escola superior de enfermagem de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

SCREENING E INTERVENÇÕES BREVES NO CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Teresa Margarida Gaspar Esgaio

Coimbra, *março* de 2017

escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

SCREENING E INTERVENÇÕES BREVES NO CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Teresa Margarida Gaspar Esgaio

Orientadora: Professora Doutora Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Coimbra, *março de 2017*

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Tereza Barroso, orientadora desta dissertação de mestrado pelo seu empenho, disponibilidade, capacidade de motivação e afeto. Sem o seu apoio não teria sido possível terminar esta etapa com sucesso.

A todos os Utentes da Urgência de Alcobaça que participaram no estudo.

Pela disponibilidade demonstrada pelo Hospital de Alcobaça e de Leiria, em particular pela Administração e pelo Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência de Alcobaça, por permitirem a realização do estudo que se insere na procura constante de cuidados de excelência neste Centro Hospitalar.

Aos colegas da Urgência de Alcobaça, pela cooperação no estudo e principalmente pelo ambiente de trabalho que muito facilita o trabalho quotidiano.

Deixo ainda um agradecimento especial,

Ao meu tio, pela sua disponibilidade e vastas competências.

Aos meus avós pela preocupação que têm e incentivo demostrado.

À minha mãe e irmã, por estarem sempre presentes e acreditarem em mim. Sem elas este percurso teria sido muito mais difícil.

Ao Bruno, pelo seu carinho, compreensão e energia contagiante que contribuem para a minha serenidade e felicidade.

LISTA DE SIGLAS

ALDH - Enzima Acetaldeído-Desidrogenase

APA - American Psychiatric Association

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças 10

DALY –*Disability* - *Adjusted Life Years* (Anos de vida ajustados à incapacidade)

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V

MCSDS - *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNRCAD – Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020

PNRPLA – Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012

SBIRT – *Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment*

SIC – Segundo Informação Colhida

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e das Dependências

SNS – Sistema Nervoso Central

SU – Serviço de Urgência

VIH/SIDA - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

WHO – World Health Organization

YLD – Years Lived with Disability (Anos vividos com incapacidade)

YLL – Years of Life Lost (Anos de vida perdidos)

RESUMO

O consumo de risco de álcool traduz-se em graves problemas na saúde do indivíduo e das populações. É a causa de 60 doenças e todos os anos responsável por cerca de 3,3 milhões de mortes prematuras no Mundo inteiro (WHO, 2014). Os utentes admitidos no Serviço de Urgência (SU), têm 1,5 a 3 vezes maior probabilidade de apresentarem um episódio excessivo e/ou padrão de consumo de risco de álcool comparativamente à restante população (Havard, *et al*., 2008). Os SU são um local com grande potencial para identificar indivíduos com consumos de álcool de risco (Nilsen *et al*., 2008), estudos neste domínio apontam para a eficácia das Intervenções Breves na redução do consumo de risco de álcool (Havard *et al*., 2008; Forsythe & Lee, 2012; D'Onofrio, *et al*., 2012 e Landy, *et al*., 2016).

Este estudo pretende avaliar o efeito das Intervenções Breves na redução do consumo de risco e nocivo de álcool em utentes admitidos num SU.

Foi realizado um estudo pré-experimental, com avaliação antes e após com grupo único. O instrumento utilizado foi o AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) e as Intervenções Breves foram desenvolvidas em função dos níveis de risco identificados. A segunda avaliação ocorreu três meses após as intervenções.

Dos 215 utentes admitidos num SU, nove utentes integraram a amostra final (AUDIT-C com score superior ou igual a quatro no sexo masculino e superior ou igual a cinco no sexo feminino e homens com idade superior a 65 anos). A média de idades é de 56,44 anos, sendo todos os participantes do sexo masculino.

Dos nove utentes com scores de risco, dois foram triados na zona de baixo risco, seis na zona de risco e um na zona de consumo nocivo. Quatro utentes admitidos com critérios de inclusão cumpridos, foram excluídos devido: um porque faleceu de doença súbita durante a realização do estudo e os restantes três por se encontrarem na zona de provável dependência, pelo que foram referenciados para a Consulta Externa do Hospital. No *follow-up*, três meses após da intervenção inicial, todos estiveram acessíveis para nova entrevista por telefone. No segundo momento verificámos que cinco sujeitos se encontravam numa zona de risco I, quatro na zona de risco II e zero na

zona de risco III. A intervenção realizada teve um efeito positivo sobre os participantes, particularmente na redução da quantidade de bebidas ingeridas e a frequência de consumos excessivos.

O estudo compreende um número reduzido de sujeitos da amostra pelo que constitui uma limitação considerável para a generalização dos resultados obtidos. Concluímos que a estigmatização e a desejabilidade social, assim como as dificuldades estruturais e organizacionais do SU são fatores importantes a considerar para a realização de estudos futuros.

ABSTRACT

The hazardous and harmful drinking translates into serious problems in the health of individuals and populations. It is the cause of 60 diseases and every year accounts for about 3.3 million premature deaths worldwide (WHO, 2014). Patients admitted to the Emergency Department (ED) are 1.5 to 3 times more likely to present an excessive episode and/or alcohol consumption pattern compared to the rest of the population (Havard, *et al*., 2008). The ED is a place with great potential to identify individuals with alcohol hazardous and harmful drinking (Nilsen *et al*., 2008), studies in this area point to the efficacy of brief interventions in reducing alcohol consumption (Havard *et al*., 2008; Forsythe & Lee, 2012; D'Onofrio *et al*., 2012 and Landy, *et al*., 2016).

This study intends to evaluate the effect of brief interventions in the reduction of risk and harmful use of alcohol in users admitted to an ED.

This is a Pre-experimental study, including a before and after evaluation with a single group. The instrument used was the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). Short interventions where developed according to the identified risk levels. The second evaluation occurred three months after the interventions.

Of the 215 users admitted to an ED, nine users were included in the final sample (AUDIT-C with a score greater or equal than four in males and more or equal than five in females and males over 65 years of age). The mean age is 56.44 years, all male participants.

Of the nine users with risk scores, two were screened in the low-risk zone, six in the hazardous risk zone and one in the harmful zone. Four patients admitted with inclusion criteria were excluded due to: one because died of sudden illness during the study and the remaining three because they were in the zone of probable dependence, and were therefore referred to the External Consultation of the Hospital. At the follow-up, three months after the initial intervention, all were available for re-interview by telephone. In the second moment we verified that five subjects were in a risk zone I, four in zone of risk II and zero in zone of risk III. The intervention had a positive effect on the participants, particularly in reducing the amount of drinks consumed and the frequency of excessive consumption.

The study comprises a small number of subjects in the sample and therefore constitutes a considerable limitation for the generalization of the results obtained. We conclude that stigmatization and social desirability, as well as the structural and organizational difficulties of the US are important factors to consider for future studies.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre taxa de álcool no sangue e efeito esperado. 24
Figura 2 - Mortes prematuras na União Europeia em 2004. 30
Figura 3 - Algoritmo da Rede de Referenciação/Articulação. 35
Figura 4 - Fluxograma da Rede na região Centro. 36
Figura 5 - Guideline após avaliação de risco por score do AUDIT. 54
Figura 6 - Estádios de mudança e Intervenção Breve associada 56
Figura 7 - Itens do Questionário AUDIT 59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -Caraterísticas sociodemográficas da amostra relativas à idade e ao género. ..58
Tabela 2 - Caraterísticas sociodemográficas da amostra. 58
Tabela 3 - Teste Shapiro-Wilk da normalidade da amostra.. 60
Tabela 4 -Caraterização da amostra quanto ao motivo de vinda à urgência.. 61
Tabela 5 - Caraterização da amostra relativamente ao consumo de álcool. 62
Tabela 6 -Caraterização da amostra relativamente aos sintomas de dependência. 63
Tabela 7- Caraterização da amostra quanto às consequências do consumo de álcool. ...64
Tabela 8- Relação da amostra antes e após Intervenções Breves.. 65
Tabela 9 -Evolução da amostra relativamente à zona de risco. 65
Tabela 10 -Evolução da amostra quanto à caraterização dos consumos. 66
Tabela 11 - Evolução da amostra antes e após Intervenção Breve.. 67

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17

PARTE I - *FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA* 21

CAPITULO 1. - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL 23

1.1. Álcool como substância psicoativa. 23

1.2. O consumo de álcool: História e considerações sociológicas. 25

1.3. Dimensão do problema 29

1.4. Políticas de Intervenção 32

CAPITULO 2. - INTERVENÇÕES BREVES PARA O CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. 39

2.1. Conceito de Intervenções Breves 39

2.2. Protocolo de Intervenções breves e a sua eficácia 45

CAPITULO 3. - O CONSUMO DE ÁLCOOL E O SERVIÇO DE URGÊNCIA 47

3.1. Relação entre consumo de álcool e Serviço de Urgência 47

3.2. Evidência da eficácia das Intervenções Breves no Serviço de Urgência. 48

PARTE II – *ESTUDO EMPÍRICO* 51

CAPITULO 4. - EFEITO DAS INTERVENÇÕES BREVES NOS UTENTES DA URGÊNCIA DO HOSPITAL DE ALCOBAÇA 53

4.1. Introdução 53

4.2. Metodologia 54

4.2.1. Tipo de Investigação 54

4.2.2. Variáveis 54

4.2.3. Participantes 57

4.2.4. Instrumento de Colheita de Dados 58

4.2.5. Procedimentos Formais e Éticos. 59

4.2.6. Procedimentos de análise de dados 60

4.3. Resultados 61

DISCUSSÃO 69

CONCLUSÃO 79

BIBLIOGRAFIA 81

APÊNDICES

APÊNDICE I - Resumo da revisão integrativa

APÊNDICE II - Guiões de Intervenção Breve de acordo com os níveis de risco

APÊNDICE III - Questionário sociodemográfico e AUDIT

APÊNDICE IV - Panfleto

APÊNDICE V - Autorização da realização do estudo do Centro Hospitalar de Leiria

APÊNDICE VI - Autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

APÊNDICE VII - Consentimento informado

INTRODUÇÃO

No Mundo, morrem por ano, cerca de 3,3 milhões de indivíduos devido a consumos de álcool de risco. Para além da perda de vidas, existe um número elevado de lesões e doenças relacionadas direta e indiretamente com consumos de álcool de risco (WHO, 2014).

Os maiores níveis de consumo verificam-se nos países desenvolvidos, em particular na Europa com um consumo *per capita* de 10.9, muito acima da média mundial (6.2) (WHO, 2014), com consequências negativas na saúde dos cidadãos e na economia (Anderson, Braddick, Reynolds e Gual, 2012).

O impacto do álcool reflete-se sobre a mortalidade, morbilidade e incapacidade. (Anderson, *et al*., 2012). Em 2012, 139 milhões de DALYs (*disability-adjusted life years*), anos de vida saudáveis perdidos devido a doença foram atribuídos ao consumo de álcool (WHO, 2014).

Em Portugal, no ano de 2010, 21862 anos de vida foram perdidos por incapacidade (YLD – *Years Lived with Disability*) relacionada com o consumo de álcool de risco (Carvalho, Mateus e Xavier, 2015). No último inquérito nacional, os dados apontam para um consumo *per capita* de 12.9 litro de álcool puro por ano, colocando Portugal como um dos países com maior consumo de álcool (SICAD, 2014).

Quanto maior o consumo de bebidas alcoólicas maior a probabilidade de surgirem problemas atribuíveis ao álcool (Anderson, *et al*., 2012). O consumo de álcool acima dos padrões recomendados encontra-se nos cinco fatores de risco mais frequentes de desenvolvimento de doença, incapacidade e morte. Para além de todas estas consequências individuais o impacto social também é devastador, todos os indivíduos que fazem parte do núcleo do consumidor apresentam também graves consequências físicas, sociais e económicas (WHO, 2014).

Perante este cenário preocupante, torna-se imperativo a implementação de programas de prevenção, a vários níveis, nos diferentes contextos e ao longo do ciclo vital. Destacamos neste registo o Plano Nacional para os Comportamentos Aditivos e dependências que preconiza o desenvolvimento de respostas integradas em dois grandes domínios: a oferta e a procura.

A Direção Geral da Saúde (DGS) emitiu a circular normativa nº 30/2012 atualizada em 2014 sobre a identificação precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool nos serviços de saúde em Portugal. À luz deste documento, pretende a DGS uniformizar a resposta aos consumos de álcool de risco, com a aplicação de uma triagem para toda a população e Intervenção Breve/Referenciação para aqueles que apresentem consumo excessivo de álcool ou provável dependência. A circular, recomenda a aplicação de um protocolo de intervenção que inclui a deteção precoce do consumo de risco e nocivo de álcool, e o desenvolvimento de Intervenções Breves e/ou Referenciação para tratamento em função do nível de risco de consumo

As Intervenções Breves assentam nos pressupostos da teoria cognitivo-comportamental e abordagem motivacional, preconizando o desenvolvimento de diversas etapas que incluem: *feedback*, educação e motivação do utente na mudança de comportamentos (Barbor & Higgins-Biddle, 2001; Barroso, Rosa, Jorge e Gonçalves, 2012)

Como já foi referido, o álcool é uma substância psicoativa que influência a atividade psico-motora, nomeadamente a coordenação e os tempos de reação. O seu consumo de risco é uma das principais causas de acidentes de viação e de trauma em geral (Cherpitel & Cherpitel, 2007). Estima-se que 45% dos utentes consumiram álcool antes de serem admitidos no Serviço de Urgência (SU) (WHO; 2014).

Os SU são os serviços que mais admitem indivíduos que apresentam qualquer tipo de lesão relacionada direta ou indiretamente com o consumo de álcool de risco (Cherpitel, & Cherpitel, 2007; Forsythe & Lee, 2012 e Woolard, *et al.*, 2013). Um potencial episódio de urgência pode ser o momento chave para uma mudança de padrão de consumo para muitos consumidores de risco (Simioni, Rolland e Cottencin, 2015), contudo raramente os profissionais de saúde questionam os utentes acerca dos seus consumos (Nilsen, *et al.*, 2008).

Alguns países já implementaram protocolos tipo SBIRT (*Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment*), nos seus SU com alguma eficácia comprovada. O uso de Intervenções Breves na redução do consumo de álcool acima do padrão recomendado tem vindo a revelar resultados positivos apesar da falta de homogeneidade dos protocolos utilizados nos estudos analisados (Landy, Davey, Quintero, Pecora e McShane, 2016). As caraterísticas inerentes a estes serviços contribuem para limitações e obstáculos que impedem que haja uma forte evidência de eficácia, principalmente a

longo prazo.

Em Portugal, a aplicação prática deste tipo de intervenção é residual. Alguns protocolos SBIRT foram implementados nos serviços de Saúde Primários. A nível dos SU não encontrámos qualquer evidência escrita da realização deste tipo de intervenção em Portugal.

Com este conhecimento, propusemo-nos a avaliar o efeito das Intervenções Breves com protocolo SBIRT (adaptado de Barbor e Higgens-Biddle, 2001) no SU do Hospital de Alcobaça- Centro Hospitalar de Leiria.

Recorreu-se a um estudo de natureza pré-experimental, com desenho antes e após com grupo único. A colheita de dados foi a entrevista estruturada, com aplicação do instrumento AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).

Este trabalho compreende duas partes estruturais: a primeira, onde efetuamos uma contextualização e fundamentação da problemática e na segunda, a descrição do estudo desenvolvido, metodologia, resultados, discussão e conclusão.

PARTE I - *FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA*

CAPITULO 1. - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL

1.1. Álcool como substância psicoativa.

O álcool ou etanol é um composto orgânico incolor e volátil que deriva da fermentação do açúcar de origem vegetal ou pelo processo da destilação. Esta substância possui efeito psicoativo e propriedades capazes de produzir dependência (Melo, Barrias e Silva, 2001).

Segundo Schuckit (1998), o álcool é uma substância/droga que uma vez introduzida no organismo humano pode comprometer e alterar funções deste. Esta droga é uma substância psicoativa que interfere com Sistema Nervoso Central (SNS) com bastante facilidade pelas suas caraterísticas de solubilidade na água e em meio líquido. Em pouco tempo é difundida por todo o organismo em particular no cérebro. No entanto, o álcool compreende efeitos centrais bifásicos: numa fase inicial, induz euforia e agitação (curva ascendente - dosagem mais baixa) e posteriormente ocorre a depressão do SNC (curva descendente - aumento da concentração no sangue). A depressão que ocorre do SNC deve-se pela interrupção das interações entre transmissores excitatórios e inibitórios das diferentes áreas cerebrais que se refletem nos domínios da atividade psico-motora, cognitiva e emocional.

As perturbações relacionadas com o consumo de álcool são atualmente agrupadas com critérios de diagnóstico perante duas entidades reconhecidas: Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10) da OMS e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* V (DSM-V) da *American Psychiatric Association* (APA, 2014). Ambas apresentam parâmetros de diagnóstico para as doenças de etilogia no consumo de álcool.

Passamos a aprofundar alguns dos conceitos relacionados com o consumo de álcool de risco:

- **Tolerância** - Indivíduos com consumos semelhantes de álcool não reagem de forma igualmente semelhante. Para aqueles que se encontram num estado adaptativo a esta substância necessitam de doses progressivamente mais elevadas para atingirem o efeito desejado (APA, 2014).

- **Craving** - Forte desejo ou impulso de consumo (OMS, 2000).
- **Intoxicação -** Concentração elevada de álcool no sangue que vai desde a ingestão à assimilação do álcool e que pode conduzir a alterações no estado de consciência e progredir até ao coma e/ou morte (Figura 1) (APA, 2014).

Taxa de álcool no sangue (mg/dl)	Efeito esperado
20-99	Défice de coordenação, euforia.
100-199	Descoordenação, défice de cognição, perturbações de discernimento, labilidade de humor.
200-299	Descoordenação acentuada, discurso empastado, défice de raciocínio, labilidade de humor, náuseas e vómitos.
300-399	Estágio I da anestesia, lapsos de memória, labilidade de humor.
400 e mais	Insuficiência respiratória, coma, morte.

Figura 1 -Relação entre taxa de álcool no sangue e efeito esperado (Adaptado de Shuckit, 1998).

- **Dependência -** Desejo ou forte compulsão de consumir álcool. Compreende um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que dão prioridade a este consumo em detrimento de outros comportamentos outrora importantes (DGS, 2014). Indivíduos com maior resistência a desenvolver sinais e sintomas sob a influência do álcool estão mais predispostos para problemas de abuso e dependência de álcool (Schuckit, 1998). Outros estudos revelam que a enzima Acetaldeído-Desidrogenase (ALDH) assume grande importância na decomposição do etanol. Existe uma relação em que os indivíduos com défice desta enzima tendem a consumir mais bebidas alcoólicas e a apresentarem uma maior probabilidade de dependência (Li, 1977 *apud* Barroso, 2012). O álcool, em termos de capacidade de criar dependência comparativamente com outras substâncias, como o tabaco, permite que os seus consumidores consigam controlar sem grandes problemas e por longos períodos de tempo os seus consumos, podendo estes ser esporádicos ou isolados no tempo. Contudo, um consumidor de baixo risco pode facilmente passar para um consumo nocivo ao longo do tempo, por processos como o reforço psicológico e a adaptação

biológica do cérebro (Spanagel & Heilig, 2005).

- **Abstinência -** compreende um conjunto de sintomas que ocorrem quanto cessa um consumo prolongado no tempo. Os sintomas que podem ocorrer são: hiperatividade autonómica (ex: sudorese), tremor das mãos aumentado, insónia, náuseas ou vómitos, alucinações, agitação psicomotora, ansiedade e convulsões (APA, 2014).
- **Uso nocivo -** conceito que na CID 10 (OMS, 2000), diz respeito ao consumo prejudicial à saúde e que se insere na categoria de abuso. Para Barbor e Higgins-Biddle (2001) consumo nocivo será aquele com graves consequências para a saúde física, mental e social mas que não cumpre os critérios de dependência. Estes autores definem ainda o conceito de menor gravidade que o anterior que é o consumo de risco – padrão que potencia consequências nefastas quer para o seu consumidor quer para os que o rodeiam. No capítulo dois iremos abordar esta questão de forma mais profunda, visto que adoptaremos o protocolo SBIRT de Barbor e Higgins-Bidlle (2001) para a implementação do estudo empírico.
- **Consumo episódico excessivo ou *binge drinking* -** Serão os consumos de álcool, numa só ocasião, num período de duas horas, igual ou superior a seis bebidas padrão no homem e cinco bebidas padrão na mulher. Os indivíduos com este tipo de padrão são considerados consumidores de risco (DGS, 2014).

1.2. O consumo de álcool: História e considerações sociológicas.

O álcool já era conhecido no período neolítico. Ao longo dos tempos as grandes civilizações da antiguidade como a grega, egípcia, chinesa, babilónica e romana, descreveram bebidas fermentadas de grãos e frutos (Marques, 1997).

A partir do seculo XI houve uma difusão de bebidas alcoólicas pela Europa, especialmente do vinho. Não se conhecia na altura a noção de alcoolismo crónico apenas a embriaguez como uma manifestação do consumo destas bebidas (Mello *et al*., 2001).

O consumo de álcool é fortemente ligado à religião. Se por um lado certas religiões não permitem o consumo de álcool, como por exemplo o Islamismo, a religião católica incorpora o álcool na sua celebração "Tomai, todos, e bebei: este é o cálice do meu Sangue, o Sangue da nova e eterna aliança, que será derramado por vós e por todos,

para remissão dos pecados. Fazei isto em memória de Mim" (Primeira Epístola aos Coríntios 11, 23-25, 1976).

Só na segunda metade do século XIX é que se estabeleceu relação causal com várias patologias como o *Delirium Tremens*. O termo alcoolismo introduzido por Magnus Huss em 1849 como: "forma de doença correspondendo a uma intoxicação crónica (…) e quadros patológicos desenvolvidos em pessoas com hábitos excessivos e prolongados de bebidas alcoólicas" (Huss, 1851 *apud* Mello, *et al*., 2001, p.13).

Em 1951, a OMS identifica padrões de consumo excessivos de álcool como ameaça à saúde do indivíduo (Marques, 1997).

São de considerar no fenómeno de consumo de álcool os aspectos culturais, ou seja, os "factores socioculturais (…) transmitidos ao longo de gerações e determinados (…) comportamentos e, por outro nas particularidades de um meio caraterizado por uma produção fértil e uma desmesurada e cega oferta de bebidas alcoólicas está, compreensivelmente, na origem da elevada alcoolização geral da população do nosso país" (Mello *et al.*, 2001, p.25).

A sociedade apresenta uma relação ambígua com o álcool: se por um lado promove o consumo de álcool, por uma imagem glamorosa do seu consumidor, por outro, o consumo excessivo induz atitudes negativas como a "fraqueza moral" e de isolamento social (Ronzani & Furtado, 2010).

O consumo de substâncias de dependência é uma das condições mais estigmatizante do Mundo inteiro (Smith, Earnshaw, Copenhaver e Cunningham, 2016). Estigma é um fenómeno complexo e multidimensional que ocorre quando existe uma rotulagem negativa ou estereotipada, perda de estatuto e discriminação, conduzindo a iniquidades sociais. Perante a literatura atual, parece haver consenso que a sociedade desvaloriza os indivíduos com abuso de substâncias e legitima ações coletivas para penalizar estes indivíduos (sistemas institucionais, polícia e práticas), perpetuando desigualdades sociais, económicas e de saúde. Isto contribui para a crença que estes indivíduos não são dignos de proteção e/ou oportunidades para serem cuidados (Link & Phelan, 2006).

Um estudo realizado na Alemanha nos últimos vinte anos revelou que de uma forma geral, o estigma percebido perante consumidores abusivos de álcool melhorou nesta última década. Contudo, as atitudes negativas quanto ao estereótipo do consumidor de risco de álcool mantêm-se sem alterações, inclusivamente perante pessoas em

abstinência tratadas por dependência alcoólica (Schomerus, Matschinger, Lucht e Angermeyer; 2014). Uma revisão sistemática (Ronzani, Higgins-Biddle e Furtado, 2009), revela que os indivíduos que foram submetidos a tratamento para a dependência do álcool parecem ser encarados de uma forma mais positiva que há 20 anos atrás. Num outro estudo, duas em cinco pessoas inquiridas pensam que o "antigo alcoólico" complemente reabilitado não pode ser contratado para professor de crianças e a maioria dos inquiridos considera ser uma "falha pessoal" uma pessoa com problemas de consumo de álcool que procura ajuda (Schomerus, *et al.,* 2014).

Em Portugal, o alcoolismo também é severamente estigmatizante. Um estudo realizado com adolescentes e jovens, revelou que estes apresentam níveis elevados de estigma percebido perante as pessoas com consumos abusivos de álcool (Loureiro, 2013).

O estigma associado ao consumo de substâncias é uma barreira significativa para a triagem e tratamento (Smith, *et al.*, 2016).

Um outro componente do estigma a ser considerado é a percepção do estigma público (estigma percebido). É um componente com grande relevância para os indivíduos com abuso de álcool, já que se traduz naquilo que os outros pensam. A percepção de estigma contribui para a formação de atitudes pessoais. Muitas das vezes estes indivíduos concordam com estes estereótipos e eventualmente também os replicam, contribuindo para níveis de auto-eficácia mais reduzidos na redução/cessação de consumos de álcool (Schomerus, *et al.*, 2014). Estes tendem a integrar estas crenças negativas e sentimentos que os outros têm sobre eles. A condição do estigma pode em si apresentar consequências mais negativas do que o próprio consumo abusivo de álcool (Ronzani, *et al.*, 2009).

O estigma associado ao abuso de álcool pode aumentar os efeitos nefastos e agravar a situação. A redução do estigma percebido pode ser um facilitador na procura de ajuda e mesmo na tomada de consciência do problema de abuso de álcool (Schomerus, *et al.*, 2014). Os profissionais de saúde tendem a demonstrar elevados níveis de moralização perante estes indivíduos, referindo que são doentes difíceis de cuidar. A formação continua e a uniformização na intervenção poderão ser atitudes que diminuem esta discriminação. A designação estereotipada destes indivíduos por parte dos profissionais de saúde - moralização – envolve o conceito de algo que não é desejável e que tem de se lidar. Quanto maior a estigmatização realizada pelos profissionais de saúde perante os

consumidores de risco de álcool menor será a adesão ao tratamento e a qualidade dos cuidados prestados. Nas últimas décadas não se tem assistido a nenhuma campanha de redução do estigma associado ao álcool comparativamente às restantes patologias psiquiátricas (Ronzani, *et al.*, 2009).

Numa revisão sistemática realizada em 2011, os autores chegaram a importantes conclusões na área do estigma perante os consumidores abusivos de álcool (Schomerus, Lucht, Holzinger, Matschinger, Carta e Angermeyer, 2011):

- A dependência de álcool não é considerada uma doença mental como a esquizofrenia ou a depressão;
- As pessoas com problemas de abuso de álcool parecem ser consideradas responsáveis pela sua condição em relação aos que sofrem de qualquer outra patologia do foro mental ou de outra em geral;
- Os estereótipos formulados pela sociedade relativamente a estes indivíduos incluem perigosidade e imprevisibilidade, em parte semelhantes aos relacionados com os que sofrem de esquizofrenia;
- A sociedade parece apresentar atitudes e emoções negativas perante os indivíduos alcoólicos;
- A distância social é o desejo dos indivíduos perante aqueles que abusam de álcool;
- Os recursos disponíveis para dar resposta a este problema têm sido insuficientes e sempre que é necessário realizar cortes orçamentais, o combate ao consumo de risco de álcool parece vir sempre em primeiro lugar (Schomerus, *et al.*, 2011).

O impacto da estigmatização nestes indivíduos é negativo e contribui para uma reação de enfrentamento ou fuga de algumas situações (Ronzani, *et al.*, 2009).

Quando questionados acerca dos seus consumos de álcool, os indivíduos tendem a não dar uma resposta real derivada da imagem social negativa que têm desses mesmos consumos. Aparentemente providenciar um contexto confidencial onde se questionem comportamentos de saúde gerais e antecedentes familiares, parece favorecer uma resposta honesta do padrão de consumo de bebidas alcoólicas (Russell *et al*.,1994; Muggli, Cook, O'Leary, Forster e Halliday, 2015).

1.3. Dimensão do problema

O álcool é uma droga muito comum e acessível, como o tabaco e a cafeína, contudo é uma das mais destrutivas das três (Schuckit, 1998).

Segundo a OMS (2014), aproximadamente 3,3 milhões de mortes por ano no Mundo são relacionadas com o abuso de álcool, representando 5,9% de todas as mortes. Esta organização estima que 5,1% de todas as doenças seja atribuída a consumos de álcool acima do padrão recomendado. Em 2004, cerca de 95000 Homens e 25000 Mulheres, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos morreram prematuramente por causas atribuíveis ao álcool na União Europeia (Anderson, *et al*., 2012).

A maior parte das mortes atribuíveis ao consumo de álcool estão relacionadas com o consumo nocivo de bebidas alcoólicas (cerca de 80% nos Homens e 60% nas Mulheres). O consumo nocivo de álcool aumenta o risco de morte prematura e de morbilidade (Anderson, *et al*., 2012).

São conhecidas mais de 200 doenças com relação causal com o consumo de álcool de risco e ainda estudos mais recentes que revelam o aumento da incidência de doenças infeciosas como a tuberculose, VIH/SIDA e pneumonia (WHO, 2014). As doenças mais frequentes que resultam direta e indirectamente do consumo de álcool são: neuropsiquiátricas, gastrointestinais, cancro, lesões intencionais e não intencionais, cardiovasculares, síndrome fetal, complicações de parto e diabetes mellitus (Figura 2) (WHO, 2014). Para além das questões da saúde, o consumo de álcool de risco está na origem de graves consequências a nível social e económico. Para a OMS esta é uma problemática em crescimento. As consequências negativas que acarreta, e obviamente os custos económicos e sociais que daí emergem farão que certos países, tendencialmente mais pobres e que apresentam maior incidência deste fenómeno, tenham maior dificuldade em implementar políticas de prevenção de forma a quebrarem este ciclo (WHO, 2014).

Efeito prejudicial	Homens		Mulheres	
	Número	%	Número	%
Cancro	17,358	15,9	8,668	30,7
Doenças Cardiovasculares	7,914	7,2	3,127	11,1
Doenças Mentais e Neurológicas	10,868	9,9	2,330	8,3
Cirrose Hepática	28,449	26,0	10,508	37,2
Lesões não intencionais	24,912	22,8	1,795	6,4
Lesões Intencionais	16,562	15,1	1,167	4,1
Outros Efeitos	3,455	3,2	28,232	2,3

Figura 2 -Mortes prematuras na União Europeia em 2004, por género e causa com origem no consumo de álcool (Adaptado de Anderson, *et al*., 2012).

Recentemente, a necessidade de avaliar o impacto da carga global das doenças levou a criar novos indicadores como o *Disability Adjusted Life Years* (DALY). Este indicador define os anos perdidos de vida saudável devido a doença e é composto pela soma de outros dois indicadores: Anos de Vida Perdidos (*Years of Life Lost* – YLL) e Anos Vividos com Incapacidade (*Years Lived with Disability* – YLD) (Carvalho, *et al*., 2015). O impacto do álcool reflete-se sobre a mortalidade, morbilidade e incapacidade e representa cerca de quatro milhões de anos de vida perdidos (DALY). Em 2004, mais de quatro milhões de DALY atribuídos ao consumo de álcool (15% de DALY nos Homens e 4% de DALY nas Mulheres), correspondendo a 10,2% de todos os DALY (Anderson, *et al*., 2012).

No último relatório anual de 2013 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (2014), em Portugal, indivíduos com 15 ou mais anos bebiam em média 12,9 litros de álcool puro por ano (18,7 litros os Homens e 7,6 litros as Mulheres) representando um consumo diário de 28 gramas de álcool puro por pessoa. Tendo em conta que a média europeia se situa entre os 10-12,4 litros de álcool puro por ano, Portugal destaca-se como um dos países com maiores consumos de álcool (WHO, 2014). Cerca de 85,1% e 62,6% dos Homens e Mulheres portugueses, respetivamente, apresentaram consumo de bebidas alcoólicas ao longo da sua vida (Carvalho, Mateus, Xavier, 2016).

Segundo o último relatório da DGS de 2016 – Saúde Mental em Números- 2015 (Carvalho, *et al*., 2016), a taxa de mortalidade em Portugal relacionada com o consumo de álcool não apresenta grandes variações. Contudo ainda com registos bastante elevados para este parâmetro. Em 2014, a taxa de mortalidade devido a consumos de álcool foi de 0,8 (por 100.000 habitantes), 9,9% de óbitos por acidentes de viação com confirmação positiva por autópsia de substâncias psicotrópicas das quais uma das mais frequentes é o álcool. A morbilidade relacionada com as doenças mentais com incapacidade (YLD) situa-se nos 20,55% de todos os Programas Prioritários. Só as perturbações induzidas pelo álcool em 2010, representaram 21862 anos de vida perdidos por incapacidade (Carvalho, *et al*., 2016).

Os fatores como a vulnerabilidade social e individual conjugados com as consequências socioeconómicas e da própria saúde têm impacto na incidência e curso da doença (Shield, Parry e Rehm, 2013).

Para além das consequências negativas para o consumidor de risco, o consumo de álcool apresenta igualmente graves consequências para os outros. Isto é, a saúde dos que os rodeiam também fica em risco. Para isso, a o Projeto AMPHORA, iniciado em 2008 (Anderson, *et al*., 2012), pela União Europeia, devido à emergente necessidade de atuar nesta matéria e pela ainda falta de monitorização de qualidade dos problemas ligados ao álcool, estabeleceu três parâmetros de avaliação do impacto, do consumo de álcool de risco:

- O transporte de indivíduos representa o parâmetro com maior incidência e está relacionado com a morte ou lesão de passageiros ou outros condutores envolvidos em acidentes provocados por indivíduos com consumos de álcool de risco;
- Violência física ou homicídio cometidos por indivíduos sob o efeito de álcool;
- Problemas com o baixo peso de recém-nascidos relacionados com o consumo de álcool no período pré-natal.

Este projeto, ainda acrescenta que em 2004 e em relação aos outros, verificaram-se 5564 mortes e 18 987 anos perdidos devido a incapacidade (YLD).

1.4. Políticas de Intervenção

O consumo de álcool de risco está largamente estudado, a evidência científica revela consequências nefastas que vão para além do próprio indivíduo com consumo acima do padrão recomendado. Os números alarmantes do consumo abusivo de álcool revelam a gravidade da situação e implicam políticas de intervenção a nível regional e global que atuem com eficácia na redução deste comportamento de risco (WHO, 2014).

A OMS estabelece a meta para 2025 de reduzir em pelo menos 10% o consumo de álcool abusivo. Para isso, a OMS está empenhada em monitorizar, reportar e disseminar a melhor evidência científica sobre as questões de consumo de álcool de risco. Esta organização pretende promover políticas de combate a esta problemática que incidam no acesso a bebidas alcoólicas, mercado de vendas de álcool e preços, condução e bebidas alcoólicas, intervenções de prevenção e tratamento. No relatório sobre o consumo de álcool e saúde (*Global Status Report on Alchool and Health*, 2014), a OMS pretende, ainda dar destaque à consciencialização para estas questões ao cidadão comum, sociedade e com maior investimento nos profissionais de saúde. São os últimos com maior capacidade de alerta para realizarem a triagem de situações potencialmente graves. Os recursos que têm disponíveis permitem desenvolver um papel crítico na sociedade e no indivíduo, em particular na prevenção mas também no tratamento (WHO, 2014). A OMS preconiza a utilização do protocolo de atuação SBIRT, que pretende ser uma norma de utilização para a triagem, Intervenção Breve e Referenciação para o tratamento. Este será o protocolo que iremos adoptar no nosso estudo empírico.

A OMS sugere recomendações de referência e de desenvolvimento de políticas em todos os países, entre eles, Portugal. De uma forma concertada, a política portuguesa de intervenção nos comportamentos aditivos- especificamente nos consumos abusivos de álcool- é criada com a mesma linha orientadora da estratégia global da OMS 2013-2020, na redução dos problemas ligados ao álcool (SICAD, 2014).

A problemática relacionada com o consumo de álcool é atualmente gerida pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). É este organismo responsável pela operacionalização do programa prioritário do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 (SICAD, 2014).

Esta nova arquitetura de serviços foi uma decisão concertada e de evidência científica de que os comportamentos aditivos, pela sua complexidade, necessitam de uma visão holística e multi-setorial. Só uma visão integrada e integradora pode diminuir os riscos e custos associados a comportamentos aditivos e consequente impacto destes na vida dos indivíduos, famílias e sociedade (PNRCAD, 2013).

Este organismo do Estado desenvolveu o Plano Nacional de Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (PNRCAD), segundo aprovação no Conselho de Ministros de 23 Outubro (Resolução de Conselho de Ministros nº79/2014 de 29 de Dezembro), após o término do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (PNRPLA). Esta nova abordagem pretende dar uma visão mais abrangente na intervenção sobre comportamentos aditivos e dependências com respostas integradas nos dois domínios (Procura e Oferta) optimizando a ação dos diversos atores neste tão complexo problema. O responsável pela sua criação foi o Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool em parceria com os órgãos executivos e consultivos da Estrutura de Coordenação Interministerial, Fórum Nacional do Álcool e Saúde e responsáveis pela área do jogo. Houve espaço para consulta pública. O PNRCAD apresenta objetivos gerais e específicos para comportamentos aditivos que fomentam a sustentabilidade e qualidade dos serviços prestados com a capacitação dos profissionais, comunicação, investigação e avaliação das intervenções realizadas. Este compreende seis metas globais para a área do álcool:

- Diminuir a facilidade percebida do acesso;
- Aumentar o risco percebido do consumo;
- Retardar a idade de início de consumo;
- Diminuir as prevalências de consumo recente, de padrões de consumo de risco e dependência;
- Diminuir a morbilidade relacionada com comportamentos aditivos de dependência;
- Diminuir a mortalidade relacionada com comportamentos aditivos de dependência.

Especificamente para o álcool, o PNRCAD estabeleceu indicadores que anualmente são avaliados através do Relatório sobre a Situação do País em Matéria de

Álcool. No mais recente relatório, de 2014, consta a avaliação dos indicadores estabelecidos e pretende-se gerar discussão sobre o ponto de situação do consumo de álcool em Portugal (SICAD, 2014). Em 2014, os indicadores dos níveis de consumo de álcool são mais elevados em relação à média europeia. Contudo o relatório prevê uma descida de consumo de álcool *per capita* até 2025 (12,5l em 2015, 11,9l em 2020 e 11,4l em 2025).

Em 2013, o SICAD, na sequência do Programa Nacional para a Saúde Mental, publicou a Rede de referenciação/Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências. Para o protocolo revisto atrás todos os indivíduos triados como provável dependência de álcool devem ser referenciados para serviços de saúde especializados. Pretende o SICAD regulamentar e optimizar a rede de serviços disponíveis para reduzir o consumo de álcool de risco em Portugal. Com uma nova arquitectura institucional a Rede de referenciação/Articulação promove o acesso aos cuidados adaptados aos que deles necessitam em todo o espetro dos comportamentos aditivos. Mais especificamente o SICAD (2013) estabelece seis objetivos estratégicos para a Rede de Referenciação/Articulação:

1. Potenciar a cooperação e a convergência dos *stakeholders*;
2. Promover a qualidade, a eficiência e eficácia das intervenções;
3. Promover a harmonização das intervenções;
4. Optimizar os recursos e reforçar a sustentabilidade financeira;
5. Estabelecer circuitos e procedimentos de articulação e comunicação;
6. Promover o planeamento, monitorização e avaliação das medidas e intervenções.

A acessibilidade aos serviços deve ser universal contudo de forma a promover a eficiência da rede deverá ser segundo o SICAD, definido o nível de gravidade para cada comportamento. Os recursos utilizados serão então definidos a garantir o melhor cuidado possível com a máxima eficácia conseguida, sendo identificados quatro níveis de consumo (SICAD, 2014):

- **Consumo de baixo risco**: que se encontra dentro do padrão legal e médico e que apresente baixa incidência de problemas de saúde e sociais;
- **Consumo de risco**: consumo ocasional ou continuado que aumenta o risco de consequências negativas para o consumidor (doenças, acidentes, transtornos mentais ou do comportamento se consumo mantido);

- **Consumo nocivo**: consumo com consequências na saúde física e mental do consumidor que pode ser acompanhado de consequências sociais mas sem critérios de dependência;
- **Dependência**: Descontrolo do uso de uma substância e o desejo intenso de a consumir. Atribuição ao consumo de uma elevada prioridade em relação a outras atividades e obrigações, bem como aumento da tolerância e sintomas de privação com cessação desse mesmo consumo. Este nível implica três sub-níveis: Ligeira (sem sinais físicos de privação), Moderada (com privação física) e grave (história de *delirium tremens*/crises convulsivas).

A rede propõe para cada nível de consumo, três tipos de intervenção que serão assegurados pelos serviços de saúde públicos (Figura 3). O objetivo é potenciar os resultados obtidos, colocando o cidadão no centro dos cuidados e não a fragmentação do percurso deste.

	Problemas	**Intervenção**	**Cuidados de saúde**
Nível I	Sinais de alarme Perturbações de comportamento Consumo de baixo risco Doenças crónicas diversas	Prevenção seletiva e indicada Deteção precoce Intervenção precoce Intervenção Breve Programas de intervenção comunitária	Cuidados de Saúde Primários Cuidados de Saúde especializados
Nível II	Consumo nocivo Dependência Policonsumos Comportamento de risco Comorbilidades	Prevenção indicada Intervenção Breve Programas de intervenção comunitária Tratamento integrado Redução dos riscos e Minimização de danos Reinserção	Cuidados de Saúde Especializados
Nível III	Dependência Grave Policonsumos Comorbilidade física Psicopatologia grave	Tratamento integrado Desintoxicação/Desabituação Internamento por patologia psiquiátrica Redução de Riscos e minimização de Danos Reinserção	Cuidados de Saúde Especializados Cuidados de Saúde Hospitalares

Figura 3 -Algoritmo da Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências (Adaptado de SICAD, 2013).

O nível I de intervenção em Cuidados de Saúde Primários (CSP) destina-se a dar resposta a padrões de consumo que se insiram na abstinência, consumos de baixo risco e alguns consumos de risco. As intervenções na promoção da saúde, prevenção da doença, triagem de comportamentos de risco permitem criar um serviço de proximidade

com o cidadão. Os profissionais de saúde inseridos nestas unidades são agentes potenciadores para a deteção de situações de risco (indivíduo, família e sociedade) e têm autonomia para desenvolverem ações de Intervenção Breve e Referenciação caso sejam necessários cuidados especializados.

Para os consumos de risco, nocivos e dependência a rede preconiza uma intervenção de nível II, ou seja, para serviços de saúde especializados (ex: Unidades de Alcoologia). O acesso a estes serviços será sempre através dos CSP ou através de referenciação por serviços hospitalares como o SU, entre outros. Estas unidades especializadas dispõem de recursos para avaliar a situação e intervir de forma multidisciplinar perante o utente.

A intervenção de nível III será para indivíduos com dependência grave que por comorbilidade (psíquica e física) elevada necessitem de serviços de saúde adicionais para o plano de cuidados estabelecidos. As situações que se inserem nesta categoria são muito específicas e estão principalmente relacionadas com tratamentos de privação que requerem monitorização médica contínua.

Uma vez que o estudo a realizar será na região Centro, abordamos agora os circuitos de referenciação/articulação para os utentes com comportamentos aditivos e de dependência. (Figura 4).

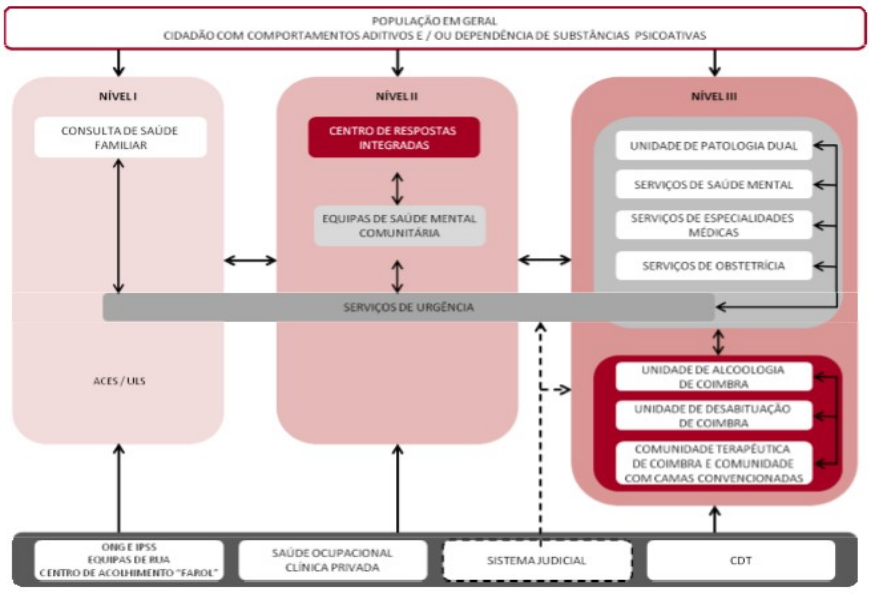


Figura 4 - Fluxograma da Rede na região Centro (SICAD, 2013).

A própria Rede não aborda estas questões de forma específica apenas dá destaque à Unidade de Patologia Dual de Coimbra que apresenta as valências de internamento,

Hospital de Dia, Consulta Externa e Tratamento em regime Compulsivo. Como nota acrescentamos que a nível dos CSP existem seis agrupamentos de Centros de Saúde dos quais salientamos os do Pinhal Litoral a que pertence a cidade de Alcobaça.

Analisando a Figura 4, destacamos a centralidade dos Serviços de Urgência para o SICAD. A transversalidade deste parece-nos ser de grande importância visto que para além de local referenciador para outros serviços encontra-se também numa posição ideal para a triagem de comportamentos aditivos. O Centro Hospitalar de Leiria, do qual faz parte o Hospital de Alcobaça, possui em regime de Consulta Externa, a Consulta de Adição. Esta dá resposta a todo o tipo de dependências, incluindo a que decorre do consumo de álcool.

O SICAD propõe instrumentos de apoio e de Intervenções Breves que se encontram na mesma linha dos protocolos SBIRT e preconiza a triagem de consumos de álcool pelo AUDIT. Esta entidade assume que o AUDIT foi desenhado para a triagem em CSP, contudo incentiva o seu uso em SU pois a probabilidade de problemas relacionados com álcool neste contexto é maior (SICAD, 2013).

CAPITULO 2. - INTERVENÇÕES BREVES PARA O CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.

2.1. Conceito de Intervenções Breves

O consumo de álcool é um problema sistémico, complexo que envolve o indivíduo, família e comunidade. A intervenção a realizar deverá ser abrangente e permitir a especificidade de cada indivíduo.

As Intervenções Breves tiveram origem na necessidade complexa e exigente dos serviços de saúde em disponibilizarem intervenções práticas e eficazes no combate ao consumo abusivo de álcool. Originalmente destinadas a CSP, as Intervenções Breves têm vindo a ser aplicadas em mais contextos e a assumirem-se como uma intervenção eficaz com uma relação custo-benefício bastante satisfatória (PNRCAD, 2013).

A OMS (2001) define Intervenções Breves como: " (…) práticas que têm por objetivo a identificação de um problema relacionado com o álcool- real ou potencial – e motivar o indivíduo a tomar uma atitude, visando a sua resolução." (Barbor & Higgins-Biddle, 2001, p.9).

Este tipo de intervenção teve início em 1972 quando Sanchez-Craig e a sua equipa chegaram à conclusão que indivíduos submetidos a uma abordagem psicoterapêutica em quatro sessões individuais, revelaram resultados de redução imediata dos consumos de álcool comparativamente a um grupo de indivíduos sem intervenção. Perante estes resultados, as Intervenções Breves tornaram-se um método eficaz de tratamento de consumos de risco e nocivo de álcool (Marques & Furtado, 2004).

As Intervenções Breves são baseadas nos pressupostos das teorias psicológicas com destaque para o behaviorismo e cognitivismo, selecionando elementos diretivos e não diretivos da teoria cognitivo-comportamental, sistémica e centrada na pessoa (Oliveira & Laranjeira, 2004). Esta intervenção recorre à técnica da entrevista motivacional descrita por Miller (1998). Esta é uma técnica terapêutica psicossocial de indivíduos com conflitos motivacionais com o objetivo de fornecer *feedback* e aumentar a sua percepção na necessidade de mudar os seus comportamentos. Na entrevista motivacional, a mudança é entendida como um processo de vida normal que pode ser facilitado por um terapeuta mas não depende apenas deste. O crescimento resulta de um

percurso realizado pelo cliente no qual o terapeuta ajuda na remoção de obstáculos. Tem uma boa relação custo/benefício pois pode dar resposta a um grande número de pessoas com poucos recursos técnicos especializados e em diversos contextos (ambulatório, hospitalar, individual, grupal). Muito utilizada em indivíduos com consumos de natureza química e em particular nos consumos abusivos de bebidas alcoólicas, uma vez que este tipo de indivíduos se encontra com um comportamento ambivalente e estão de alguma forma resistentes à mudança (Miller & Sanchez 1993). Segundo Miller (1998), a motivação é o elemento chave da mudança. Os comportamentos aditivos são fortemente motivados e perduram apesar das consequências nefastas que acarretam. Para uma lógica de intervenção motivacional, deve-se compreender o conceito de ambivalência.

A ambivalência é um princípio fundamental em todos os processos de mudança. Representa o conflito motivacional em que o individuo se encontra uma vez que manifesta a vontade de mudar mas também o desejo de o manter. A resolução da ambivalência é facilitadora do processo de mudança (Oliveira & Laranjeira, 2004).

A entrevista motivacional insere-se neste contexto de forma a complementar a prontidão para a mudança. Esta funciona como motor de estádios de mudança e permite colocar o indivíduo numa óptica de execução, ajudando o cliente a perceber a discrepância entre um comportamento de risco e objetivos pessoais (Miller,1998).

Carl Rogers (1985), complementa os fundamentos da entrevista motivacional, considerando o Ser Humano como inato na procura do bem-estar, a não ser que o seu caminho seja divergido pelo curso da vida. Para este autor, criando uma relação terapêutica empática e compreensiva, os indivíduos tendem a dirigir-se para uma situação mais positiva A empatia consiste na capacidade para compreender a visão do cliente através da escuta ativa. A Teoria de Rogers sugere que o *locus* e a responsabilidade da mudança são únicos e exclusivamente do indivíduo. A honestidade do terapeuta consigo próprio e com o seu cliente não põe em causa o processo de mudança mas pelo contrário parece favorecê-lo. O suporte dado pelo terapeuta pretende facilitar o próximo passo, remover obstáculos e demonstrar que está ativamente interessado no seu cuidado (Rogers, 1985).

Para compreender e fundamentar a nossa intervenção expomos agora o Modelo Transteórico de Mudança por Prochaska e DiClemente (1998). Estes autores criaram um

Modelo que apesar de ser utilizado em vários cenários de mudança de comportamentos humanos, a pesquisa original e de continuidade é realizada dentro dos comportamentos aditivos. O Modelo assenta em três construtos fundamentais: o processo de mudança,os níveis da mudança e os estágios de mudança.

O processo de mudança compreende estágios, pelos quais o indivíduo se vai movendo. São alguns deles: consciencialização, auto-eficácia, reavaliação ambiental, controlo de estímulos ou relações de ajuda. Miller & Sanches (1993), acrescentam que a Intervenção Breve deve incluir os seguintes elementos essenciais: ***F**eedback* (situar o indivíduo na circunstância atual), **R**esponsabilidade (a responsabilidade do indivíduo como fundamento para o seu próprio processo de mudança), **A**conselhamento (oferecer aconselhamento), **M**enu (a oferta de disponibilidade de estratégias para a mudança), **E**mpatia (empatia), Auto-eficácia (***S**elf-Eficiency*) (a crença na capacidade de mudança). Estes autores definem estes elementos pelo acrónimo **FRAMES** (Miller & Sanches, 1993).

Os níveis de mudança são um construto que deriva da complexidade da adição ou múltiplas adições em simultâneo. A depressão, problemas conjugais e violência doméstica são exemplos de fatores com grande influência no processo de mudança. Pelos autores foram definidos cinco aspetos que definem as circunstâncias em que ocorrem a mudança: sintomas/situacionais, cognições não-adaptadas, conflitos inter-pessoais, problemas familiares e conflitos intra-pessoais. A probabilidade de sucesso na intervenção com estes indivíduos aumenta significativamente se a abordagem integrar estes múltiplos fatores.

Os estágios de mudança representam o processo dinâmico e motivacional de mudança ao longo do tempo. São fases que solidificam o processo de mudança que correspondem a pequenas tarefas de forma a originarem ganhos em saúde. Os autores identificaram cinco estágios de mudança (Prochaska & DiClemente, 1998):

- Precontemplação – os indivíduos ignoram a natureza e a extensão do problema e são resistentes à mudança. Não consideram que devem mudar comportamentos;
- Contemplação – compreende uma reflexão séria acerca da mudança com uma avaliação acerca dos pontos positivos e negativos em relação à decisão de mudar (ambivalência);
- Preparação – é a resolução do processo de avaliação do problema pela

elaboração de um plano de mudança, com o compromisso do indivíduo em cumpri-lo num futuro próximo;

- Ação – momento onde o plano de mudança é executado e as estratégias de *coping* ativadas. O processo de mudança é efetivamente cumprido;
- Manutenção – quando em três a seis meses após a ação mantiver com sucesso o seu plano de mudança. Este assume um carácter definitivo e integrado no estilo de vida. Se o indivíduo regressar ao seu padrão de consumo e não mantiver o plano de ação estará numa situação de recaída e aí voltará para estágios iniciais de mudança.

À luz das teorias de enfermagem, consideramos a Teoria das Transições de Meleis a que melhor se adapta às Intervenções Breves em consumos de risco de álcool (Meleis, 2010).

Dentro do quadro conceptual desta teoria, o foco do cuidado é a Pessoa com vista ao bem-estar. Os objetivos da enfermagem neste Modelo Teórico são:

- Aumentar o conhecimento da experiência da transição percebida pelo indivíduo;
- A natureza dos padrões de vida e novas identidades (Como no ModeloTransteórico de Mudança por Prochaska & DiClemente) ;
- Promoção de resultados positivos em saúde;
- Identificar obstáculos ambientais para transições de sucesso (assim como a Entrevista Motivacional de Miller);
- Desenvolver e aplicar componentes e estruturas da relação terapêutica na enfermagem como a empatia e congruência (vai de encontro à Teoria de Carl Rogers).

O desenvolvimento da intervenção neste sentido permite à enfermagem criar evidências universais da prática, fundamentando a preocupação dos enfermeiros acerca da mudança de sistemas e sociedades. Funciona também, como um desafio para o desenvolvimento de uma relação terapêutica de excelência, facilitadora de transições de sucesso.

Transição é definida como uma passagem de um estádio, fase ou condição de vida para outro. Compreende o processo de transição e resulta da complexa interação entre individuo/ambiente e vice-versa (Meleis, 2010). Uma transição envolve uma mudança

na situação de saúde, relações, expetativas e capacidades. Completar uma fase de transição implica crescimento. Meleis descreveu cinco tipos de transições: Desenvolvimento/individual; Desenvolvimento/familiar; Situacionais; Organizacionais e Saúde/Doença (Meleis, 2010). Iremos debruçar-nos sobre a última, visto que é a que se relaciona mais com os consumos de álcool de risco.

Os indicadores para uma transição com sucesso são: bem-estar emocional, domínio e bem-estar relacional. Meleis define outros indicadores específicos como: qualidade de vida, adaptação, capacidade funcional, auto-realização, auto-percepção e a transformação pessoal.

Meleis descreve os facilitadores e inibidores do processo de transição:

- Individuais – Os significados atribuídos aos eventos críticos: a ambivalência é um fator facilitador de uma tomada de decisão;
- Atitudes e crenças culturais – O estigma associado aos consumos de risco de álcool dificulta o processo de transição;
- Status socioeconómico – Um pior status evidência menos recursos disponíveis para a transição;
- Preparação e conhecimento – A falta de preparação é um inibidor. A entrevista motivacional pode ser um meio para traçar um plano de atuação que facilita a transição. Se o cliente tiver conhecimento pode adaptar as suas expetativas durante a transição e selecionar as estratégias mais eficazes;
- Condições na comunidade – Os recursos da comunidade podem facilitar ou dificultar a transição;
- Condições da sociedade – Os estereótipos e o estigma podem inibir a transição.

A transição dos indivíduos é um processo de mudança sobre o qual já referimos as suas principais caraterísticas. Apesar da complexidade e multidimensionalidade apresentada consideramos o paralelismo com o Modelo Transteórico de Mudança por Prochaska & DiClemente, nos seguintes pontos:

- Tomada de consciência (consciencialização) – Relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição. Níveis de consciência elevados geralmente dão congruência ao processo e promovem o equilíbrio entre o que se sabe acerca do processo, as respostas necessárias e as expetativas que se têm acerca do mesmo processo. Para haver transição o

individuo terá que ter consciência desta. Estes autores preconizam que se o indivíduo não se apercebe que está em transição significa que este não a iniciou. O Modelo de Mudança compreende esta fase: a Pre-Contemplação;

- Mudança, diferenças e eventos críticos– A transição envolve mudança, sendo que os eventos críticos podem induzir à transição. Sentir-se diferente, ver o mundo ou os outros de outra forma, pode ser o motor para desencadear uma mudança. Comparando com o Modelo de Mudança a capacidade de se encontrar ambivalente é a capacidade para considerar essa mesma mudança;
- Sequência de tempo (*Time Span*) – a transição decorre num determinado tempo que não tem necessariamente de ser definido. Os autores afirmam que é contra producente definir limite temporal. Nem sempre as transições seguem uma ordem cronológica, sendo um período que pode necessitar de reavaliação ou de restruturação. Assim como no Modelo de Mudança, o ciclo pode indicar sucesso ou insucesso, que implica reformulação do plano de ação. Contudo ambos implicam mudança de um estado para outro.

Perante os pontos de concordância, que expusemos anteriormente, entre o Modelo de Mudança, a Teoria de Rogers, a Entrevista Motivacional de Miller e a Teoria das Transições de Meleis, consideramos que os enfermeiros são profissionais de saúde com competências para intervir nos problemas relacionados com o álcool.

O enfermeiro especialista em Saúde Mental é aquele que à partida possui um maior número de competências para exercer este tipo de intervenção. O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010), fundamenta as suas competências com a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa durante o ciclo de vida, tendo em conta a sua especificidade no sentido de manter, melhorar ou recuperar a saúde. Esta competência assim como a Teoria de Meleis, encara o ciclo de vida como dinâmico e pretende criar as condições óptimas para a prestação de cuidados de excelência. Nesta lógica, as Intervenções Breves realizadas por enfermeiros inserem-se nas competências descritas anteriormente e assumem-se como uma ferramenta de promoção de saúde e prevenção de comportamentos de risco.

2.2. Protocolo de Intervenções Breves e a sua eficácia

Babor & Higgins-Biddle (2001), criaram um manual prático para profissionais de saúde, onde se incluem os enfermeiros, para dar resposta aos indivíduos que apresentem consumos de álcool de risco para a sua saúde. Estes desenvolveram um protocolo SBIRT com o objetivo principal de reduzir consumos de álcool acima do padrão recomendado para níveis de baixo risco.

O padrão de consumo recomendado pela DGS vai de encontro com a OMS e segundo a Circular Normativa nº 30/2012 atualizada em 2014 define a dose diária recomendada: para os homens entre os 18 e os 64 anos um padrão de consumo de baixo risco compreende duas bebidas padrão ou 20 gramas de álcool puro, sendo que uma bebida padrão equivale a 10 gramas de álcool puro. Para os homens com mais de 65 anos apenas uma bebida padrão é recomendada, ou seja 10 gramas por dia. Nas mulheres a dose recomendada é de 10 gramas por dia ou uma bebida padrão para todas as idades. Nas seguintes situações o consumo de álcool está contra-indicado: gravidez, adolescência, dependência alcoólica ou outras patologias/medicação que justifique (DGS, 2014).

O instrumento de avaliação que vamos abordar é o AUDIT por ser recomendado pela OMS e DGS. Por essa razão também foi o instrumento utilizado no estudo realizado. O AUDIT carateriza-se por ser um instrumento de triagem do padrão de consumo de álcool, conseguindo identificar níveis de risco e provável dependência. Este questionário foi desenvolvido pela OMS e é fácil de usar, flexível, curto, dando um importante *feedback* aos utentes acerca dos seus padrões atuais de consumo de álcool. Este instrumento está validado e traduzido em muitos países, entre eles, Portugal (DGS, 2014).

O questionário apresenta dez questões e o score varia entre 0-40 pontos. As primeiras três questões (AUDIT-C) avaliam a quantidade e frequência do padrão de consumo de álcool. Score nas primeiras três questões inferiores a cinco nos Homens e quatro nas Mulheres e Homens com idade superior a 65 anos de idade, indicam a não realização das restantes questões pois imediatamente identifica que os indivíduos apresentam um padrão de consumo que se insere na zona de baixo risco. As três questões seguintes do AUDIT têm por objetivo avaliar a ocorrência de potenciais sintomas de dependência e as últimas quatro questões identificar problemas recentes de vida relacionados com o

padrão de consumo apresentado.

Segundo o protocolo em estudo, após a realização da triagem deverá ser selecionado o tipo de intervenção que vai de encontro às necessidades dos utentes.

São vários os estudos que comprovam a eficácia das Intervenções Breves (Minto, Corradi-Webster, Gorayeb, Laprega e Furtado, 2007; Schaus, Sole, McCoy, Mullett e O'Brien, 2009; Barroso, *et al*., 2012; Rosa, Abreu, e Barroso, 2015; Patrício, Finnell e Barroso, 2016).

Dos estudos referidos anteriormente, destacamos os últimos três devido aos resultados comprovados da eficácia das Intervenções Breves realizados em Portugal.

CAPITULO 3. - O CONSUMO DE ÁLCOOL E O SERVIÇO DE URGÊNCIA

3.1. Relação entre consumo de álcool e Serviço de Urgência

O consumo abusivo de álcool interfere na atividade psico-motora com grande influência na coordenação e no tempo de reação, potenciando a origem de lesões que vão desde uma simples queda a graves acidentes rodoviários ou a episódios de violência. O consumo de álcool também promove a desinibição aumentando assim a probabilidade de estes se colocarem numa situação danosa, serem mais agressivos e a sobrestimarem os perigos à sua volta. Tudo isto aumenta o risco de lesões não intencionais ou intencionais como perpetradores ou vítimas (Cherpitel, 2009).

O consumo de álcool de risco é uma das principais causas de acidente de viação e de trauma em geral (Cherpitel & Cherpitel, 2007).

Eventualmente estes indivíduos necessitam de cuidados de saúde e daí a prevalência de abuso de álcool em doentes admitidos no SU ser considerada como substancial (Wojnar & Jakubczyk, 2014).

Segundo um estudo realizado pela OMS onde constam 12 países do Mundo (Portugal não consta nessa lista) estimam que cerca de 45% dos utentes tenham consumido álcool antes de serem admitidos no SU (WHO, 2014).

Os utentes que recorrem ao SU têm 1,5 a 3 vezes mais probabilidade de apresentarem um episódio excessivo de consumo de álcool, dependência alcoólica e reações adversas relacionadas com o seu consumo em relação à restante população (Havard, Shakeshaft e Sanson-Fisher, 2008).

A maioria dos utentes admitidos no SU não recorre a este serviço pelo seu consumo de risco nem por ter sido referenciado por profissional de saúde. Em muitos destes casos, o efeito do consumo de álcool nas doenças e lesões apresentadas é subestimado quando não é a causa principal da ida ao SU (Fahy, Croton e Voogt, 2011).

Os SU são um local com grande potencial para identificar indivíduos com consumos de álcool de risco, contudo raramente os profissionais de saúde os questionam sobre isto (Nilsen, *et al.;* 2008).

Tendo em conta que o consumo de álcool de risco contribui para aumentar

significativamente o número de admissões ao SU, realizar uma triagem de doentes em relação a este aspeto poderá reduzir o consumo de risco e nocivo de álcool (Forsythe & Lee, 2012).

Em Portugal, existe um aumento preocupante de episódios de intoxicação por etanol que é desconhecido por "limitações do sistema de registos nacionais, em particular nos serviços de urgência hospitalar, não sendo ainda possível conhecer, quer o seu total, idade, género, nem as eventuais complicações clínicas pós-intoxicação" (Carvalho, *et al*., 2016, p. 16).

3.2. Evidência da eficácia das Intervenções Breves no Serviço de Urgência.

Duas das mais recentes revisões sistemáticas realizadas sobre esta problemática concluem que existe evidência de eficácia das Intervenções Breves no SU. Contudo a falta de homogeneidade nos protocolos de Intervenções Breves, a grande diferença do desenho dos estudos, bem como a duração da investigação leva a concluir que mais estudos com protocolos semelhantes são necessários para realmente avaliar a eficácia destas intervenções (Havard *et al*.; 2008; Landy, *et al*.; 2016).

Perante isso, propusemo-nos a realizar uma revisão integrativa da prática baseada em evidências disponíveis atualmente. Consideramos que este método será o mais válido para conduzir a investigação pois reúne os melhores resultados de investigação no cenário mais próximo daquele que iremos intervir. As revisões integrativas "são métodos de pesquisa criteriosos empregados para fornecer os melhores conhecimentos produzidos sobre um dado problema de pesquisa, para que estes sejam avaliados criticamente por profissional com habilidade clínica e posteriormente sejam incorporados à prática assistencial." (Ercole, Melo e Alcoforado; 2014; p. 9).

No mês de Junho de 2016, realizámos uma pesquisa nas seguintes Bases de Dados: SciELO Portugal, EBSCO, ScienceDirect e MEDLINE utilizando os seguintes termos: Álcool, Intervenção Breve, Serviço de Urgência, *Alcohol*, *Brief Intervention*, *Emergency Department* e *Hazardous Drinking*. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudos realizados a partir de 2007, exclusivamente em Serviços de Urgência, estudos realizados apenas com indivíduos adultos, estudos com intervenção segundo protocolo de Intervenções Breves. Os critérios de exclusão foram: estudos com recursos a triagem por sistema informático, estudos com aplicação em

vários cenários que não apenas o Serviço de Urgência.

Foram selecionados oito estudos dos 345 encontrados que se consideraram pertinentes para a revisão integrativa, devido à metodologia que seguiram. Dos 345 artigos selecionados, 300 foram eliminados pela leitura do título e 37 pela leitura do resumo.

Não foram encontrados estudos realizados em Portugal e/ou em países com língua oficial portuguesa. Os resultados obtidos foram introduzidos em tabela para uma fácil compreensão e análise do conteúdo que está disponível no Apêndice I.

Foram encontrados bastantes estudos relacionados com a nossa problemática, contudo apenas oito integraram a nossa revisão. Dos resultados obtidos denotamos que transversalmente todos são estudos de grande envergadura e com bastantes recursos quer humanos como físicos e financeiros.

Todos os estudos selecionados identificaram utentes com padrões de consumo de risco e nocivo de álcool, bem como com provável dependência. Segundo McMurran, Robertson, Coffey e Miller (2013), indivíduos com triagem positiva de consumo de risco de álcool apresentam 2,63 mais probabilidade para ser admitidos no SU por lesão traumática. A maioria reportou de forma satisfatória, a diminuição de consumo de álcool após Intervenção Breve com uma diminuição igualmente no consumo tipo *binge drinking* e nas consequências negativas e lesões relacionadas com o consumo de álcool de risco (Woolard, *et al*., 2013).

As Intervenções Breves realizadas demostraram serem eficazes, principalmente três meses após a intervenção e em diferentes localizações geográficas (Aseltine, 2010; Woolard, *et al*., 2013; D´Ónofrio, *et al*., 2012; Sommers, *et al*., 2013; Cherpitel, Moskalewicz e Świątkiewic, 2015).

As intervenções implementadas imediatamente após triagem de consumo são eficazes mesmo sem intervenção adicional um mês após e com maior sucesso em indivíduos maiores de 26 anos. Contudo intervenção mais complexas, que implicam o reforço após um curto período não demostram benefícios adicionais comparativamente às Intervenções Breves (D´Ónofrio, *et al*., 2012).

A maioria dos estudos evidência uma elevada percentagem de recusa de participação em

estudo, apesar dos incentivos monetários dados aos participantes. Os sintomas como a dor e cansaço podem ser uma das razões pelas quais os utentes não aderem ao estudo (Sommers, *et al*., 2013). Segundo Patton, Strang, Birtles e Crawford, (2007), a implementação da triagem de álcool antes da observação médica demostra uma maior aceitação dos sujeitos em participarem no estudo.

A maioria dos indivíduos com triagem positiva, percepcionam que a sua admissão ao SU não está relacionada com o seu consumo de risco de álcool (Patton, *et al*., 2007 e Mcmurran, *et al*., 2013).

Drummond, *et al*. (2014) concluiu que o SU é um local de difícil implementação de um protocolo de Intervenções Breves devido à resistência dos profissionais de saúde. Estes revelam que o SU dificulta a capacidade de desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz, que prejudica a promoção de estilos de vida saudáveis e daí não ser o local ideal para desenvolver este tipo de intervenção.

Com base nesta revisão integrativa iremos definir a metodologia do estudo (Capítulo 4).

PARTE II – *ESTUDO EMPÍRICO*

CAPITULO 4. - EFEITO DAS INTERVENÇÕES BREVES NOS UTENTES DA URGÊNCIA DO HOSPITAL DE ALCOBAÇA

4.1. Introdução

O estudo realizado decorreu no Serviço de Urgência do Hospital de Alcobaça que se insere no Centro Hospitalar de Leiria. É uma Urgência básica pois apenas tem disponível um Médico Internista, Radiologia convencional e Análises Clínicas. O Hospital de Leiria a cerca de 30 Km providencia exames complementares de diagnóstico e especialidades médicas quando necessário. Em 2016, houve certificação do Centro Hospitalar de Leiria pela entidade *Joint Comission*.

O Hospital de Alcobaça insere-se na cidade de Alcobaça que é a capital de Concelho. Apresenta num total de 55 651 habitantes, distribuídos por 408,14 km² (Instituto Nacional de Estatística, 2014). O concelho é composto por 13 freguesias, sendo a densidade populacional de 138,4 habitantes por km^2. A área carateriza-se por ser uma zona com caraterísticas rurais onde as atividades do setor primário, como a agricultura e pecuária, são as principais atividades económicas (Câmara Municipal de Alcobaça, 2017).

Perante a problemática em estudo e ao local de implementação da intervenção definimos:

Objetivo geral

Avaliar o efeito das Intervenções Breves nos utentes da Urgência de Alcobaça com problemas de álcool e aqueles em risco de os virem a desenvolver.

Objetivos específicos

- Caraterizar socio demograficamente a amostra.
- Avaliar o nível de risco de consumo de álcool nos utentes admitidos no SU.
- Avaliar o nível de risco de consumo de álcool dos utentes admitidos no SU após Intervenção Breve.

Questão de Investigação

Será que os utentes do Serviço de Urgência do Hospital de Alcobaça sujeitos a Intervenções Breves diminuem os seus consumos de álcool para níveis de baixo risco?

Hipótese de Investigação

Os indivíduos sujeitos a Intervenções Breves apresentam uma evolução positiva quanto aos níveis de risco do consumo de álcool.

4.2. Metodologia

4.2.1. Tipo de Investigação

Para a realização do estudo recorreu-se a um desenho de nível IV – Estudos de verificação de relações de causalidade (estudo explicativo e preditivo), pré-experimental com avaliação antes e após com grupo único em amostra consecutiva. Teve local no Centro Hospitalar de Leiria, Unidade do Hospital de Alcobaça no Serviço de Urgência. O estudo realizou-se no mês de Setembro de 2016 com *follow-up* três meses após, ou seja, no mês de Dezembro de 2016.

4.2.2. Variáveis

Variáveis sociodemográficas: sexo (feminino/masculino), idade (anos), escolaridade (Analfabeto/Ensino Primário/Segundo ciclo/Terceiro ciclo/Ensino Secundário/Ensino Superior), Estado Civil (Solteiro/Casado ou União de facto/Divorciado/Viúvo), coabitação (Família/Sozinho/Amigos) e Situação laboral (Empregado/Desempregado e Reformado).

Dos nove indivíduos que integraram a amostra, a totalidade é composta por Homens com média de idades de 56,44 anos. A maioria dos indivíduos possui escolaridade a nível do segundo ciclo e residentes com a Esposa.

Variável dependente: níveis de consumo de álcool - Score do AUDIT (Figura 5).

Variável independente: intervenção (Educacional, Aconselhamento Simples, Aconselhamento Breve, Intervenção Breve e Referenciação (Figura 5).

Consumo de álcool	Nível de risco/Intervenção	Score
Baixo risco	I – Educacional	0-7
Risco	II – Aconselhamento Simples	8-15
Nocivo	III – Aconselhamento Breve	16-19
Provável dependência	IV - Referenciação	20-40

Figura 5 -Guideline após avaliação de risco por score do AUDIT (Adaptado de Barbor & Higgins-Biddle, 2001).

Para scores de 0-7 a intervenção preconizada é Educacional. Compreende todos os

indivíduos que apresentem consumos de baixo risco ou seja abaixo ou igual ao padrão recomendado incluindo os abstémios. A Intervenção Educacional pretende dar *feedback* acerca do resultado e educar os utentes para o risco de consumos acima do padrão recomendado. Tem como objetivo que os indivíduos mantenham o consumo de álcool num padrão de baixo risco e também para que desempenhem um papel de ajuda e de alerta para potenciais indivíduos à sua volta cujo padrão de consumo se situe nas zonas de risco.

Para os utentes com scores de AUDIT entre os 8-15 pontos preconiza-se o Aconselhamento Simples. Apesar destes utentes poderem não apresentar consequências originadas no consumo de álcool acima do recomendado, estão em risco para desenvolver doenças crónicas relacionadas com esse facto, assim como virem a sofrer lesões, violência, problemas legais e degradação das competências sociais. O aconselhamento simples deverá fornecer *feedback* acerca do consumo apresentado com as potenciais consequências adversas de o manter, expondo o padrão recomendado como meta a atingir. Esse momento que poderá durar entre 5 a 15 minutos deverá ser suportado por panfleto (Apêndice IV).

Os utentes que se encontram em níveis de consumo de álcool nocivo (score 16-19) a intervenção preconizada é o Aconselhamento Breve. Estes indivíduos encontram-se muito provavelmente com problemas físicos e psíquicos decorrentes dos seus consumos nocivos de álcool. O Aconselhamento Breve pretende ser sistemático, focado para uma rápida avaliação do problema e implementação imediata de uma estratégia de mudança. Difere do Aconselhamento Simples na medida em que pretende dar aos utentes ferramentas para mudar atitudes básicas de forma a resolverem problemas que advêm do seu consumo nocivo de álcool. Apesar dos mecanismos da intervenção serem semelhantes aos do Aconselhamento Simples requer mais conteúdos e daí mais tempo podendo chegar a cerca de 30 minutos. Os conteúdos extra a implementar neste tipo de intervenção passam pela avaliação do estádio da mudança por "Régua da mudança" (Babor & Higgins-Biddle, 2001). Os estádios de mudança são neste protocolo segundo o Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska & DiClemente (1998), já abordado anteriormente. O interesse deste modelo para o protocolo abordado revela-se de extremo interesse visto que explica a prontidão em mudar de cada utente e isso potencia resultados mais eficazes (Figura 6).

Estádios	Definição	Elementos a referir na intervenção breve
Precontemplação	O indivíduo com consumos de álcool de risco e nocivo não está a considerar uma mudança no futuro e pode não ter percepcionado as potenciais consequências de manter este padrão de consumo.	*Feedback* acerca do padrão de consumo e informações acerca dos consumos de risco e nocivos.
Contemplação	O indivíduo pode ter percepção das consequências nefastas do consumo de álcool de risco e nocivo contudo é ambivalente perante a mudança.	Enfatizar os benefícios da mudança: dar informação acerca das consequências do consumo de álcool de risco e da importância de não protelar essa decisão. Negociar uma meta.
Preparação	O indivíduo já decidiu que quer mudar e pretende entrar em ação.	Discutir uma meta, providenciar aconselhamento e motivação.
Ação	O indivíduo já reduziu o consumo de álcool ou parou de beber mas essa mudança não é ainda permanente.	Manter aconselhamento e motivação.
Manutenção	O indivíduo já conseguiu reduzir o consumo de álcool ou mesmo parou de beber numa base relativamente permanente.	Providenciar motivação.

Figura 6 - Estádios de mudança e Intervenção Breve associada (Adaptado de Barbor & Higgins-Biddle, 2001).

Este instrumento, carateriza-se por questionar os utentes perante a sua prontidão em mudar, situando-os numa escala de 1 a 10 (1 sendo não importante e 10 como muito importante). Utentes com scores baixos (1-3) encontram-se pré-contempladores, de 4 a 6 como contempladores e os restantes como prontos para iniciarem um processo de mudança.

Para os autores, os profissionais de saúde que realizem aconselhamento breve deveriam ter treino competências na escuta empática e entrevista motivacional. O objetivo desta intervenção é reduzir o padrão de consumo nocivo para um padrão de baixo risco contudo em algumas situações a abstinência deverá ser a meta (gravidez, amamentação e indivíduos com patologias e/ou submetidos a medicação cujo consumo de álcool esteja contra-indicado).

O score de 20-40 pontos são os indivíduos que provavelmente se encontrem em situação de dependência alcoólica. Para este grupo, o protocolo preconiza a referenciação para programas especializados de diagnóstico e tratamento.

De acordo com o nível de risco identificado para cada utente foram elaborados guiões

(Apêndice II) para as intervenções. Os guiões em causa já tinham sido elaborados e validados no âmbito do ensino clínico do Curso de Especialização de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. O investigador foi sujeito a sessões de *role play* e teve a oportunidade de intervir no contexto de CSP num Centro de Saúde de Coimbra. Consideramos a aquisição de competências e o treino previamente adquirido uma mais valia para a realização deste estudo.

Como material de suporte na entrevista utilizámos um folheto (Guia para o consumo de baixo risco – Apêndice IV) que ficou na posse do utente. Este guia baseado nas orientações da OMS, divido em painéis que guiaram a intervenção do investigador, assumiram-se como informação visual para o utente.

4.2.3. Participantes

A população do estudo é constituída pelos utentes admitidos no SU do Hospital de Alcobaça nos turnos do horário da investigadora no mês de Setembro de 2016. Foram realizadas num total de 215 entrevistas a utentes admitidos que cumpriam os seguintes critérios de inclusão:

- Utentes admitidos no SU do Hospital de Alcobaça,
- Utentes com nacionalidade Portuguesa e pertencentes á área de abrangência do Hospital de Alcobaça,
- Utentes com capacidade de expressão linguística e facilidades de comunicação,
- Idade superior a 18 anos;
- Não ter perturbações de comportamento graves ou sintomas psicóticos;
- Score em AUDIT-C superior ou igual a 4 nos Homens e superior ou igual a 5 nas Mulheres e Homens maiores que 65 anos de idade

Destes 215 utentes, 13 indivíduos apresentaram nível de risco, sendo que três por provável dependência foram referenciados para a consulta de adição da Consulta externa do Hospital. Um utente faleceu de doença súbita durante o estudo, pelo que também foi excluído da amostra. No final, a nossa amostra é composta por nove utentes.

A amostra foi questionada acerca das suas caraterísticas sociodemográficas. Nas tabelas 1 e 2 sintetizamos a informação colhida.

Tabela 1 -Caraterísticas sociodemográficas da amostra relativas à idade e ao género.

Caraterísticas Sociodemográficas	**Amostra**	
	Média	DP
Idade	56,44 anos	15,78
Género Masculino	100%	

Tabela 2 - Caraterísticas sociodemográficas da amostra.

Caraterísticas Sociodemográficas		**Amostra**	
		Nº	%
Estado Civil	Solteiro	1	11,1
	Casado ou União de fato	7	77,8
	Divorciado/Separado	1	11,1
	Viúvo	0	0
Situação Laboral	Empregado	5	55,6
	Desempregado	0	0
	Reformado	4	44,4
Escolaridade	Ensino Primário	3	33,3
	2º Ciclo	4	44,4
	3º ciclo	1	11,1
	Ensino Secundário	1	11,1
	Ensino Superior	0	0
Com quem vive	Família	7	77,8
	Amigos	0	0
	Sozinho	2	22,2
Filhos	Sim	7	77,8
	Não	2	22,2

4.2.4. Instrumento de Colheita de Dados

A recolha dos dados foi obtida através de entrevista estruturada composta por questionário de comportamentos de saúde, com AUDIT integrado (Apêndice III), administrado pela investigadora. O questionário de comportamentos de saúde é composto por questões de caraterização sociodemográfica, relativas ao motivo de vinda à urgência e à percepção do entrevistado relativamente ao facto do episódio de admissão se encontrar relacionado com o consumo de álcool. O AUDIT representa a segunda

parte da entrevista. Os utentes admitidos no SU segundo circuito normal do serviço foram triados em sala de triagem e foi nesse momento que também foram aplicadas as primeiras três questões do AUDIT – AUDIT-C. Esta avaliação corresponde a uma triagem inicial do risco de consumo de álcool e é recomendado pela DGS. Para os utentes admitidos com score em AUDIT-C de superior ou igual a cinco nos Homens e superior ou igual a quatro nas Mulheres e Homens com idade superior a 65 anos foram realizadas as restantes questões do AUDIT.

O questionário AUDIT é composto por 10 questões sobre o uso do álcool, sintomas de dependência e problemas ligados ao álcool. As questões 1 a 8 com peso de 0 a 4 pontos e as questões 9 e 10 atribuem 0, 2 ou 4 pontos (Figura 7). O score obtido do somatório das questões identificam quatro níveis de risco com protocolo específico para cada um deles.

Dimensão	Pergunta	Conteúdo do item
Caraterização dos consumos (AUDIT-C)	1, 2 e 3	Frequência dos consumos Quantidade Frequência dos consumos excessivos
Sintomas de dependência	4,5 e 6	Descontrolo dos consumos Limitações com o consumo Consumos no inicio da manhã
Consequências do consumo	7, 8, 9 e 10	Sentimentos de culpa após consumo *Black-outs* Consequências para os outros indivíduos decorrentes do consumo Preocupação dos outros indivíduos pelo consumo apresentado

Figura 7 -Itens do Questionário AUDIT em relação à dimensão, conteúdo e número da pergunta (Adaptado de Barbor & Higgens- Biddle, 2001).

4.2.5. Procedimentos Formais e Éticos.

A pesquisa foi submetida para apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências de Saúde Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Apêndice VI) e da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria (Apêndice V). Foi solicitado o consentimento informado a todos os indivíduos que fizeram parte da amostra e a respetiva autorização para a recolha dos dados. A condição de anonimato foi garantida, tendo sido a utilização dos dados exclusiva para fins académicos e científicos. A intervenção realizou-se no mês de Setembro de 2016 de acordo com os turnos de rotina da investigadora. Num total de 15 turnos, oito da noite

(0h-8h), quatro de manhã (8h-16h) e três de tarde (16h-24h).

A investigadora realizou ainda outros turnos, mas que não puderam ser cumpridos no posto de triagem, por constrangimentos de organização do Serviço, pelo que não constituíram momentos de implementação do protocolo.

Todos os utentes admitidos no SU que cumpriram os critérios já mencionados foram entrevistados com AUDIT-C no momento da triagem ao serviço. Aqueles com triagem positiva foram submetidos a entrevista para aplicação do AUDIT total e intervenção correspondente ao nível de risco que apresentaram. Procurou-se que esta entrevista fosse realizada no momento mais oportuno: geralmente durante tratamentos e em local privado. O serviço dispõe de dois gabinetes médicos, a sala da triagem, a sala de trabalho de enfermagem, sala de aerossóis, sala de espera e sala de pequena-cirurgia. Geralmente todos estes locais estão ocupados, contudo a intervenção foi realizada no momento privado e com maior frequência nas salas de triagem e tratamentos. Não existe, todavia, um espaço reservado que possa ser adaptado para entrevistas individuais e com a possibilidade de permitir condições de privacidade plenas.

Os níveis de risco identificados a partir do score obtido pelo AUDIT determinaram o tipo de Intervenção Breve (com guiões estruturados baseados no protocolo adaptado de Barbor e Higgins-Biddle, 2001 e do Projeto Saúde sem Reservas inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem). A avaliação da intervenção foi realizada três meses após, através de entrevista telefónica.

4.2.6. Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados foi realizada através de *software* aplicativo *Statistical Package for the Sciences* (S.P.S.S.), versão 15. Recorreu-se aos testes de Shapiro-Wilk para verificação da normalidade das distribuições. Conforme se pode verificar na tabela 3, há normalidade da amostra. Mesmo com a normalidade da distribuição não usamos os testes paramétricos pela natureza das variáveis.

Tabela 3 - Teste Shapiro-Wilk da normalidade da amostra, para a variável Score do AUDIT.

	Estatística	**Significância**
Score AUDIT	0,902	0,261

Para avaliar a evolução do grupo após intervenção no que diz respeito ao nível do

consumo de álcool, recorreu ao teste não paramétrico, Wilcoxin, para amostra emparelhadas, devido à reduzida dimensão da amostra.

4.3. Resultados

Todos os participantes da amostra são Homens com média de idades de 56,44 anos. São na sua maioria casados (77,8%) e com filhos (77,8%) e residentes com a família (77,8%). Os participantes da amostra na maioria completaram o segundo ciclo (44,4%) e dois terminaram o terceiro ciclo (11,1%) e o ensino secundário (11,1%), respetivamente. Os restantes (33,3%) possuem a escolaridade primária. Em relação à sua situação laboral, (55,6%) encontra-se empregado e 44,4% reformado (Tabela 1 e 2).

Relativamente às caraterísticas da amostra quanto ao motivo da vinda à urgência, antecedentes de saúde prévios e o seu padrão de consumo de álcool, denotamos que dois participantes (22,2%) foram admitidos por intoxicação aguda etanólica, sendo que apenas um deles relaciona a sua vinda à urgência devido ao consumo de álcool (Tabela 4).

Tabela 4 -Caraterização da amostra quanto ao motivo de vinda à urgência, antecedentes de saúde prévios e auto percepção perante a relação da sua admissão com o consumo de álcool.

Amostra	Motivo de admissão ao SU			Antecedentes de saúde Prévios		Auto percepção do motivo de vinda à urgência relacionado com álcool	
	Com trauma	Sem trauma	Intoxicação Aguda Etanólica	Sim	Não	Sim	Não
Nº	3	4	2	4	5	1	8
%	33,3%	44,4%	22,2%	44,4%	55,6%	11,1%	88,9%

A existência de antecedentes pessoais de saúde foi reportada por 44,4% sendo que os restantes não referiram qualquer condição prévia (55,6%).

Para este estudo foram realizadas duas Intervenções Educacionais, seis Intervenções de Aconselhamento Simples e uma Intervenção Breve.

O participante que integrou a amostra e ao qual foi realizada Intervenção Breve, segundo protocolo definido de atuação, quando questionado com "Régua de mudança" acerca da sua necessidade de mudar revelou que "não haviam razões para mudar" (SIC) (Precontemplação). O motivo de admissão à urgência deste indivíduo foi de intoxicação etanólica. Quando questionado acerca da relação entre a sua admissão ao consumo de

álcool apresentado, o próprio referiu que este episódio não teria nada a ver com a sua admissão.

Na Tabela 5 estão expostos os resultados relativamente às primeiras três questões do AUDIT (AUDIT-C). Os dados obtidos não revelam qualquer alteração na avaliação antes e após intervenção em relação à frequência do consumo de bebidas alcoólicas. As alterações observadas foram a nível da quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas e frequência dos consumos excessivos. Antes da intervenção os nove participantes consumiam bebidas alcoólicas acima do padrão recomendado, contudo após a intervenção e apesar de cinco ainda apresentarem um consumo não recomendado diminuíram esse mesmo consumo. Quatro participantes após a intervenção consumem álcool em quantidades consideradas de baixo risco. Seis participantes relataram que apresentaram episódios excessivos de consumo de álcool contudo, após a intervenção apenas dois mantêm esse tipo de consumo. A Tabela 5 apresenta a evolução da amostra perante as três primeiras questões do AUDIT. De forma global, verificamos uma diminuição da quantidade e de consumos excessivos por parte dos participantes após a intervenção realizada.

Tabela 5 - Caraterização da amostra relativamente ao consumo de álcool quanto à frequência de consumo, quantidade e frequência de consumos excessivos.

Questões AUDIT	Respostas	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Nº	%	Nº	%
1 - Com que frequência consome bebidas alcoólicas?	Nunca	0	0	0	0
	Uma vez por mês ou menos	0	0	0	0
	Duas a quatro vezes por mês	0	0	0	0
	Duas a três vezes por semana	0	0	0	0
	Quatro ou mais vezes por semana	9	100	9	100
2 - Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	Uma ou duas	0	0	4	44,4
	Três ou quatro	4	44,4	4	44,4
	Cinco ou seis	4	44,4	1	11,1
	De sete a nove	1	11,1	0	0
	Dez ou mais	0	0	0	0
3 - Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	Nunca	2	22,2	7	77,8
	Menos de uma vez por mês	4	44,4	2	22,2
	Pelo menos uma vez por mês	2	22,2	0	0
	Pelo menos uma vez por semana	1	11,1	0	0
	Diariamente ou quase diariamente	0	0	0	0

Relativamente aos sintomas de dependência (Tabela 6) não houve qualquer tipo de

alteração com a intervenção realizada. Dois participantes reportaram consumos durante a manhã. Contudo mantiveram este tipo de consumo apesar da intervenção realizada. A restante amostra não revela sintomas de dependência antes e após a intervenção.

Tabela 6 -Caraterização da amostra relativamente aos sintomas de dependência.

Questões AUDIT	Respostas	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Nº	%	Nº	%
4 - Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	Nunca	9	100	9	100
	Menos de uma vez por mês	0	0	0	0
	Pelo menos uma vez por mês	0	0	0	0
	Pelo menos uma vez por semana	0	0	0	0
	Diariamente ou quase diariamente	0	0	0	0
5 - Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?	Nunca	9	100	9	100
	Pelo menos uma vez por mês	0	0	0	0
	Pelo menos uma vez por mês	0	0	0	0
	Pelo menos uma vez por semana	0	0	0	0
	Diariamente ou quase diariamente	0	0	0	0
6 -Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	Nunca	7	77,8	7	77,8
	Pelo menos uma vez por mês	1	11,1	1	11,1
	Pelo menos uma vez por mês	1	11,1	1	11,1
	Pelo menos uma vez por semana	0	0	0	0
	Diariamente ou quase diariamente	0	0	0	0

Um participante reportou sentimentos de culpa após beber, mas sem alteração após a intervenção (Tabela 7). Três participantes referiram *Black-outs* devido ao seu consumo, contudo sem alterações com a intervenção realizada. Relativamente às consequências para os outros e a preocupação deste perante os consumos de álcool apresentados, três participantes reportaram os consumos como poucos frequentes. Mais uma vez, não se observaram alterações decorrentes da intervenção realizada.

Tabela 7- Caraterização da amostra quanto às consequências do consumo de álcool.

Questões AUDIT	Respostas	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Nº	%	Nº	%
7 - Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido?	Nunca	8	88,9	8	88,9
	Menos de uma vez por mês	1	11,1	1	11,1
	Pelo menos uma vez por mês	0	0	0	0
	Pelo menos uma vez por semana	0	0	0	0
	Diariamente ou quase diariamente	0	0	0	0
8 - Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?	Nunca	6	66,7	6	66,7
	Pelo menos uma vez por mês	2	22,2	2	22,2
	Pelo menos uma vez por mês	1	11,1	1	11,1
	Pelo menos uma vez por semana	0	0	0	0
	Diariamente ou quase diariamente	0	0	0	0
9 - Já alguma vez ficou ferido ou alguém ferido por você ter bebido?	Não	6	66,7	6	66,7
	Sim, mas não nos últimos 12 meses	3	33,3	3	33,3
	Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	0	0	0	0
10 - Já alguma vez um familiar, amigo, médico, ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	Não	6	66,7	6	66,7
	Sim, mas não nos últimos 12 meses	2	22,2	2	22,2
	Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	1	11,1	1	11,1

A Tabela 8 compara a evolução da amostra antes e após a intervenção. Antes da intervenção sete (77,8%) dos participantes situavam-se na zona de risco II (66,7%) e III (11,1%) e após a intervenção quatro (44,4%) se encontram na zona II. Os restantes elementos da amostra (55,6%) encontram-se na zona de risco I.

Tabela 8- Relação da amostra antes e após Intervenções Breves quanto às zonas de risco.

	Avaliação Inicial		Avaliação Final	
	Nº	%	Nº	%
Zona I (0-7)	2	22,2	5	55,6
Zona II (8-15)	6	66,7	4	44,4
Zona III (16-19)	1	11,1	0	0

Para o tratamento estatístico dos dados obtidos, foram selecionados os testes não paramétricos de Wilcoxon por permitir a análise de duas condições diferentes no mesmo grupo de sujeitos e pelas variáveis serem ordinais e contínuas, em amostra emparelhada (Pestana e Gageiro, 2008).

Os dados obtidos revelam que sete participantes reduziram a zona de risco e dois participantes se mantiveram na zona de risco anterior à intervenção. Estes resultados são estatisticamente significativos (Z= -2,388; p= 0,017) porque apresentaram um efeito positivo na redução do nível de risco associada à intervenção realizada (Tabela 9).

Tabela 9 -Evolução da amostra relativamente à zona de risco, antes e após Intervenções Breves.

	Postos	Frequências	Z	p
Zona de risco final* Zona de risco inicial (n=9)	Negativos	7[a]	- 2,388[b]	0,017
	Positivos	0[b]		
	Empates	2[c]		

[a] Score Total_depois<scoreTotal_antes
[b] Score Total_depois>scoreTotal_antes
[c] Score Total_depois=scoreTotal_antes

De seguida iremos proceder à comparação em cada questão do AUDIT, relativamente aos postos negativos, positivos e empates, segundo teste de Wilcoxon. Uma vez que já referimos que as alterações apresentadas em AUDIT antes e após a intervenção foram apenas na quantidade de bebidas ingeridas e na frequência de consumos excessivos, destacamos a Tabela 10. A Tabela 11, não revela alterações sobre os itens do AUDIT, contudo consideramos pertinente a sua colocação para documentar os dados registados.

Tabela 10 -Evolução da amostra quanto à caraterização dos consumos antes e após Intervenção Breve

Questões AUDIT	Teste Wilcoxon Avaliação Antes e Após (n=9)			
	Postos	Frequências	Z	p
1 - Com que frequência consome bebidas alcoólicas?	Negativos	0[a]	0,000[b]	1,000
	Positivos	0[b]		
	Empates	9[c]		
2 - Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	Negativos	6[d]	-2,264[d]	0,024
	Positivos	0[e]		
	Empates	3[f]		
3 - Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	Negativos	7[g]	-2,414[d]	0,016
	Positivos	0[h]		
	Empates	2[i]		

[a] AUDIT_1pos < AUDIT_1
[b] AUDIT_1pos > AUDIT_1
[c] AUDIT_1pos = AUDIT_1
[d] AUDIT_2pos < AUDIT_2
[e] AUDIT_2pos > AUDIT_2
[f] AUDIT_2pos = AUDIT_2
[g] AUDIT_3pos < AUDIT_3
[h] AUDIT_3pos > AUDIT_3
[i] AUDIT_3pos = AUDIT_3

A frequência do consumo de bebidas alcoólicas não revelou nenhuma alteração após a intervenção. Seis participantes diminuíram a quantidade de bebidas ingeridas (p=0,024) e três permaneceram sem alterações. A frequência de consumos excessivos também reduziu no caso de sete indivíduos (p=0,016), permanecendo dois deles sem alteração da intervenção realizada.

Tabela 11 - Evolução da amostra quanto aos sintomas de dependência e às consequências do consumo antes e após Intervenção Breve.

Questões AUDIT	Teste Wilcoxon Avaliação Antes e Após (n=9)			
	Postos	Frequências	Z	p
4 - Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	Negativos	0[a]	0,000[b]	1,000
	Positivos	0[b]		
	Empates	9[c]		
5 - Nos últimos 12 meses, com que frequência não consegui cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?	Negativos	0[d]	0,000[b]	1,000
	Positivos	0[e]		
	Empates	9[f]		
6 -Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	Negativos	0[g]	0,000[b]	1,000
	Positivos	0[h]		
	Empates	9[i]		
7 - Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido?	Negativos	0[j]	0,000[b]	1,000
	Positivos	0[k]		
	Empates	9[l]		
8 - Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?	Negativos	0[m]	0,000[b]	1,000
	Positivos	0[n]		
	Empates	9[o]		
9 - Já alguma vez ficou ferido ou alguém ferido por você ter bebido?	Negativos	0[p]	0,000[b]	1,000
	Positivos	0[q]		
	Empates	9[r]		
10 - Já alguma vez um familiar, amigo, médico, ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	Negativos	0[s]	0,000[b]	1,000
	Positivos	0[t]		
	Empates	9[u]		

[a] AUDIT_4pos < AUDIT_4
[b] AUDIT_4pos > AUDIT_4
[c] AUDIT_4pos = AUDIT_4
[d] AUDIT_5pos < AUDIT_5
[e] AUDIT_5pos > AUDIT_5
[f] AUDIT_5pos = AUDIT_5
[g] AUDIT_6pos < AUDIT_6
[h] AUDIT_6pos > AUDIT_6
[i] AUDIT_6pos = AUDIT_6
[j] AUDIT_7pos < AUDIT_7
[k] AUDIT_7pos > AUDIT_7
[l] AUDIT_7pos = AUDIT_7
[m] AUDIT_8pos < AUDIT_8
[n] AUDIT_8pos > AUDIT_8
[o] AUDIT_8pos = AUDIT_8
[p] AUDIT_9pos < AUDIT_9
[q] AUDIT_9pos > AUDIT_9
[r] AUDIT_9pos = AUDIT_9
[s] AUDIT_10pos < AUDIT_10
[t] AUDIT_10pos > AUDIT_10
[u] AUDIT_10pos = AUDIT_10

DISCUSSÃO

Pretendemos com a Discussão elaborar análise e reflexão acerca dos dados obtidos no estudo empírico.

A oportunidade que nos foi dada para realizar este estudo inovador por parte do Hospital é sem dúvida uma componente fundamental para promover conhecimento neste domínio.

A utilização do protocolo adaptado de Barbor & Higgins-Biddle (2001) pelo Projeto Sem Reservas da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra constitui uma mais-valia para a aplicação do estudo. Os recursos previamente disponíveis: guiões de intervenção, panfleto, pesquisa bibliográfica elaborada e o treino do investigador através de sessões de *role play* bem como de aplicação de questionários em cenário de Cuidados Primários, preparou a nossa intervenção no terreno.

A colheita de dados inicial através da utilização do AUDIT-C, foi realizada no momento de triagem dos utentes ao SU, tendo totalizado 215 entrevistas em 15 turnos no mês de Setembro de 2016. Das 215 entrevistas, 13 foram identificados com consumo de álcool com níveis de risco, tendo nove integrado o estudo. Quatro indivíduos foram excluídos: um por óbito no *follow-up* e os restantes três referenciados para tratamento por provável dependência alcoólica, para a consulta de adição do Hospital. Apesar das limitações inerentes ao tamanho da amostra efetuou-se a avaliação da evolução dos indivíduos relativamente ao nível de risco de consumo de álcool.

Perante os resultados da nossa intervenção, obtivemos resultados positivos que confirmam a nossa hipótese de investigação: Os indivíduos sujeitos a Intervenções Breves apresentam uma evolução positiva quanto aos níveis de risco de consumo de álcool assim como seria esperado (Aseltine, 2010; D´Onofrio, *et al*., 2012; Woolard, *et al*., 2013 e Sommers, *et al*., 2013).

Os dados obtidos revelam que sete indivíduos reduziram a zona de risco (77,78%), mantendo-se dois na mesma zona (contudo esses dois indivíduos já se encontravam numa zona de risco I). Houve um efeito positivo na redução da zona de risco associada à intervenção realizada (Z=-2,388; p=0,0017).

A redução do nível de risco, após a intervenção, deve-se à diminuição da quantidade de bebidas ingeridas (Z=-2,264; p=0,024) e a diminuição da frequência dos consumos excessivos (Z=-2,414; p=0,016).

Relativamente às caraterísticas sociodemográficas da amostra, os dados obtidos revelam que o perfil da amostra é ser Homem, com uma idade média de 56,44 anos, com níveis de escolaridade de ensino primário a segundo ciclo, casado e com filhos que está empregado ou reformado. Mais uma vez de encontro com as caraterísticas encontradas na revisão bibliográfica (Cherpitel, *et al*., 2015). Contudo a amostra é totalmente masculina, pelo que colocamos a hipótese de algum fator ter funcionado como limitador na triagem de consumos de risco femininos.

A sociedade em geral revela uma maior tolerância para consumos de álcool pelos homens do que para as mulheres. Antes dos anos 60, não se encontra literatura para os efeitos de consumos de álcool nas mulheres (Hennecke & Fox, 1991). A avaliação negativa por parte dos seus pares, incluindo as próprias mulheres perante as consumidoras de risco de álcool leva a que este assunto seja muito difícil de abordar e identificar (Hennecke & Fox, 1991). Num estudo realizado com grávidas, estas revelaram ansiedade e medo de julgamento por parte dos outros quando revelam os seus verdadeiros consumos de álcool. A maioria respondeu que o tema é muito sensível e que eventualmente não o reportaria quando questionadas (Muggli, *et al*., 2015).

Uma dose padrão de álcool no organismo da mulher é metabolizado de forma diferente que nos homens, produzindo concentrações sanguíneas mais elevadas e variáveis. A mulher tem uma maior probabilidade de desenvolver doenças relacionadas com o consumo de álcool de risco do que os homens (Hennecke & Fox, 1991).

As mulheres tendem a ter um diagnóstico tardio de alcoolismo em relação aos homens porque raramente reconhecem o seu consumo (Petit, 2001). Um estudo de Steele de 1985 (*apud* Petit, 2001) em que se inquiriu um grupo de mulheres em tratamento por dependência alcoólica, apurou que cerca de três quartos não se consideravam dependentes de álcool. Assumir o abuso de álcool por parte das mulheres e avançar para a procura de ajuda é desafiante. Geralmente os sentimentos de vergonha perante os consumos apresentados refletem desconfiança perante os profissionais de saúde. Beckman (1984, *Apud* Petit, 2001), define três obstáculos na procura de tratamento: Individuais, Ligados ao meio e Estruturais.

A vergonha, baixa auto-estima e desprezo por si próprias são os sentimentos mais frequentes referidos pelas mulheres, atrasando obviamente o reconhecimento de um potencial ou real problema. Quando estas recorrem aos serviços de saúde geralmente são diagnosticadas com ansiedade ou depressão por ocultação de hábitos abusivos de álcool.

Os obstáculos ligados ao meio relacionam-se com o papel da mulher no ambiente em que se insere. A procura de ajuda pode ser entendida como um juízo da sua incapacidade como mulher, esposa e mãe. Aliado a este fator, a frequente dependência económica do marido pode ser desencorajadora na procura de tratamento. Um estudo de Wilsnack de 1981 (*apud* Petit, 2001) revelou que 55% das mulheres tinham um cônjuge que abusa de álcool e que ao contrário dos homens, ser casada não funciona como fator protetor.

Os obstáculos estruturais relacionados com a resistência perante o tratamento estão associados aos recursos necessários para aderir a um programa de reabilitação: tempo, custos, implicações com o marido e filhos. Geralmente são fatores que limitam a procura e manutenção de tratamento.

A amostra composta por nove indivíduos que cumpriram os critérios de inclusão é obviamente a grande limitação do estudo, visto que estaríamos à espera de uma amostra consideravelmente mais substancial (Patton, *et al*., 2008; Aseltine, 2010; D´Onofrio, *et al*., 2012 e Drummond, *et al*., 2014).

Todavia, expomos os seguintes pontos que demonstram a percepção como investigadores que ficamos após a realização do estudo:

- Existem muitos indivíduos que foram questionados acerca do seu padrão de consumo de álcool e que terão respondido em função da desejabilidade social não reportando os consumos reais;
- Os indivíduos admitidos no SU mostraram-se surpreendidos quando questionados do consumo de álcool, o que revela que não é habitual que sejam questionados acerca dos seus consumos de álcool por parte dos profissionais de saúde.

Neste registo, alguns estudos revelam que os consumos auto-reportados pelos

indivíduos podem não revelar a real quantidade de álcool ingerido devido à desejabilidade social (Koivunen, Harju, Kauko e Välimäki, 2016). A desejabilidade social tem impacto substancial nas respostas sobre consumos de álcool e/ou drogas bem como na motivação em mudar. Quando questionados acerca dos seus consumos de álcool, os indivíduos tendem a não dar uma resposta real devido a imagem social negativa que têm desses mesmos consumos (Ronzani, *et al*., 2009). Este fenómeno deverá ser tomado em conta na intervenção perante o consumo de risco de álcool, pois a complexidade do tema e dos seus determinantes implica uma abordagem multidimensional (Mortel, 2008). A relutância destes indivíduos em participarem neste estudo que compreende intervenção especializada na área da adição, pode ter funcionado como fator desencorajador pela ligação que estes indivíduos têm que realizar, mesmo quando existe percepção dos efeitos nefastos para a sua saúde decorrentes de consumos abusivos de álcool. Estes indivíduos tendem a sentir-se estigmatizados (Watson, *et al*., 2015).

A desejabilidade social carateriza-se por uma tendência dos sujeitos em adoptar uma postura ou representar um papel que consideram socialmente mais desejável. Os relatos destes vão de encontro com os valores socialmente aceitáveis de forma a evitar a crítica e obter aprovação social. Os comportamentos que sejam socialmente desejáveis influenciam potencialmente os auto-relatos numa visão que sincroniza opiniões, atitudes, valores, tradicionalismo e sentimento de pertença a um grupo (Gouveia, Guerra, Sousa, Santos e Costa, 2009).

Este tipo de respostas é mais provável de ocorrer em questões sociais mais sensíveis, como comportamentos sexuais, violência doméstica e comportamentos aditivos (Mortel, 2008) pois o consumo de substâncias de dependência é uma das condições mais estigmatizante do Mundo inteiro (Smith, *et al*., 2016).

Em Portugal, existem níveis elevados de estigma percebido perante as pessoas com consumos abusivos de álcool (Loureiro, 2013) e isso constitui uma barreira significativa para a triagem e tratamento destas condições (Smith, *et al.*, 2016; Ronzani, *et al.*, 2009).

O impacto da estigmatização nestes indivíduos é negativo e contribui para uma reacção de enfrentamento ou fuga de algumas situações (Ronzani, *et al.*, 2009). A desejabilidade social é um conceito importante mas muitas das vezes negligenciado na investigação do álcool e drogas. Os indivíduos com elevados níveis de influência da desejabilidade

social tendem a reportar padrão de consumo de álcool mais baixo do que apresentam na realidade. Indivíduos com níveis elevados de desejabilidade social tendem a estar relutantes em admitir que têm um problema com o álcool e que precisam de ajuda, mesmo em estudos confidenciais realizados através de computadores (Welte & Russell, 1993; Schell, Chan e Morral, 2006; Davis, Thake e Vilhena, 2010).

Segundo Zemore (2012), os estudos relacionados com saúde terão que ter em conta este aspeto pois a probabilidade de obtenção de dados que não correspondem à realidade podem comprometer a investigação. Este autor refere ainda a necessidade de utilizar métodos de controlo de contaminação da investigação. Algumas escalas foram elaboradas para detetar a desejabilidade social. A mais conhecida é a *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (MCSDS) na qual os sujeitos respondem verdadeiro ou falso a questões de desejabilidade social com frases improváveis. Como por exemplo "Eu nunca deliberadamente disse alguma coisa que magoou os sentimentos de outra pessoa." As pessoas com scores elevados neste questionário têm uma maior necessidade de aprovação social e apresentam maiores probabilidades de se representarem de uma forma positiva. Os scores mais baixos representam o contrário do referido anteriormente. Contudo as escalas que existem atualmente podiam ser mais eficientes pois as que têm sido utilizadas revelam pouca sensibilidade para este fenómeno (Zemore, 2012).

Numa revisão sistemática realizada por Mortel (2008), analisou estudos realizados por enfermeiros nos anos de 2004 a 2005 sobre vários temas de forma a determinar a quantidade de estudos que tinham em conta o conceito de desejabilidade social e se este influenciou os dados obtidos. Na pesquisa realizada o autor verificou que apenas 16% dos estudos utilizaram escalas de avaliação da desejabilidade social e que metade destes comprovou que houve influência deste conceito nos dados obtidos. As respostas dadas pelos participantes são provavelmente mais influenciadas pela desejabilidade social quando são pedidos auto-relatos da sua competência ou de comportamentos socialmente sensíveis como: admissões de violência doméstica, história de detenções, admissões por doença psiquiátrica, controlo de comportamento, violência no namoro, níveis de consumo de drogas e álcool.

Segundo Mortel (2008), as estratégias para lidar com a desejabilidade social deveriam ser:

- Rejeitar dados recolhidos de sujeitos com scores elevados de influência de

desejabilidade social;

- Registar o impacto da desejabilidade social mas não a controlar;
- Corrigir os dados relatados dos sujeitos com scores elevados de influência da desejabilidade social.

A estrutura e capacidade do Hospital de Alcobaça não são comparáveis à maioria dos estudos analisados. Estes são maioritariamente realizadas em Hospitais de grandes dimensões, mais diferenciados, com incentivos monetários para os participantes e com vários profissionais a realizar a intervenção (Aseltine, 2010; D´Onofrio, *et al*., 2012 e Drummond, *et al*., 2014). A falta de uniformização das intervenções realizadas nos estudos analisados apesar das recomendações internacionais serem semelhantes, contribui para uma fraca divulgação das Intervenções Breves sendo o consumo de álcool um problema tão amplamente reconhecido (Havard, *et al*., 2008 e Landy, *et al*., 2016). O facto de não existirem estudos de Intervenções Breves em contexto de urgência na realidade Portuguesa, apesar do aumento preocupante de episódios de consumo de álcool de risco nos nossos SU, contribui para um desconhecimento acerca do fenómeno e para uma intervenção pouco concertada (Carvalho, *et al*., 2016).

A reduzida notificação de consumos de álcool na urgência é transversal a todos os países (Cherpitel, 2009). A OMS preconiza que o aumento da notificação de consumos de álcool na urgência poderá ser conseguido pela criação de uma consciencialização e treino de competências por parte dos profissionais de saúde. Alargar a compreensão do fenómeno e diminuir a tolerância a consumos de álcool de risco, poderá traduzir-se em efeitos positivos (Cherpitel, 2009).

Num estudo realizado em Inglaterra apesar de 73,9% dos profissionais de saúde referirem que ofereciam aconselhamento na redução dos consumos de risco de álcool, 17% destes tinham a acesso a profissionais de saúde especializados nesta área e apenas 2% estavam a usar um instrumento formal de triagem de consumos de álcool (Patton, *et al*.; 2007).

Segundo Cherpitel (2009),existem alguns factores que impedem os profissionais de saúde de documentar lesões provocadas por álcool em utentes admitidos nos SU:

- O álcool não é considerado relevante no SU para os sistemas de registos, apesar de ser do conhecimento dos profissionais que pode ser a razão da vinda à urgência;

- Percepção por parte dos profissionais de saúde que o SU não é o local apropriado para realizar qualquer tipo de intervenção nos consumos de álcool de risco. A carga de trabalho elevada, as instalações sobrelotadas e a falta de tempo podem ser as razões (Nilsen, *et al*.; 2008);
- Implicações médico-legais de notificação de consumos de álcool e a sua complexidade;
- Profissionais de saúde com reduzidas competências na triagem de consumos de álcool de risco;
- Falta de sistemas de suporte para os profissionais de saúde relacionados com a falta de meios e recursos para intervir;
- Os profissionais de saúde acreditam que perguntar aos utentes acerca dos consumos de álcool é ofensivo para estes (Nilsen, *et al*.; 2008);
- Crença dos profissionais de saúde de que as pessoas com problemas relacionados com abuso de álcool não respondem às intervenções (Segatto, Pinsky, Laranjeira, Rezende e Reis Vilela; 2007).

Os profissionais de saúde tendem a demonstrar elevados níveis de moralização perante estes indivíduos, referindo que são doentes difíceis de cuidar. A percepção dos profissionais de saúde é que os utentes com consumo abusivo de álcool são responsáveis pela sua condição em relação aos que sofrem do qualquer outra patologia do foro mental ou de outra em geral (Schomerus, *et al*., 2011). A formação contínua e a uniformização na intervenção poderão ser atitudes que diminuem esta discriminação.

Landy (*et al*., 2015), apontam para potenciais vieses à investigação da eficácia das Intervenções Breves nos SU são:

- Devido à desejabilidade social, os utentes tendem a reportar consumos de álcool menos elevados que na realidade;
- Os utentes que aceitam participar são diferentes daqueles que não consentem em participar no estudo;
- Estádio de mudança onde se encontra o utente sujeito a intervenção;
- Gravidade do seu padrão de consumo;
- Disponibilidade do utente em se comprometer com um profissional de saúde no processo de mudança.

Refletindo sobre a profissão de Enfermagem nesta problemática acreditamos que esta está dotada de competências chave para a realização deste tipo de intervenção. Pensamos ter conseguido estabelecer um quadro teórico bem fundamentado que encontra na visão humanista de Rogers, no Modelo de Mudança de Prochaska e DiClemente e na Entrevista Motivacional de Miller uma ponte de congruência com a Teoria de Meleis. As Intervenções Breves realizadas por enfermeiros no contexto de urgência têm um efeito na redução do consumo de álcool não só porque são um grupo profissional com competências para tal mas porque passam a maioria do seu tempo em contacto direto com os utentes e daí se encontrarem mais atentos a qualquer problema que apresentem (Platt, *et al*., 2016).

A intervenção com os indivíduos com consumos de risco de álcool requer uma visão complexa e multidimensional que seja realizada no momento ideal. Todos os episódios de urgência relacionados com consumos de álcool representam um evento crítico que pode aumentar a motivação para mudar um padrão de consumo de risco. Desperdiçar esta janela de oportunidade diminui a capacidade de intervir perante este grave problema (Havard, *et al*., 2008).

Essa janela de oportunidade refletiu-se num dos indivíduos da amostra que foi submetido a Aconselhamento Breve. Após triagem com AUDIT, este apresentava score que o situava na zona de risco III. Segundo protocolo de Intervenções Breves adoptado, foi avaliado a seu estádio motivacional no qual revelou se inserir no de precontemplação. Após a intervenção e avaliação três meses após e em entrevista, demostrou ambivalência perante os seus consumos de álcool pelo que consideramos que se insere no estádio motivacional de contemplação. A admissão deste indivíduo no SU, que teve origem por episódio de intoxicação etanólica, sugere que a admissão tenha funcionado como um evento crítico que por processo de *feedback* e ensino com técnicas de entrevista motivacional poderão ter criado condições para se tornar ambivalente. Apesar de recusar a referenciação no *follow-up* este indivíduo insere-se agora na zona de risco II, tendo reportado uma diminuição efetiva no seu consumo de álcool.

Após a realização deste trabalho e no futuro, sugerimos a elaboração de estudos que tenham em consideração as limitações apresentadas. Estas são consideráveis, no entanto, os resultados são positivos nos sujeitos que foram submetidos a intervenção. Assim como foi descrito, a aposta na formação das equipas multidisciplinares dos SU

poderá ser vantajosa na implementação de protocolos de triagem e assim aceder a mais indivíduos cujo padrão de consumo de álcool seja de risco (Patton, *et al*.; 2007; Havard, *et al*., 2008; Cherpitel, 2009 e Landy, *et al*., 2016).

No futuro, a uniformização de protocolos de intervenção dos SU portugueses, perante os consumos de risco de álcool, poderá ser uma medida importante na obtenção de resultados positivos, visto que uma das razões apontadas para as reservas em adoptar protocolos tipo SBIRT, deve-se à falta de homogeneidade da ação implementada (Havard, *et al*., 2008 e Landy, *et al*.; 2016).

Em termos de investigação, sugerimos que este tipo de estudos seja realizado numa escala diferente: maior tempo de avaliação da intervenção até 12 meses, investigação com grupo de controle, maior número de investigadores e de serviços de estudo. Uma vez que no nosso estudo isso não foi executável devido aos recursos limitados disponíveis.

Assim como foi descrito, para estudar este fenómeno, e numa futura investigação, devem-se considerar a realização de alguns procedimentos que permitam reduzir os efeitos negativos da desejabilidade social, como a introdução de escalas de avaliação de impacto social (Mortel, 2008; Zemore, 2012).

As caraterísticas dos SU: grande afluência de utentes, carga elevada de trabalho, instalações sobrelotadas e a falta de tempo (Nilsen, *et al*., 2008) parecem ser fatores desencorajadores para a introdução de protocolos tipo SBIRT. Contudo manter intervenções simples e orientadas para a referenciação faz a diferença na motivação e consciencialização dos utentes com problemas relacionados com o consumo excessivo de álcool e os que os rodeiam (Welte, *et al*., 1993; Schell, *et al*., 2006; Davis, *et al*., 2010). Na grande maioria das vezes, os consumidores de álcool de risco, recebem o mesmo tipo de cuidados que os restantes. Não existe nenhum tipo de intervenção protocolada para este grupo e muitas vezes o consumo prévio de bebidas alcoólicas antes da admissão não assume qualquer tipo de importância (Koivunen, *et al*., 2016). A criação de um protocolo de intervenção com fluxograma no SU poderá constituir uma medida eficaz na intervenção com indivíduos com consumos de álcool de risco, não só na aplicação de Intervenções Breves mas na referenciação para outros serviços. A maior importância do estudo que desenvolvemos é que triar potenciais consumos de álcool e conetar os utentes com um plano de mudança constitui o primeiro passo para a

reabilitação. Devido ao SU demostrar constrangimentos de descontinuidade na acção com os utentes, sugerimos a criação de parcerias com os próprios Serviços de Saúde Mental e Social do Hospital e com as restantes entidades de saúde externas ao Hospital quer sejam primárias, secundárias ou terciárias.

A sensibilização para esta problemática pretende criar condições para que aqueles que apresentam problemas relacionados com consumos de álcool de risco considerarem que o SU é um local adequado para relatarem os reais consumos de álcool apresentados sem risco de estigma e com garantia de confidencialidade.

CONCLUSÃO

Este estudo surgiu no âmbito do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Teve por objetivo avaliar o efeito das Intervenções Breves nos utentes admitidos no SU do Hospital de Alcobaça.

O protocolo de intervenção utilizado no estudo foi o preconizado pela OMS e pela DGS apesar das adaptações realizadas devidamente fundamentadas e testadas em estudos prévios realizados no âmbito da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O estudo foi pré-experimental com amostra composta por utentes admitidos no SU com critérios de inclusão cumpridos em dois momentos distintos: primeiro com a avaliação inicial e intervenção a Setembro de 2016 e o segundo com a avaliação final, em Dezembro de 2016 (três meses após) através de entrevista telefónica.

A avaliação da intervenção foi realizada através de comparação entre os resultados do AUDIT antes e após a intervenção.

A amostra carateriza-se por ser composta na sua totalidade por indivíduos do sexo masculino.

O estudo elaborado sugere que as Intervenções Breves têm um efeito positivo nos consumos nocivos e de risco de álcool no SU. Houve um efeito positivo na redução da zona de risco associada à intervenção realizada.

A redução do nível de risco, após a intervenção, deve-se à diminuição da quantidade de bebidas ingeridas e à diminuição da frequência dos consumos excessivos.

A reduzida amostra é, sem dúvida, a limitação mais considerável no nosso estudo com implicações para a sua generalização.

Após reflexão da razão pela qual a nossa amostra ser tão pequena, encontramos em pesquisa bibliográfica realizada, o conceito de desejabilidade social. Este fenómeno descrito na literatura, consiste na tendência dos indivíduos em reportarem padrão de consumo de álcool mais baixo do que apresentam na realidade pois desejam adoptar uma postura socialmente mais desejável. Sendo que o socialmente desejável é não

apresentar problemas relacionados com o álcool, devido ao estigma implícito a esta problemática. Este fenómeno poderá também ser a razão da amostra ser na totalidade composta por indivíduos do sexo masculino.

As dificuldades estruturais e organizacionais do SU, assim como descritas noutros estudos, não permitiram as condições ideais para a realização do estudo.

Em termos de investigação, pensamos que alargar o tempo de avaliação das intervenções realizadas, aumentar o número de investigadores bem como de SU em estudo podem providenciar a evidência significativa que as Intervenções Breves são eficazes neste contexto.

A formação das equipas multidisciplinares e a criação de protocolo de intervenção para este SU na redução de consumos de álcool de risco poderá levar a prestação de cuidados de qualidade a este tipo de indivíduos. A formação de parcerias quer sejam elas internas ou externas que permitam referenciar indivíduos com consumos de álcool de risco vão permitir que a ligação que se estabelece com estes indivíduos permita que estes iniciem uma transição com maiores probabilidades de sucesso.

Pensamos que faz todo o sentido as Intervenções Breves sejam praticadas pelos enfermeiros, uma vez que estes possuem de competências com base teórica fundamentada e visão multidimensional essencial para a sensibilidade e complexidade que esta problemática exige.

Na nossa óptica, o estudo pretende humanizar e dignificar o indivíduo, potenciando a melhor resposta em saúde possível aos utentes admitidos no SU.

Estamos seguros que o investimento realizado no nosso estudo, apesar das limitações apresentadas, contribuiu para ganhos em saúde para os indivíduos que compõem a amostra e os que os rodeiam. Consideramos que este será o ponto de partida para a realização de mais estudos que farão a melhoria da intervenção perante este tipo de indivíduos.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association *(APA). (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais***.** 5ª Edição. Climepsi Editores.

Anderson, P., Braddick, F., Reynolds, J., & Gual, A. (2012).*Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. The AMPHORA project. Recuperado de: http://amphoraproject. net/view. php.

Aseltine, E. S. R. (2010). The impact of screening, brief intervention and referral for treatment in emergency department patients' alcohol use: a 3-, 6-and 12-month follow-up. *Alcohol and alcoholism* (Oxford, Oxfordshire), 45(6), 514.

Babor, T., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Intervenções breves: Para o Consumo de Risco e Nocivo de Bebidas Alcoólicas; Manual para Utilização nos Cuidados Primários de Saúde*. Organização Mundial de Saúde.

Barroso, T. M. M. D. A. (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.

Barroso, T. M., Rosa, N. R., Jorge, F. M., & Gonçalves, C. S. (2012*).* Drinking among adolescents and young adults: Outcome of brief intervention. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, *36*, 131A.

Câmara Municipal de Alcobaça. (2017). *Plataforma do Observatório Social*. Recuperado de: http://redesocialalcobaca.wixsite.com/observatoriosocial/enquadramento

Carvalho, A., Mateus, P., Xavier, M. (2015). *Portugal Saúde Mental em Números, 2014*. Portugal Saúde Mental em Números, 2014, 5-96.

Carvalho, A., Mateus, P., Xavier, M. (2016). *Portugal Saúde Mental em Números, 2015*. Portugal Saúde Mental em Números, 2015, 5-113.

Cherpitel, C. J. (Ed.). (2009). *Alcohol and injuries: emergency department studies in an international perspective.*World Health Organization.

Cherpitel, C. J., & Cherpitel, C. J. (2007). Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies since 1995. *Drug and alcohol review*, *26*(2), 201-214.

Cherpitel, C. J., Ye, Y., Moskalewicz, J., &Świątkiewicz, G. (2015). Does brief intervention work for heavy episodic drinking? A comparison of emergency department patients in two cultures. *Alcoholism and Drug Addiction*, *28*(3), 145-162.

Davis, C. G., Thake, J., &Vilhena, N. (2010). Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive behaviors*, *35*(4), 302-311.

Direção-Geral da Saúde (2014).*Circular Normativa nº30/2012* atualizada a 18/12/2014**.** (2014).. Lisboa. Portugal. Disponível em: http://www.dgs.pt/normas-clinicas.aspx

D'onofrio, G., Fiellin, D. A., Pantalon, M. V., Chawarski, M. C., Owens, P. H., Degutis, L. C., ... &O'connor, P. G. (2012). A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department patients. *Annals of emergency medicine*, *60*(2), 181-192.

Drummond, C., Deluca, P., Coulton, S., Bland, M., Cassidy, P., Crawford, M., & McGovern, R. (2014). The effectiveness of alcohol screening and brief intervention in emergency departments: a multicentre pragmatic cluster randomized controlled trial. *PLoS One*, *9*(6), e99463.

Eichler, A., Grunitz, J., Grimm, J., Walz, L., Raabe, E., Goecke, T. W., ...& Fasching, P. A. (2016). Did you drink alcohol during pregnancy? Inaccuracy and discontinuity of women's self-reports: On the way to establish meconium ethyl glucuronide (EtG) as a biomarker for alcohol consumption during pregnancy. *Alcohol*, *54*, 39-44.

Ercole, F. F., Melo, L. S. D., & Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, *18*(1), 9-12.

Fahy, P., Croton, G., & Voogt, S. (2011). Embedding routine alcohol screening and brief interventions in a rural general hospital. *Drug and alcohol review*, *30*(1), 47-54.

Forsythe, M., & Lee, G. A. (2012). The evidence for implementing alcohol screening and intervention in the emergency department–Time to act. *International Emergency*

Nursing, *20*(3), 167-172.

Gouveia, V. V., Guerra, V. M., Sousa, D. M. F. D., Santos, W. S., & Costa, J. D. M. (2009). Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne: evidências de sua validade fatorial e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, *8*(1), 87-98.

Havard, A., Shakeshaft, A., & Sanson-Fisher, R. (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, *103*(3), 368-376.

Hennecke, L; Fox, V.(1991). *Alcoolismo.* Porto Alegre. Artes Médicas.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2014). Recuperado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt

Koivunen, M., Harju, S., Kauko, T., & Välimäki, M. (2016). Alcohol risk drinking, quality of life and health state among patients treated at the Sobering Unit in the emergency department–One year follow-up study. *International emergency nursing*.

Landy, M. S., Davey, C. J., Quintero, D., Pecora, A., & McShane, K. E. (2016). A systematic review on the effectiveness of brief interventions for alcohol misuse among adults in emergency departments. *Journal of substance abuse treatment*, *61*, 1-12.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, *367*(9509), 528.

Loureiro, L. M. (2013). Estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e intenção de procura de ajuda. *Revista de Enfermagem Referência*, (11), 59.

Marques, A. C. P. R., & Furtado, E. F. (2004). Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26, pp.28-32.

Marques, M. (1997). *Marcos transhistóricos do álcool*. Porto. Edição L. Lepori Lda.

McMurran, M., Robertson, E., Coffey, F., & Miller, P. (2013). The profile of risky single occasion drinkers presenting at an Emergency Department. *Journal of Substance Use*, *18*(6), 484-491.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Spriger Publishing Company. New York.

Melo, M. L. M., Barrias, J., & da Silva Breda, J. J. R. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde. ISBN 972-9425-93-0

Miller, W. (1998). *Enhancing Motivation for Change*. *Treating Addictive Behaviors. Applied Clinical Psychology.* New York. Plenum Press. 2nd ed. ISBN 0-306-45852-7

Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1993). *Motivating young adults for treatment and lifestyle change. (Issues in alcohol use and misuse in young adults).* Notre Dame: University of Notre Dame Press.

Minto, E. C., Corradi-Webster, C. M., Gorayeb, R., Laprega, M. R., & Furtado, E. F. (2007). Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *16*(3), 207-220.

Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, *25*(4), 40.

Muggli, E., Cook, B., O'Leary, C., Forster, D., & Halliday, J. (2015). Increasing accurate self-report in surveys of pregnancy alcohol use. *Midwifery*, *31*(3), e23-e28.

Nilsen, P., Baird, J., Mello, M. J., Nirenberg, T., Woolard, R., Bendtsen, P., & Longabaugh, R. (2008). A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *Journal of substance abuse treatment*, *35*(2), 184-201.

Oliveira, M.; Laranjeira, R. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*; Porto Alegre. Artmed; ISBN 85-363-0289-5

Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.*10ª Revisão. Editora da Universidade de São Paulo.

Patrício, S. M., Finnell, D. S., & Barroso, T. (2016). Efeito das intervenções breves na redução do consumo de álcool em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência humana. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(11), 41.

Patton, R., Strang, J., Birtles, C., & Crawford, M. J. (2007). Alcohol: a missed opportunity. A survey of all accident and emergency departments in England. *Emergency Medicine Journal*, *24*(8), 529-531.

Pestana, M.; Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS*. 5º Edição. Lisboa. Edições Silabo.

Petite, C. (2001). *O Alcoolismo feminino na sua abordagem em Psiquiatria. Obstáculos e particularidades que podem guiar a intervenção. O alcoólico em Família.* CLIMEPSI Editores. 1ª Edição. Lisboa. ISBN 972-796-029-4

Platt, L., Melendez-Torres, G. J., O'Donnell, A., Bradley, J., Newbury-Birch, D., Kaner, E., & Ashton, C. (2016). How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ open*, *6*(8), e011473.

PNRCAD. (2013). *Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Primeira Epístola aos Coríntios 11,23-25. (1976). *Bíblia Sagrada*. Edição Comemorativa da Sua Santidade João Paulo II a Portugal. Imprimatur.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. (1998).*Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change – Stages of Change and Additive Behaviors. Treating Addictive Behaviors.* Applied Clinical Psychology. New York. Plenum Press.2nd ed. ISBN 0-306-45852-7

Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*; Psicologia e Pedagogia. 7º Edição. Moraes Editores. Lisboa.

Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, *59*(4), 326-332.

Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social science & medicine*, *69*(7), 1080-1084.

Rosa, N. R. P., Abreu, Â. M. M., & de Andrade Barroso, T. M. M. D. (2015). Efeito das intervenções breves na redução do consumo de risco nos utentes em tratamento com metadona. *Revista de Enfermagem Referência*, (6), 27.

Russell, M., Martier, S. S., Sokol, R. J., Mudar, P., Bottoms, S., Jacobson, S., & Jacobson, J. (1994). Screening for pregnancy Risk-Drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *18*(5), 1156-1161.

Schaus, J. F., Sole, M. L., McCoy, T. P., Mullett, N., & O'Brien, M. C. (2009). Alcohol screening and brief intervention in a college student health center: a randomized controlled trial. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs. Supplement*, (16), 131-141

Schell, T. L., Chan, K. S., & Morral, A. R. (2006). Predicting DUI recidivism: Personality, attitudinal, and behavioral risk factors. *Drug and alcohol Dependence*, *82*(1), 33-40.

Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., &Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, *46*(2), 105-112.

Schomerus, G., Matschinger, H., Lucht, M. J., & Angermeyer, M. C. (2014).Changes in the perception of alcohol-related stigma in Germany over the last two decades. *Drug and alcohol dependence*, *143*, 225-231.

Schuckit, M.(1998). *Abuso de álcool e drogas.Alcolismo e Toxicomanias Modernas 2*. CLIMEPSI Editores. 1ª Edição. Lisboa. ISBN 972-97250-7-1

Segatto, M. L., Pinsky, I., Laranjeira, R., Rezende, F. F., & dos Reis Vilela, T. (2007). Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios Screening and brief intervention on alcoholic patients attended on emergency rooms. *Cad. Saúde Pública*, *23*(8), 1753-1762.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências (SICAD) (2013).

Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências. Lisboa.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências (SICAD) (2014*). A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.* Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências: Divisão de Estatística e Investigação e Divisão de Informação e Comunicação. Lisboa.

Shield, K. D., Parry, C., & Rehm, J. (2013). Focus on: Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res*, *85*, 2.

Simioni, N., Rolland, B., & Cottencin, O. (2015). Interventions for increasing alcohol treatment utilization among patients with alcohol use disorders from emergency departments: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, *58*, 6-15.

Smith, L. R., Earnshaw, V. A., Copenhaver, M. M., & Cunningham, C. O. (2016). Substance use stigma: Reliability and validity of a theory-based scale for substance-using populations. *Drug and alcohol dependence*, *162*, 34-43.

Sommers, M. S., Lyons, M. S., Fargo, J. D., Sommers, B. D., McDonald, C. C., Shope, J. T., & Fleming, M. F. (2013). Emergency department–based brief intervention to reduce risky driving and hazardous/harmful drinking in young adults: a randomized controlled trial. *Alcoholism: clinical and experimental research*, *37*(10), 1753-1762.

Spanagel, R., & Heilig, M. (2005). Addiction and its brain science. *Addiction*, *100*(12), 1813-1822.

Watson, J. M., Fairhurst, C., Li, J., Tober, G., Crosby, H., Lloyd, C., ...& Parrott, S. (2015). ADAPTA: A pilot randomised controlled trial of an alcohol-focused intervention versus a healthy living intervention for problem drinkers identified in a general hospital setting. *Drug and alcohol dependence*, *154*, 117-124.

Welte, J. W., & Russell, M. (1993). Influence of socially desirable responding in a study of stress and substance abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *17*(4), 758-761.

Wojnar, M., & Jakubczyk, A. (2014). Brief interventions for hazardous and harmful alcohol consumption in accident and emergency departments. *Frontiers in psychiatry*, *5*, 152. doi:10.3389/fpsyt.2014.00152

Woolard, R., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T., Lee, C. S., Mello, M. J., & Becker, B. (2013). Project reduce: reducing alcohol and marijuana misuse: effects of a brief intervention in the emergency department. *Addictive behaviors*, *38*(3), 1732-1739.

World Health Organization.(2014). *Global status report on alcohol and health 2014*.World Health Organization.

Zemore, S. E. (2012). The effect of social desirability on reported motivation, substance use severity, and treatment attendance. *Journal of substance abuse treatment*, *42*(4), 400-412.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Resumo da revisão integrativa

Estudo	Participantes	Intervenções/Comparações	Resultados	Comentários
1.Eficácia da triagem por pessoal da admissão do S.U. (Patton, *et al*., 2007)	Todos os utentes admitidos em dois S.U. no Norte de Londres no período de estudo (*n*=2000)	Durante 10 dias (24 horas) os recepcionistas distribuíram uma versão modificada do AUDIT-C a todos os utentes admitidos com idade superior a 18 anos (auto-preenchimento). A equipa de admissão não teve nenhum tipo de formação. Os participantes eram voluntários e não tinham dados pessoais de identificação. Para além do AUDIT-C o questionário continha uma quarta questão sobre se o utente admitido pensa que o que levou à urgência estará relacionado com consumo de álcool. Os questionários preenchidos eram recolhidos pelo enfermeiro da triagem ou pelo médico na consulta. Durante o período de estudo estavam disponíveis panfletos de prevenção de abuso de álcool na sala de espera.	Cerca de 56% dos questionários foram entregues. Não existem resultados para os admitidos que não entregaram o questionário. Para todos os utentes admitidos que obtiveram score de 3 no AUDIT-C e todos aqueles que responderam que o seu episódio de urgência estaria relacionado com consumo de álcool foram identificados como consumidores de risco. Os que obtiveram um score de 7 foram identificados como potenciais dependentes de álcool. 42,5% identificados como consumidores de risco 14% foram identificados com provável dependência. 7,7% respondeu que a vinda à urgência estava relacionada com o consumo de álcool. Não existem diferenças significativas na proporção de Homens e Mulheres e o seu padrão de consumo.	A percentagem de questionários preenchidos e entregues revela uma satisfatória aceitação por parte dos utentes admitidos. Este estudo demostra que a informação obtida antes da consulta médica pode ser incorporada no planeamento da intervenção. A sustentabilidade desta intervenção permanece incerta.
2. O impacto do SBIRT no S.U. (Aseltine, 2010)	1132 adultos de 14 S.U. nos E.U.A.	Estabeleceram 2 grupos: controle e de intervenção. O primeiro sujeito a triagem e fornecida uma lista escrita de recursos de referenciação. O segundo grupo foi submetido a protocolo SBIRT. Em ambos a triagem foi realizada pelo *National Alcohol Screening Day* (NASD). Foi realizada nova avaliação 2, 6 e 12 meses após a primeira intervenção pelo telefone. Para além do padrão de consumo de álcool todos os participantes foram questionados acerca de informação demográfica.	Não houve diferenças significativas em relação ao género e informação demográfica e ao padrão de consumo de álcool apurado. Os sujeitos submetidos a SBIRT reportaram consumirem menos 3 bebidas padrão em média que em relação com o grupo controle nos 3 meses após primeira avaliação. Na avaliação aos 6 e 12 meses não houve impacto significativo dos sujeitos a protocolo SBIRT e o grupo de controle.	Todos os sujeitos da amostra tiveram incentivo monetário de participação no estudo. Resultados muito significativos perante a eficácia do protocolo SBIRT no *follow-up* aos 3 meses.
3.Eficácia da Intervenção breve sobre consumo de risco de álcool no S.U. (D'Ónofrio, et al., 2012)	Utentes admitidos num S.U. maiores que 18 anos, identificados como consumidores de risco e nocivos pelo AUDIT (indivíduos com provável dependência referenciados para serviços especializados).	Divididos em três grupos: • Sujeitos a intervenção breve, • Sujeitos a intervenção breve com sessão extra 1 mês após através telefone, • Cuidado standart, sem intervenção. O grupo 3 foi avaliado em 12 meses após a intervenção seleccionada através de telefone interativo. Os grupos 1 e 2 foram avaliados a 6 e 12 meses após a intervenção seleccionada através de telefone interativo.	Os 3 grupos apresentaram uma redução no consumo de álcool ao longo do estudo. A redução do número de bebidas por semana e episódios de *binge drinking* foram mais significativos nos grupos 1 e 2. Sem diferenças significativas dos grupos 1 e 2. Maior redução de consumo para os maiores que 26 anos dos grupos 1 e 2.	Todos os sujeitos da amostra tiveram incentivo monetário de participação no estudo. Sessão extra após 1 mês da intervenção sem benefícios adicionais em relação à intervenção simples. Para os indivíduos dos 18 e 26 anos as intervenções adoptadas não são tão eficazes.

Estudo	Participantes	Intervenções/Comparações	Resultados	Comentários
4. Projecto Reduce: Reduzir consumos de risco de marijuana e álcool num S.U. dos E.U.A. (Woolard, *et al.*; 2013)	Utilizadores de um S.U. em Rhode Island (E.U.A.) divididos em 2 grupos.	A população do estudo foi dividida em grupo controle e grupo de intervenção, sendo estes: • Só triagem e tratamento médico de urgência, • Triagem e intervenção breve. Todos os grupos foram avaliados 3 e 12 meses após a intervenção selecionada através de telefone. A seleção da população em estudo foi realiza por questionário Wellness, e mais tarde aplicado o AUDIT. Outros questionários foram aplicados na área do consumo de drogas. A população da amostra foi questionada acerca de informações demográficas.	1034 indivíduos cumpriam os critérios de inclusão mas 554 recusaram participar no estudo. Não houve diferenças significativas em relação ao género e informação demográfica e ao padrão de consumo de álcool apurado. Existem diferenças significativas entre o grupo de controlo e de intervenção. O grupo sujeito a intervenção breve reportou após 3 e 12 meses da intervenção menos consumos, consequências negativas e lesões. O grupo sujeito a intervenção teve também uma redução significativa no *binge drinking* e consumo de marijuana.	Cerca de 67% dos indivíduos recusaram participar e os investigadores não sabem porquê.
5.Eficácia da intervenção breve na redução da condução e consumo de álcool de risco em jovens adultos. (Sommers,. *et al.;* 2013)	Utentes dos 18 aos 44 anos admitidos num S.U. de Ohio (E.U.A) por doença ou trauma das 8:00 às 2:00 horas em dias aleatórios. Seleção da amostra com aplicação de questionário próprio com duração de 3 minutos acerca de comportamentos de condução, consumo de álcool e outros tópicos de saúde.	O tipo de consumo apresentado avaliado por AUDIT. Factores de exclusão da amostra: • Não terem residência ou número de telefone, • Na altura da admissão ao S.U. estarem sob prisão ou internamento, • Barreiras cognitivas e linguísticas, • Com provável dependência alcoólica por avaliação do AUDIT (referenciados para serviços especializados). Amostra dividida em 3 grupos: • Sujeitos a intervenção breve segundo protocolo SBIRT com nova intervenção telefónica 10 a 14 dias após alta, • Sujeitos a triagem mas sem intervenção, • Cuidado standart, sem triagem ou intervenção. Todos os grupos foram avaliados 3,6, 9 e 12 meses após admissão.	Não houve diferenças significativas em relação ao género e informação demográfica e ao padrão de consumo de álcool apurado. O grupo 1 demostrou uma redução significativa de condução de risco aos 3, 6 e 9 meses em relação aos restantes grupos. Grupo 1 com redução significativa a 3 e 6 meses no número de bebidas consumidas por dia em relação aos restantes (grupo 1 20% e grupo 2 10% de redução de consumo de álcool). Sem resultados significativos após os 6 meses para o grupo 1 e 2. Para o grupo 1 houve também uma diminuição significativa no consumo de bebidas antes de conduzir e de *binge drinking* até aos 6 meses. Os investigadores concluíram que realizar apenas triagem não é uma intervenção suficiente para mudar a condução e consumo de álcool de risco.	Todos os sujeitos da amostra tiveram incentivo monetário de participação no estudo. Uma das limitações apontadas neste estudo foi o facto de 22% dos indivíduos terem recusado participar que poderá ser devido a dores e cansaço derivada da admissão ao S.U.

Estudo	Participantes	Intervenções/Comparações	Resultados	Comentários
6. Perfil dos consumidores de risco de álcool admitidos no S.U. (McMurran, *et al.*, 2013)	Adultos admitidos num S.U. de Nottingham (Reino Unido) em dias aleatórios em dois períodos: noite (20:00 às 8:00 horas) e dia (8:00 às 20:00 horas) durante 1 ano.	Após a admissão um enfermeiro realiza questionário de 4 questões: • Capacidade e voluntariedade do indivíduo responder ao questionário (se sim às duas passa à questão seguinte), • Avaliação do tipo de consumo pelo Single *Alcohol Screening Question* (SASQ) (se positivo passa à questão seguinte), • Questionar se o motivo da admissão é relacionada com consumo de álcool (para os positivos da questão 2 e 4 é oferecido panfleto acerca de consumos de risco de álcool e aconselhamento acerca de referenciação para equipa especializada), • Esta será para registar resultado da questão 3: referenciação aceite e agendada, referenciação não aceite mas panfleto aceite, referenciação não aceite e panfleto recusado ou utente internado. O motivo de admissão é registado como lesão (lacerações, abrasões, contusões, fraturas, corpos estranhos, deslocações, sub-luxações, lesão a órgãos viscerais, comportamentos auto-lesivos, overdose e intoxicação etanólica) ou não lesão (cardiovascular, otorrino, respiratório, neurológico, gastrointestinal, reumatológico, endócrino, urológico, dermatológico, hemático, psiquiátrico ou oftalmológico). Episódios não claros eram avaliados independentemente.	O maior número de admissões era durante o dia. 55,74% da amostra apresentaram problemas com álcool (proporções iguais de Homens e Mulheres). Mais triagens foram realizadas durante o dia (62%). Indivíduos com triagem positiva de consumo de álcool têm 2,63 mais vezes probabilidade para apresentarem lesões. 66% dos indivíduos com triagem positiva responderam que a admissão no S.U. não estava relacionado com o seu consumo de álcool e 67% destes apresentaram lesão. A maioria (85,29%) aceitou o panfleto mas não a referenciação. Apenas 1,75% agendou a referenciação.	
7. A eficácia das intervenções breves no S.U. (Drummond,.*et al.*, 2014)	Adultos admitidos em 9 S.U. na região de Londres (Reino Unido) com triagem positiva de um de três questionários validados (*Single Alcohol Screening Question*-SASQ, *Alcohol ScreeningTest* – FAST e *Paddington Alcohol Test* – SIPS-PAT) nos dias aleatoriamente estabelecidos.	A amostra foi dividida em dois grupos onde se realiza: 1. Mínima intervenção. Apenas fornecido *feedback* acerca do tipo de consumo apresentado com entrega de panfleto acerca de consumo de álcool de risco, 2. Intervenção breve (5 min.) segundo protocolo SBIRT por um profissional de saúde do S.U. No dia seguinte ou o mais breve possível um perito na área realiza Intervenção Breve (20 minutos) com aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis. Os dois grupos foram avaliados em 6 a 12 meses maioritariamente por telefone utilizando o AUDIT.	Cerca de 40% de positivos para consumos de álcool de risco. Sem resultados que suportem que a intervenção reduza o consumo de risco de álcool. Investigadores põem em causa a necessidade de aplicação das Intervenções Breves neste contexto. Para estes, os profissionais de saúde dos cuidados primários estão numa posição mais vantajosa para estabelecerem uma relação terapêutica mais eficaz de implementação de cuidados de promoção de estilos de vida saudáveis.	Todos os sujeitos da amostra tiveram incentivo monetário de participação no estudo. Houve uma baixa adesão dos profissionais de saúde dos S.U. Não houve grande adesão para a realização de formação por parte destes profissionais, o que levou a que um perito tivesse que realizar a intervenção mais complexa. Os consumidores de álcool com provável dependência não foram excluídos do estudo. Sem grupo de controle (sem intervenção) que dificulta a evidência de eficácia das intervenções breves.

Estudo	Participantes	Intervenções/Comparações	Resultados	Comentários
8 -Comparação da eficácia das intervenções breves nos consumos abusivos e episódicos de álcool num S.U. da Polónia e em Texas (E.U.A.) (Cherpitel, *et al*., 2015)	Utentes admitidos nestes dois S.U. (E.U.A. e Polónia) com triagem positiva para o *Rapid Alcohol Problems Screen* (RAPS4).	Estudo com 2 grupos: 1. Grupo de controlo, sem intervenção, 2. Grupo sujeito a intervenção breve enquanto esperava o tratamento ou a seguir a este. Os dois grupos foram avaliados 3 e 12 meses após pelo telefone com o mesmo instrumento de avaliação.	A amostra polaca maioritariamente composta por homens e mais velhos. Amostra americana demostra uma maior quantidade de indivíduos que reportam consequências relacionados com o seu consumo. Estes em relação com os Polacos apresentam uma prontidão para a mudança maior. Na população polaca submetida a intervenção breve houve uma redução significativa nos consumos episódicos e número de bebidas por dia em relação ao grupo de controlo aos 3 meses. Na população americana a mesma tendência foi verificada contudo aos 12 meses ainda com resultados de redução do consumo significativa.	

APÊNDICE II

Guiões de Intervenção Breve de acordo com os níveis de risco.

GUIÃO DE ACONSELHAMENTO EDUCACIONAL- Baixo Risco (0-7)	
Fornecer *feedback*	"Foram colocadas questões sobre a quantidade de álcool que consome e se sentiu algum problema relacionado com o seu grau de consumo"
	"Segundo o que respondeu, apresenta um risco reduzido de vir a ter problemas relacionados com o consumo de álcool, caso se mantenha a beber a níveis de baixo risco".
Informar	"As evidências científicas demostram que se beber não deve ultrapassar duas bebidas por dia. Deve evitar de beber, pelo menos, dois dias por semana" (Fornecer guia para um consumo de baixo risco).
	Ter noção da bebida padrão – um copo de cerveja (fino), um copo de vinho ou um copo de bebida destilada (*Whisky*), contém aproximadamente a mesma quantidade de álcool (Mostrar Painel 6)
	O consumo acima deste nível aumentam a possibilidade de vir a desenvolver problemas de saúde relacionados com o álcool como: acidentes, ferimentos, hipertensão, doenças hepáticas…. (Mostar Painel 5)
	No entanto, existem situações em que não se pode beber nos limites de baixo risco, pois são considerados de alto risco (Mostar Painel 5).
Felicitar	Está de parabéns por ter um consumo de álcool de baixo risco, continue desta forma, para não ultrapassar os limites de baixo risco."

GUIÃO DE ACONSELHAMENTO SIMPLES - Risco II (8-15) CONSUMO DE RISCO	
Fornecer *feedback*	"Foram colocadas questões sobre a quantidade de álcool que consome e se sentiu algum problema relacionado com o seu grau de consumo"
	"Segundo o que respondeu, parece que está em risco de vir a ter problemas relacionados com a álcool se continuar com este nível de consumo."
	"Gostava de falar consigo durante alguns minutos sobre esta questão."
Informar sobre a Pirâmide do consumidor	"A melhor forma de explicar os riscos para a saúde relacionados com o seu consumo de álcool será seguir as ilustrações deste panfleto chamado Guia para um consumo de baixo risco. Vamos analisa-lo e depois darei uma cópia (**Fornecer guia para um Consumo de baixo risco**).
	Pirâmide do consumidor: descreve quatro tipos de consumidores (**Mostar Painel 2**): 1. Pessoas que abstenham completamente; 2. Pessoas que bebem a nível de risco baixo; 3. Consumo de alto risco (o álcool pode vir a causar problemas); 4. Pessoas com dependência e graves problemas (saúde, família, trabalho e amigos)
	"As suas respostas indicam que se encontra nesta categoria – Consumidores de alto risco. Este consumo apresenta riscos para a sua saúde, e possivelmente para outros aspectos da sua vida."
Informar sobre efeitos do consumo	Alguma vez sentiu algum destes problemas? (**Mostar Painel 3**)
	A melhor forma de evitar estes problemas é reduzir a frequência e a quantidade de álcool que consome, ou abster-se totalmente do consumo, para que o risco seja reduzido.
Debater a necessidade de interromper ou reduzir consumo	"É importante reduza o consumo ou o interrompa completamente durante algum tempo. Muitas pessoas acham que é possível alterar os hábitos de consumo. Está disposto a tentar? (**Mostar Painel 4**) Pergunte a si mesmo se sentiu quaisquer sinais de dependência do álcool, no último ano, como por exemplo: • Enjoos matinais; • Consegue ingerir grandes quantidades de álcool sem parecer embriagado; • Se já tentou deixar de consumir mas não conseguiu. Se for este o caso, deverá considerar a possibilidade de parar completamente. Se não consume em excesso a maioria das vezes, e acha que não perde o controlo, deverá reduzir o consumo."
Debater limites	(**Mostar Painel 5**) "A maioria dos utentes deve escolher em objectivo de consumo de baixo risco. Torna-se necessário que concorde. De acordo com os estudos científicos, não deve ingerir mais do que duas bebidas por dia. Para minimizar o risco de desenvolver dependência do álcool, haverá dois dias por semana que não bebe nenhuma bebida alcoólica. Deve evitar consumir até à intoxicação, o que pode acontecer com apenas duas ou três bebidas numa mesma ocasião. Além disso há situações em que nunca deve consumir, tais como estão descritas no **painel 5**."
Bebida padrão-definição	(**Mostar Painel 6**)"É importante que compreenda a quantidade de álcool que contem cada bebida que é usual consumir. Depois poderá ser mais fácil contar as bebidas que ingere num só dia e tentar manter-se dentro dos limites de um consumo baixo risco. Ter noção da bebida padrão – um copo de cerveja (fino), um copo de vinho ou um copo de bebida destilada (*Whisky*), contém aproximadamente a mesma quantidade de álcool. Se considerar cada uma delas como uma bebida padrão, tudo o que terá de fazer é contar o número de bebidas que consume num dia."
Encorajar	"Agora que já conhece os riscos associados ao consumo de álcool e os limites aconselhados, tem alguma pergunta? Estou certa que poderá seguir estas sugestões e reduzir o consumo de álcool. Também ficará muito satisfeito por saber que pode fazer sozinho e assim melhorar a sua saúde. Se sentir necessidade de ajuda poderá sempre telefonar ou dirigir-se ao centro de saúde. Na sua opinião, em relação a si, acha que vai ser fácil ou difícil reduzir o consumo de álcool até aos limites de baixo risco?"

<table>
<tr><th colspan="4">GUIÃO DE ACONSELHAMENTO BREVE- Risco III (16-19) CONSUMO NOCIVO</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Fornecer feedback</td><td colspan="3">“Foram colocadas questões sobre a quantidade de álcool que consome e se sentiu algum problema relacionado com o seu grau de consumo”</td></tr>
<tr><td colspan="3">“Segundo o que respondeu, parece que está em risco de vir a ter problemas relacionados com a álcool se continuar com este nível de consumo.”</td></tr>
<tr><td colspan="3">“Gostava de falar consigo durante alguns minutos sobre esta questão.”</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Informar sobre a Pirâmide do consumidor</td><td colspan="3">“A melhor forma de explicar os riscos para a saúde relacionados com o seu consumo de álcool será seguir as ilustrações deste panfleto chamado Guia para um consumo de baixo risco. Vamos analisa-lo e depois darei uma cópia. (Fornecer cópia do guião para um consumo de baixo risco)</td></tr>
<tr><td colspan="3">(Mostar Painel 2) Pirâmide do consumidor: descreve quatro tipos de consumidores:
1. Pessoas que abstenham completamente;
2. Pessoas que bebem a nível de risco baixo;
3. Consumo de alto risco (o álcool pode vir a causar problemas);
4. Pessoas com dependência e graves problemas (saúde, família, trabalho e amigos)</td></tr>
<tr><td colspan="3">“As suas respostas indicam que se encontra nesta categoria – Consumidores de alto risco. Este consumo apresenta riscos para a sua saúde, e possivelmente para outros aspectos da sua vida.”</td></tr>
<tr><td>Informar sobre efeitos do consumo</td><td colspan="3">(Mostar Painel 3)“Este painel ilustra os tipos de problemas relacionados com a saúde que são provocados pelo consumo de alto risco.”</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Avaliar e adequar o aconselhamento ao estádio motivacional</td><td colspan="3">“Seria importante para si diminuir o consumo ou parar de beber por um tempo. Muitas pessoas descobrem que é possível mudar o hábito de beber. O/A Sr(a) está disposto a tentar?
Gostaria que pensasse se em alguma ocasião já aconteceu sentir-se enjoado ou com tremores pela manhã, ou se nas ocasiões em que bebe, já lhe aconteceu beber em grandes quantidades de álcool sem parecer que está embriagado?
• Se sim – seria importante considerar a possibilidade de parar totalmente de beber.
• Se não – embora não perca o controlo quando bebe, o seu consumo em algumas ocasiões é excessivo pelo que deveria diminuir o consumo.
É importante que reduza o consumo ou que interrompa completamente durante algum tempo. Muitas pessoas acham que é possível alterar os seus hábitos de consumo.
Está disposto a tentar?
Numa escala de 1 a 10 diga onde se encontra, sendo 1 significa pouco importante e 10 muito importante.
Que importância tem para si a mudança de hábitos de consumo?</td></tr>
<tr><td>1-4 Pré contemplação</td><td>4-6 contemplação</td><td>6-10 preparação para a acção</td></tr>
</table>

Debater limites	**Mostar Painel 5**)"A maioria dos utentes deve escolher em objectivo de consumo de baixo risco. Se estiver de acordo debateremos o que consiste o consumo de baixo risco. O consumo de baixo risco implica a redução do consumo de álcool até níveis e padrões que dificilmente trarão problemas a si e à sua família/amigos ou outros. Segundo os estudos científicos demostram que o risco de problemas aumenta significativamente quando as pessoas consomem mais do que duas bebidas por dia em mais que cinco dias por semana. Além disso, até mesmo quantidades mais pequenas de álcool, apresentam riscos em determinadas circunstâncias. O cumprimento destas regras simples pode reduzir o risco para a saúde e a possibilidade de problemas para terceiros: • Não beba mais do que duas bebidas alcoólicas por dia; • Não beba mais do que cinco dias por semana; • Não beba álcool quando: Conduzir ou utilizar máquinas, estiver grávida ou a amamentar, estiver a tomar medicação que interaja com o álcool, apresentar problemas clínicos que se agravem com o consumo de álcool, não conseguir parar ou controlar o seu grau de consumo. Sabia que um copo de cerveja (fino), um copo de vinho ou um copo de bebida destilada (*Whisky*), contém aproximadamente a mesma quantidade de álcool? Se considerar cada uma delas como uma bebida padrão, tudo o que terá de fazer é contar o número de bebidas que consume num dia." (**Mostar Painel 6**) Além disso há situações em que nunca deve consumir, tais como descritas no **painel 5**. É provável que o desejo que sente se altere de acordo com o seu estado de espirito, as pessoas com quem está e conforme a disponibilidade do álcool. Outra questão que gostaria de abordar consigo é Como pode alterar os seus hábitos de Consumo? Geralmente as pessoas conseguem alterar os seus hábitos de consumo com êxito quando seguem um plano simples. Juntos podemos criar um plano de consumo consciente. Se possível, alguém deverá ajudá-lo. Talvez um amigo ou um familiar ou um elemento da sua comunidade. Vamos elaborar o plano?
Plano de redução do consumo	Que benefícios poderei ter se reduzir o consumo de bebidas alcoólicas? Em que medida irá a minha vida melhorar? Construir a balança decisional (vantagens e desvantagens)
Encorajar	Lembre-se que de cada vez que se sinta tentado a beber em demasia e que consiga resistir, está a mudar o seu hábito. Sempre que se sentir extremamente desconfortável, perturbado ou infeliz, repita para si mesmo que isso é passageiro. Se sentir a necessidade de uma bebida, faça de conta que esse desejo é o mesmo que uma dor de garganta que é preciso aguentar até ficar curado. Se tiver alguém que o ajude, seja honesto e diga-lhe a quantidade real que bebe por dia e admita quando conseguiu resistir à tentação e quando bebeu em demasia. Por fim, é bem provável que tenha alguns maus dias em que bebe em demasia. Quando isso acontecer não desista. Não se esqueça que as pessoas que aprenderam a beber em níveis de baixo risco passaram muitos dias maus até conseguirem atingir os seus objectivos. Com o passar do tempo tudo ficará mais fácil.

APÊNDICE III

Questionário sociodemográfico e AUDIT

1 Sexo:

- Masculino ☐
- Feminino ☐

2 Idade: _____

3 Estado Civil:

- Solteiro ☐
- Casado ou união facto ☐
- Divorciado/Separado ☐
- Viúvo ☐

4 Escolaridade: _____

5 Estatuto Profissional:

- Empregado tempo inteiro ☐
- Empregado tempo parcial ☐
- Desempregado ☐
- Reformado ☐
- Pensão de invalidez ☐
- Doméstico ☐
- Estudante ☐
- Trabalhador/Estudante ☐

Profissão: _____

6 Filhos:

- Sim ☐
- Não ☐

7 Vive com:

_____

Nº de pessoas ☐

8 Sofre de alguma doença?

- Sim ☐ Quais? _____
- Não ☐

9 Motivo de vinda à urgência?

_____

10 Pensa que a sua vinda à urgência poderá estar relacionada com o consumo de álcool?

- Sim ☐
- Não ☐

11 Final episódio de urgência:

- Alta domicílio ☐
- Internamento ☐
- Transferência ☐
- Outro ☐

Score AUDIT

1º Fase ☐

Intervenção:

- Educacional ☐
- Aconselhamento Simples ☐
- Aconselhamento Breve ☐
- Referenciação ☐
  - C.S. ☐
  - C. Ext. ☐
  - C. Alco. ☐

- Aceitou panfleto ☐
- Aceitou panfleto mas não a referenciação ☐
- Não aceitou panfleto ou referenciação ☐
- Aceitou panfleto e referenciação ☐

2ª Fase ☐

Data: 2016/____/_____

Recorreu ao S. de Urgência nestes últimos 3 meses?

_____

1.Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana

2.Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = uma ou duas
1 = três ou quatro
2 = cinco ou seis
3 = de sete a nove
4 = dez ou mais

3.Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente

SCORE AUDIT-C

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente

5.Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?

0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente

6.Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente

7.Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente

8.Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?

0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não
2 = sim, mas não nos últimos 12 meses
4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10.Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não
2 = sim, mas não nos últimos 12 meses
4 =sim, aconteceu nos últimos 12 meses

SCORE TOTAL

APÊNDICE IV

Panfleto

O que é um limite de baixo risco?

Homem: Não mais de duas bebidas padrão por dia

Mulher: Não mais de uma bebida padrão por dia

Não beber pelo menos em dois dias da semana

Não esquecer que há alturas em que até mesmo uma ou duas bebidas podem ser demais

Por exemplo:

- Quando conduzir ou utilizar máquinas;
- Durante a gravidez ou amamentação;
- Quando toma certos medicamentos;
- Se apresentar determinados problemas clínicos;
- Se não conseguir controlar o consumo.

O que é uma Bebida Padrão?

1 copo de cerveja normal (ex. 200ml a 6%) tem ≈ 10g de álcool puro

1 copo de vinho (ex. 100ml a 12%) tem ≈ 10g de álcool puro

1 copo de bebida destilada (whisky, gin, vodka) (ex. 30ml a 40%) tem ≈ 10g de álcool puro

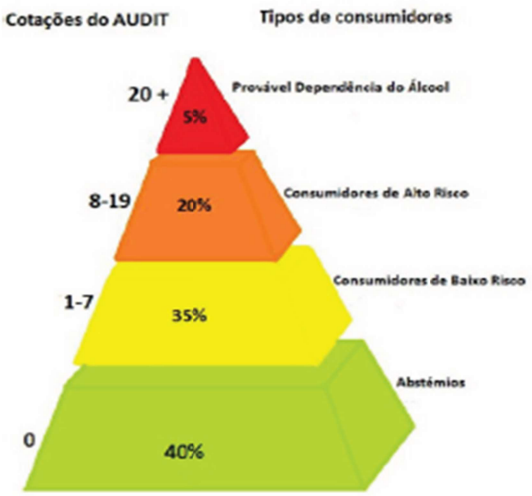
1 shot de bebidas destiladas tem sempre mais quantidade de álcool, pois mistura várias bebidas de alto teor alcoólico, num copo que habitualmente tem 30ml (ex. 30ml a 40%) tem ≈ 10g de álcool puro

Copyright:
Guia do projeto "Sem Reservas - Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para a Redução do «Consumo de Álcool Nocivo (Risco/Nocivo)", da UIOISA: E, adaptado de Babor e Higgins Biddle (2001).

GUIA PARA UM CONSUMO DE BAIXO RISCO

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Painel 2 - Pirâmide do Consumidor



Painel 3 - Efeitos do Consumo de Alto risco

Legenda:

1. Comportamento agressivo e irritável. Discussões. Violência. Depressão. Nervosismo. Dependência do álcool. Perda de memória.

2. Envelhecimento precoce. Entumescimento do nariz "nariz vermelho"

3. Cancro da boca e orofaringe.

4. Constipações frequentes. Reduzida resistência a infeções. Risco acrescido de pneumonia.

5. Enfraquecimento do músculo cardíaco. Insuficiência cardíaca. Anemia. Dificuldades de coagulação. Cancro da mama.

6. Lesões do fígado.

7. Deficiência vitamínica. Hemorragia. Inflamação grave do estômago. Vómitos. Diarreia. Desnutrição.

8. Inflamação do pâncreas.

9. Sensação de fraqueza. Quedas.

10. Tremido das mãos. Formigueiro nos dedos. dedos adormecidos. Nevralgias.

11 Homem: Desempenho sexual reduzido. Mulher: Risco de dar à luz crianças com malformações, atrasos ou de baixo peso.

12. Úlcera.

13. Dedos dos pés dormentes e com formigueiro. Nevralgias.

O consumo de alto risco pode conduzir a problemas sociais, legais, clínicos, familiares, profissionais e financeiros. Pode reduzir a esperança de vida, levar a acidentes e à morte devido a condução sob o efeito do álcool.

Devo apenas deixar de beber ou reduzir o consumo?

Só deverá adotar um consumo reduzido de álcool se estes três pontos se aplicarem.

APÊNDICE V

Autorização da realização do estudo do Centro Hospitalar de Leiria

CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Conselho de Administração

Exma. Senhora
Teresa Margarida Gaspar Esgaio

[redacted]

sai.HSA 03198'16-04-05

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

No seguimento do Vosso requerimento de 2016.01.11, a solicitar autorização para a realização do estudo em epígrafe no Serviço de Urgência Básica do Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira, serve o presente para informar que o Conselho de Administração, em 2016.03.31, deliberou autorizar o pedido.

Com os melhores cumprimentos.

O VOGAL EXECUTIVO

(LICÍNIO DE OLIVEIRA CARVALHO)

Nª Refª: 205/2016/AC
Rua das Olhalvas
Pousos, 2410 – 197 Leiria
Telefone: 244 817 005 Fax: 244 817 080
Email: secadm@chleiria.min-saude.pt
www.chleiria.pt

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by
Joint Commission International

APÊNDICE VI

Autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 314/11-2015

Título do Projecto: Eficácia das intervenções breves na redução do consumo de álcool de risco na urgência do Hospital de Alcobaça.

Identificação do Proponente
Nome(s): Teresa Margarida Gaspar Esgaio
Filiação Institucional: ESEnfC
Investigador Responsável/Orientador: Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

A proponente propõe-se desenvolver, no âmbito de dissertação de mestrado, estudo com os objectivos de *"Rastrear/Sinalizar indivíduos com consumos de risco e nocivo de álcool admitidos no serviço de urgência do Hospital de Alcobaça; Intervir, utilizando Intervenções Breves e segundo árvore de decisão; Avaliar o efeito das Intervenções Breves na diminuição do nível de risco do consumo de álcool em indivíduos admitidos no serviço de urgência do Hospital de Alcobaça."*
O estudo é definido como *"... pré-experimental com avaliação antes e após... com grupo único em amostra aleatória."*
Os participantes serão *"... utentes admitidos no serviço de urgência do Hospital de Alcobaça..."* que preencham os critérios de inclusão definidos.
Com base nos documentos apresentados:
- O contacto com os participantes será efectuado pela proponente;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- É apresentado documento para obtenção do consentimento;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Os instrumentos de recolha de dados são apresentados;
- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes, sendo evidenciados os benefícios da eventual detecção precoce de consumos de risco.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado salvaguardando que a sua realização não pode dispensar a obtenção da autorização da instituição onde se vai realizar a recolha de dados.

O relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 16/12/2015 O Presidente da Comissão de Ética: [signature]

APÊNDICE VII

Consentimento informado

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Por favor: leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Teresa Margarida Gaspar Esgaio, enfermeira no Centro Hospitalar de Leiria, a desenvolver um estudo no âmbito da minha tese de mestrado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Teresa Barroso, venho por este meio solicitar a sua colaboração para participar nesta investigação, que se realizará no Centro Hospitalar de Leiria (Unidade de Urgência Básica do Hospital de Alcobaça).
O estudo integra um questionário sociodemográfico associado a um outro no âmbito de hábitos de consumo de álcool. Em determinados dias da semana serão realizadas intervenções específicas de cariz educacional, consoante a pontuação que obtiver no segundo questionário. Se por acaso, o dia em que preencher o questionário não lhe permitir ser alvo destas intervenções, será garantido que não saíra prejudicado, uma vez que me comprometo a realizá-las quando lhe for aplicado novamente o questionário (6 meses), em consulta telefónica.
A participação neste estudo é voluntária, não havendo qualquer prejuízo ou consequências para si caso opte por não participar.
Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria.
Os dados obtidos serão confidenciais e são para uso exclusivo do presente estudo.
A sua identificação nunca será tomada pública.
Obrigada pela sua participação.
Teresa Margarida Gaspar Esgaio, enfermeira, Serviço de urgência básica do Centro Hospitalar de Leiria.

Assinatura: _____ _____/_____/_____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de uma forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____
Assinatura: _____ _____/_____/____