, the CPDD evolved into a membership organization with the new name of College on Problems of Drug Dependence.

CPDD serves as an interface among governmental, industrial and academic communities maintaining liaisons with regulatory and research agencies as well as educational, treatment, and prevention facilities in the drug abuse field. It also functions as a collaborating center of the World Health Organization.

AUDIENCE

Workers in the fields of biomedical as well as clinical, epidemiological, psychosocial, socio-cultural, educational and medico-legal research.

IMPACT FACTOR

2018: 3.466 © Clarivate Analytics Journal Citation Reports 2019

ABSTRACTING AND INDEXING

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
Research Alert
Clinical Medicine Citation Index
ETOH
BIOSIS Citation Index
Chemical Abstracts
Current Contents
Embase
PubMed/Medline
PsycINFO
Science Citation Index
Sociological Abstracts
Addiction Abstracts
Pascal Francis
Elsevier BIOBASE
HealthSTAR
Life Science Collection
Toxline
Scopus
Social Sciences Citation Index

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Eric C. Strain, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, United States

Editorial Office Manager

B. McClarty, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, 21205-2105, United States;
Fax: 410-550-0030

Social Media Editor

Joseph J. Palamar, NYU LANGONE MEDICAL CENTER, New York, New York, United States

Associate Editors

Behavioral Pharmacology

Craig R. Rush, University of Kentucky College of Medicine, Lexington, KY, United States

Comorbidity, Psychiatric Epidemiology, Etiology, Nosology and Genetics

Katherine Keyes, Columbia University, New York, New York, United States

Etiology, Epidemiology, Prevention and Policy

Steve Shoptaw, University of California Los Angeles Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, La Jolla, California, United States

Human Psychopharmacology and Genetics

Eske Derks, QIMR Berghofer Medical Research Institute, Herston, Australia

Neuropsychopharmacology and Treatment

Lin Lu, Peking University, Beijing, China

Preclinical and Clinical Neurosciences

Linda Porrino, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, North Carolina, United States

Services and Prevention, Technology Transfer, and Treatment

Jan Copeland, National Drug and Alcohol Research Centre, Randwick, New South Wales, Australia

Tobacco and Nicotine, Health Disparities, Developmental Psychopathology

Karen Cropsey, University of Alabama at Birmingham

Treatment and Services

Kyle Kampman, University of Pennsylvania Perelman School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania, United States

Associate Editor Fellow

R.L. Tomko, Medical University of South Carolina Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Charleston, South Carolina, United States

Editorial Board

F.J. Alvarez, Valladolid, Spain

J.C. Anthony, East Lansing, Michigan, United States

M. Auriacombe, Bordeaux, France

R.L. Balster, Richmond, Virginia, United States

M. Banks, Richmond, Virginia, United States

F.I.P.M. Bastos, Rio de Janeiro, Brazil

W.K. Bickel, Roanoke, Virginia, United States

K.L. Bluthenthal, Los Angeles, California, United States

K.T. Brady, Charleston, South Carolina, United States

Q. L. Brown, New Brunswick, New Jersey, United States

A. Coop, Baltimore, Maryland, United States

J.F. Cubells, Atlanta, Georgia, United States

S. Darke, Randwick, New South Wales, Australia

K.L. Delucchi, San Francisco, California, United States

L.C. Dierker, Middletown, Connecticut, United States

M. Farré, Barcelona, Spain

M. Field, Liverpool, United Kingdom

P.M. Flynn, Fort Worth, Texas, United States

I.H.A. Franken, Rotterdam, The Netherlands

T.R. Franklin, Philadelphia, Pennsylvania, United States

D. Furr-Holden, East Lansing, Michigan, United States

B.F. Grant, Rockville, Maryland, United States

C.A. Hanlon, Charleston, South Carolina, United States

D.S. Hasin, New York, New York, United States

D.K. Hatsukami, Minneapolis, Minnesota, United States

J.R. Havens, Lexington, Kentucky, United States

M.Y. Iguchi, Washington, District of Columbia, United States

R. Johnson, Baltimore, Maryland, United States

S.D. Johnson, Saint Louis, Missouri, United States

J. Kitanaka, Nishinomiya, Japan

H.R. Kranzler, Philadelphia, Pennsylvania, United States

A. Kurti, Burlington, Vermont, United States

R.J. Lamb, San Antonio, Texas, United States

A.M. Leventhal, Los Angeles, California, United States

S.E. Lukas, Belmont, Massachusetts, United States

M. Medina-Mora, Ciudad de Mexico, Mexico

F.G. Moeller, Richmond, Virginia, United States

M. Munafò, Bristol, United Kingdom

T.C. Napier, Chicago, Illinois, United States

K.L. Preston, Baltimore, Maryland, United States

K. Rigg, Tampa, Florida, United States

A.J. Saxon, Seattle, Washington, United States

J.L. Sorensen, San Francisco, California, United States

J. Strang, London, United Kingdom
S.A. Strathdee, La Jolla, California, United States
D. Svikis, Richmond, Virginia, United States
J.M. Vink, Nijmegen, Netherlands
S.L. Walsh, Lexington, Kentucky, United States
J. Weafer, Chicago, Illinois, United States

Previous Editors

Robert Balster
Hans Halbach
Charles R. Schuster
Chris-Elyn Johanson
Ian P. Stolerman

GUIDE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Drug and Alcohol Dependence is an international journal devoted to publishing original research, scholarly reviews, letters to the Editor, and policy analyses in the area of drug, alcohol and tobacco use and dependence. It is sponsored by the College on Problems of Drug Dependence (CPDD), the oldest scientific organization in the United States concerned with research on addiction. The goal of its editors is to promote mutual understanding of the many facets of drug abuse to the benefit of all investigators involved in drug and alcohol research, and to facilitate the transfer of scientific findings to successful treatment and prevention practices. *Drug and Alcohol Dependence* is currently being distributed to all the members of CPDD.

Associate Editor Content Areas

Please [click here](#) to download details of the Associate Editor Content Areas.

Associate Editor Conflict of Interest Statements

Please [click here](#) to access the Associate Editor Conflict of Interest Statements.

Types of paper

1) Full-length Reports reporting original results of research within the field of drug, alcohol and tobacco use and dependence. A Full-length Report typically should not exceed 4000 words (for the introduction, methods, results and discussion).

2) Review Articles of specialized topics within the scope of the journal. Typically, these are critical reviews of a field of research. A Review Article typically should not exceed 6000 words for the main body of the paper (i.e., excluding references, tables and figures). Review Articles that will be substantially longer than 6000 words should be discussed with the Editor-in-Chief prior to submission.

3) Short Communications reporting on research that has progressed to the stage where a preliminary publication is appropriate. The maximum length is 2000 words plus references and illustrations. There should be not more than 2 illustrations (figure or tables).

4) Letters to the Editor will be considered by the Editors of *Drug and Alcohol Dependence* (DAD) on a case-by-case basis. These should address an issue consistent with the focus of the journal. If the letter is in response to a paper published in the journal, authors of the original paper will typically be given the opportunity to respond to the letter, and the Editors may decide to not publish the letter based upon that reply or may publish the reply along with the letter. Letters submitted in response to a published paper should generally be submitted within a year of the original paper. Letters may be referred for peer-review, depending upon the content. The journal generally does not publish case reports, and letters to the editor that report on a case have a high likelihood of being returned and not published. Letters are limited to 500 words, and no more than six references. Authors considering a Letter to the Editor may wish to consult with the editorial office before initiating such a submission.

5) Registered Reports ([click here for more details](#)). These submissions undergo a two-phase review process in which study rationale and methodology are considered prior to the research being undertaken.

6) Other forms of papers. The journal does not publish commentaries, individual case studies or book reviews.

Submission checklist

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

Manuscript:

- Include keywords
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided
- Indicate clearly if color should be used for any figures in print

Graphical Abstracts / Highlights files (where applicable)

Supplemental files (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

For further information, visit our [Support Center](#).

BEFORE YOU BEGIN

Ethics in publishing

Please see our information pages on [Ethics in publishing](#) and [Ethical guidelines for journal publication](#).

Studies in humans and animals

If the work involves the use of human subjects, the author should ensure that the work described has been carried out in accordance with [The Code of Ethics of the World Medical Association \(Declaration of Helsinki\)](#) for experiments involving humans. The manuscript should be in line with the [Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals](#) and aim for the inclusion of representative human populations (sex, age and ethnicity) as per those recommendations. The terms [sex and gender](#) should be used correctly.

Authors should include a statement in the manuscript that informed consent was obtained for experimentation with human subjects. The privacy rights of human subjects must always be observed.

All animal experiments should comply with the [ARRIVE guidelines](#) and should be carried out in accordance with the U.K. Animals (Scientific Procedures) Act, 1986 and associated guidelines, [EU Directive 2010/63/EU for animal experiments](#), or the National Institutes of Health guide for the care and use of Laboratory animals (NIH Publications No. 8023, revised 1978) and the authors should clearly indicate in the manuscript that such guidelines have been followed. The sex of animals must be indicated, and where appropriate, the influence (or association) of sex on the results of the study.

Declaration of interest

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential competing interests include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. Authors must disclose any interests in two places: 1. A summary declaration of interest statement in the title page file (if double-blind) or the manuscript file (if single-blind). If there are no interests to declare then please state this: 'Declarations of interest: none'. This summary statement will be ultimately published if the article is accepted. 2. Detailed disclosures as part of a separate Declaration of Interest form, which forms part of the journal's official records. It is important for potential interests to be declared in both places and that the information matches. [More information](#).

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in

English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service [Crossref Similarity Check](#).

Preprints

Please note that [preprints](#) can be shared anywhere at any time, in line with Elsevier's [sharing policy](#). Sharing your preprints e.g. on a preprint server will not count as prior publication (see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information).

Use of inclusive language

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Articles should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader, should contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of race, sex, culture or any other characteristic, and should use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, for instance by using 'he or she', 'his/her' instead of 'he' or 'his', and by making use of job titles that are free of stereotyping (e.g. 'chairperson' instead of 'chairman' and 'flight attendant' instead of 'stewardess').

Contributors

Each author is required to declare his or her individual contribution to the article: all authors must have materially participated in the research and/or article preparation, so roles for all authors should be described. The statement that all authors have approved the final article should be true and included in the disclosure.

Changes to authorship

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors **before** submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only **before** the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the **corresponding author**: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed.

Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors **after** the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

Reporting clinical trials

Randomized controlled trials should be presented according to the CONSORT guidelines. At manuscript submission, authors must provide the CONSORT checklist accompanied by a flow diagram that illustrates the progress of patients through the trial, including recruitment, enrollment, randomization, withdrawal and completion, and a detailed description of the randomization procedure. The [CONSORT checklist and template flow diagram](#) are available online.

Reporting guidelines have also been developed for a number of other study designs:

1 Initiative Type of study Source CONSORT randomized controlled trials <http://www.consort-statement.org> STARD studies of diagnostic accuracy Bossuyt, P.M., Reitsma, J.B., Bruns, D.E., Gatsonis, C.A., Glasziou, P.P., Irwig, L.M., Moher, D., Rennie, D., de Vet, H.C., Lijmer, J.G., Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy, 2003. The STARD statement for reporting studies of diagnostic accuracy: explanation and elaboration. *Ann. Intern. Med.* 138, W1-W12. PRISMA systematic reviews and meta-analyses <http://www.prisma-statement.org> STROBE observational studies in epidemiology <http://www.strobe-statement.org> MOOSE meta-analyses of observational studies in epidemiology Stroup, D.F., Berlin, J.A., Morton, S.C., Olkin, I., Williamson, G.D., Rennie, D., Moher, D., Becker, B.J., Sipe, T.A., Thacker, S.B., 2000. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) Group. *JAMA* 283, 2008-2012.

Registration of clinical trials

Registration in a public trials registry is a condition for publication of clinical trials in this journal in accordance with [International Committee of Medical Journal Editors](#) recommendations. Trials must register at or before the onset of patient enrolment. The clinical trial registration number should be included at the end of the abstract of the article. A clinical trial is defined as any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more

health-related interventions to evaluate the effects of health outcomes. Health-related interventions include any intervention used to modify a biomedical or health-related outcome (for example drugs, surgical procedures, devices, behavioural treatments, dietary interventions, and process-of-care changes). Health outcomes include any biomedical or health-related measures obtained in patients or participants, including pharmacokinetic measures and adverse events. Purely observational studies (those in which the assignment of the medical intervention is not at the discretion of the investigator) will not require registration.

Author Disclosures

As is widely acknowledged within medical publishing, the integrity of articles published in *Drug and Alcohol Dependence* depends in part on how well the Journal handles author disclosure. As described in detail below, authors are requested to provide three mandatory and one optional author disclosure sections; please do not include them in the manuscripts. The author disclosures will be automatically incorporated in the PDF builder of the online submission system. These statements will appear in the journal article if the paper is accepted. It is highly recommended that authors prepare these author disclosures prior to going online to submit the paper.

The sequence for the Author Disclosures section should be **Role of Funding Source** (required; default text "Nothing declared"), **Contributors** (should always state something when more than one author), **Conflict of Interest** (required; default text "No conflict declared") and **Acknowledgements** (optional).

The four statements should not be numbered

Headings should be in bold

No white space between the heading and the text

Same font size as the references

Article transfer service

This journal is part of our Article Transfer Service. This means that if the Editor feels your article is more suitable in one of our other participating journals, then you may be asked to consider transferring the article to one of those. If you agree, your article will be transferred automatically on your behalf with no need to reformat. Please note that your article will be reviewed again by the new journal.

[More information.](#)

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see [more information](#) on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. [Permission](#) of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has [preprinted forms](#) for use by authors in these cases.

For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete an 'Exclusive License Agreement' ([more information](#)). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of [user license](#).

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. [More information.](#)

Elsevier supports responsible sharing

Find out how you can [share your research](#) published in Elsevier journals.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established a number of agreements with funding bodies which allow authors to comply with their funder's open access policies. Some funding bodies will reimburse the author for the gold open access publication fee. Details of [existing agreements](#) are available online.

After acceptance, open access papers will be published under a noncommercial license. For authors requiring a commercial CC BY license, you can apply after your manuscript is accepted for publication.

Open access

This journal offers authors a choice in publishing their research:

Subscription

- Articles are made available to subscribers as well as developing countries and patient groups through our [universal access programs](#).

- No open access publication fee payable by authors.

- The Author is entitled to post the [accepted manuscript](#) in their institution's repository and make this public after an embargo period (known as green Open Access). The [published journal article](#) cannot be shared publicly, for example on ResearchGate or Academia.edu, to ensure the sustainability of peer-reviewed research in journal publications. The embargo period for this journal can be found below.

Gold open access

- Articles are freely available to both subscribers and the wider public with permitted reuse.

- A gold open access publication fee is payable by authors or on their behalf, e.g. by their research funder or institution.

Regardless of how you choose to publish your article, the journal will apply the same peer review criteria and acceptance standards.

For gold open access articles, permitted third party (re)use is defined by the following [Creative Commons user licenses](#):

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC BY-NC-ND)

For non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, and to include in a collective work (such as an anthology), as long as they credit the author(s) and provided they do not alter or modify the article.

The gold open access publication fee for this journal is **USD 3350**, excluding taxes. Learn more about Elsevier's pricing policy: <https://www.elsevier.com/openaccesspricing>.

Green open access

Authors can share their research in a variety of different ways and Elsevier has a number of green open access options available. We recommend authors see our [open access page](#) for further information. Authors can also self-archive their manuscripts immediately and enable public access from their institution's repository after an embargo period. This is the version that has been accepted for publication and which typically includes author-incorporated changes suggested during submission, peer review and in editor-author communications. Embargo period: For subscription articles, an appropriate amount of time is needed for journals to deliver value to subscribing customers before an article becomes freely available to the public. This is the embargo period and it begins from the date the article is formally published online in its final and fully citable form. [Find out more](#).

This journal has an embargo period of 12 months.

Elsevier Researcher Academy

[Researcher Academy](#) is a free e-learning platform designed to support early and mid-career researchers throughout their research journey. The "Learn" environment at Researcher Academy offers several interactive modules, webinars, downloadable guides and resources to guide you through the process of writing for research and going through peer review. Feel free to use these free resources to improve your submission and navigate the publication process with ease.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the [English Language Editing service](#) available from Elsevier's Author Services.

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

Submit your article

Please submit your article via <http://ees.elsevier.com/dad/>.

Referees

Please submit, with the manuscript, the names, addresses and e-mail addresses of a minimum of three potential referees. Note that the editor retains the sole right to decide whether or not the suggested reviewers are used.

PREPARATION

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Subdivision - numbered sections

Divide your article into clearly defined and numbered sections. Subsections should be numbered 1.1 (then 1.1.1, 1.1.2, ...), 1.2, etc. (the abstract is not included in section numbering). Use this numbering also for internal cross-referencing: do not just refer to 'the text'. Any subsection may be given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line.

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Material and methods

Provide sufficient details to allow the work to be reproduced by an independent researcher. Methods that are already published should be summarized, and indicated by a reference. If quoting directly from a previously published method, use quotation marks and also cite the source. Any modifications to existing methods should also be described.

Results

Results should be clear and concise.

Discussion

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

Conclusions

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Highlights

Highlights are mandatory for this journal as they help increase the discoverability of your article via search engines. They consist of a short collection of bullet points that capture the novel results of your research as well as new methods that were used during the study (if any). Please have a look at the examples here: [example Highlights](#).

Highlights should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point).

Structured abstract

A structured abstract, by means of appropriate headings, should provide the context or background for the research and should state its purpose, basic procedures (selection of study subjects or laboratory animals, observational and analytical methods), main findings (giving specific effect sizes and their statistical significance, if possible), and principal conclusions. It should emphasize new and important aspects of the study or observations.

Abstracts should be structured with specific sections describing the background, methods, results and conclusions with a maximum of 250 words.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view [Example Graphical Abstracts](#) on our information site.

Authors can make use of Elsevier's [Illustration Services](#) to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field at their first mention in the text. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, please include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Units

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other units are mentioned, please give their equivalent in SI.

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many word processors can build footnotes into the text, and this feature may be used. Otherwise, please indicate the position of footnotes in the text and list the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.
- Ensure that color images are accessible to all, including those with impaired color vision.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive**

Information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article. Please indicate your preference for color: in print or online only. [Further information on the preparation of electronic artwork.](#)

Illustration services

Elsevier's [Author Services](#) offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Reference links

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is highly encouraged.

A DOI is guaranteed never to change, so you can use it as a permanent link to any electronic article. An example of a citation using DOI for an article not yet in an issue is: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela. *Journal of Geophysical Research*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Please note the format of such citations should be in the same style as all other references in the paper.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

References in a special issue

Please ensure that the words 'this issue' are added to any references in the list (and any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support [Citation Style Language styles](#), such as [Mendeley](#). Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. [More information on how to remove field codes from different reference management software.](#)

Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link:

<http://open.mendeley.com/use-citation-style/drug-and-alcohol-dependence>

When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plug-ins for Microsoft Word or LibreOffice.

Reference style

Text: All citations in the text should refer to:

1. *Single author:* the author's name (without initials, unless there is ambiguity) and the year of publication;
2. *Two authors:* both authors' names and the year of publication;
3. *Three or more authors:* first author's name followed by 'et al.' and the year of publication.

Citations may be made directly (or parenthetically). Groups of references should be listed first alphabetically, then chronologically.

Examples: 'as demonstrated (Allan, 2000a, 2000b, 1999; Allan and Jones, 1999). Kramer et al. (2010) have recently shown'

List: References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. Abbreviated words in journal titles should be followed by a full stop. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters 'a', 'b', 'c', etc., placed after the year of publication.

Examples:

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J.A.J., Lupton, R.A., 2010. The art of writing a scientific article. *J. Sci. Commun.* 163, 51–59.

Reference to a book:

Strunk Jr., W., White, E.B., 2000. *The Elements of Style*, fourth ed. Longman, New York.

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G.R., Adams, L.B., 2009. How to prepare an electronic version of your article, in: Jones, B.S., Smith, R.Z. (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*. E-Publishing Inc., New York, pp. 281–304.

Reference to a dataset:

Oguro, M., Imahiro, S., Saito, S., Nakashizuka, T., 2015. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions. *Mendeley Data*, v1. <http://dx.doi.org/10.17632/xwj98nb39r1>.

Journal Abbreviations Source

Abbreviations of journal titles should conform to those used by Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>).

Video

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the file in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB per file, 1 GB in total. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including [ScienceDirect](#). Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For

more detailed instructions please visit our [video instruction pages](#). Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Data visualization

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

Research data

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the [research data](#) page.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the [database linking page](#).

For [supported data repositories](#) a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Mendeley Data

This journal supports Mendeley Data, enabling you to deposit any research data (including raw and processed data, video, code, software, algorithms, protocols, and methods) associated with your manuscript in a free-to-use, open access repository. During the submission process, after uploading your manuscript, you will have the opportunity to upload your relevant datasets directly to Mendeley Data. The datasets will be listed and directly accessible to readers next to your published article online.

For more information, visit the [Mendeley Data for journals page](#).

Data statement

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the [Data Statement page](#).

AFTER ACCEPTANCE

Online proof correction

Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive a customized [Share Link](#) providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's [Author Services](#). Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

AUTHOR INQUIRIES

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch.

You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).

© Copyright 2018 Elsevier | <https://www.elsevier.com>