



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU
DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO
EM MEDICINA

SARA ISABEL ALMEIDA PINTO

EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES BREVES EM JOVENS
COM CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
DR. HERNÂNI POMBAS CANIÇO

MARÇO/2012

ÍNDICE

RESUMO	1
ABSTRACT	2
ABREVIATURAS	4
INTRODUÇÃO.....	5
EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL PELOS JOVENS	7
Consumo e evolução global.....	7
Consumo de álcool por grupo etário.....	10
Consumo de álcool por género	12
Qualidade das bebidas consumidas	13
Consumo de álcool do tipo “binge drinking”	14
PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL.....	17
Repercussões individuais.....	17
Repercussões sociais	19
Consumo de polidrogas	21
Prevenção dos problemas ligados ao álcool nos cuidados de saúde primários	22
IDENTIFICAÇÃO DOS CONSUMIDORES DE RISCO.....	25
Quantidade de frequência da ingestão de álcool	25
Diário de hábitos.....	27
Aplicação de questionários.....	27
Exame físico	32
Parâmetros biológicos	32

ENTREVISTA MOTIVACIONAL E COMPONENTES DAS INTERVENÇÕES BREVES	34
Modelo transteórico	34
Entrevista motivacional	38
Contra-imagem	39
Intervenções breves	40
Elementos e abordagens das intervenções breves	43
Eficácia das intervenções breves na população adulta	48
EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES BREVES APLICADAS A JOVENS COM CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL	50
IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES BREVES AO NÍVEL DOS CSP	55
CONCLUSÃO	57
AGRADECIMENTOS	60
BIBLIOGRAFIA	61
ANEXO 1.	70

RESUMO

O consumo de risco de álcool é um grave problema de saúde pública, tanto a nível nacional, como a nível mundial.

O relatório da Organização Mundial de Saúde de 2011 “Global status report on alcohol and health” revela um aumento significativo do consumo de álcool entre jovens abaixo dos 18 anos e entre os 18-25 anos. Em Portugal, um em cada quatro estudantes refere que esteve embriagado pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, enquanto 56% afirmam ter bebido cinco ou mais bebidas alcólicas numa única ocasião (“binge drinking”), nos últimos trinta dias (ESPAD Report, 2007).

O álcool está associado a inúmeros problemas de saúde, nomeadamente patologia neuropsiquiátrica, gastrointestinal, cardiovascular, metabólica e imunitária, resultando em elevadas taxas de morbilidade e mortalidade. A esta lista é necessário acrescentar as consequências familiares, sociais e económicas que daí advêm.

Os jovens apresentam maior susceptibilidade para os efeitos negativos do consumo de álcool, influenciando as mudanças que tipicamente ocorrem no período da adolescência ao nível do desenvolvimento biológico, psicológico e social.

As autoridades nacionais e mundiais têm estado atentas a estes factos, procurando desenvolver estratégias e formas de implementação, com o intuito de reforçar a prevenção primária dos problemas relacionados com o álcool.

Os modelos de Intervenção Breve, baseados na entrevista motivacional, são intervenções com uma duração média de 5 a 10 minutos, e podem decorrer em 3 ou 4 sessões, que têm por finalidade modificar o comportamento de risco de um indivíduo no sentido da redução dos seus níveis de consumo de álcool. São efectuadas por profissionais

de saúde dos Cuidados de Saúde Primários. Fazem parte de um conjunto de estratégias de prevenção do alcoolismo, recomendados pela Organização Mundial de Saúde. Vários estudos concluem acerca da eficácia destas intervenções breves na redução do consumo de álcool em adultos.

Neste trabalho, pretende-se avaliar a eficácia das intervenções breves quando aplicadas a jovens (entre 15 e 25 anos) que apresentam um consumo excessivo de álcool. Pretende-se concluir que as intervenções breves aplicadas a jovens com consumo de risco de álcool são eficazes na redução desse consumo, contribuindo para a adopção de estilos de vida saudável e prevenção de comportamentos de risco.

ABSTRACT

The risk consumption of alcohol is a serious public health problem, both nationally and globally.

The 2011 World Health Organization report, "Global status report on alcohol and health" shows a significant increase in alcohol consumption among young people below the age of 18 and between 18-25 years. In Portugal, one in four students stated that was drunk at least once in the last 12 months, while 56% claim to have drunk five or more alcoholic drinks on one occasion ("binge drinking"), in the last thirty days (ESPAD Report, 2007).

Alcohol is associated with numerous health problems, including neuropsychiatric, gastrointestinal, cardiovascular, metabolic and immune diseases, resulting in high morbidity and mortality. To this list one must add the familiar, social and economic consequences resulting from this problem.

Young people are more susceptible to the negative effects of alcohol consumption, influencing the changes that typically occur during adolescence at biological, psychological and social development levels.

The national and world authorities have been aware of these facts, searching to develop a set of strategies to reinforce the primary prevention of alcohol related problems.

Models of Brief Intervention, based on motivational interviewing, are interventions with an average duration of 5 to 10 minutes, in 3 or 4 sessions, which are intended to modify the risk behaviour of an individual in order to reduce its levels of alcohol consumption. They are made by health professionals of Primary Health Care. They are part of a set of strategies for prevention of alcoholism, recommended by the World Health Organization. Several studies conclude about the effectiveness of brief interventions in reducing alcohol consumption in adults.

In this work, we intend to evaluate the effectiveness of brief interventions when applied to young people (between the ages of 15 and 25) who have excessive alcohol consumption. The aim is to conclude that brief interventions, applied in young people with risk consumption of alcohol, are effective in reducing such consumption, contributing to the adoption of healthy lifestyles and prevention of risk behaviours.

Palavras-Chave: Intervenções Breves, Álcool, Jovens, Promoção de Saúde, Problemas Ligados ao Álcool.

ABREVIATURAS

ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test.
b-MAST	Brief Michigan Alcohol Screening Test.
CAN	Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
CSP	Cuidados de Saúde Primários.
DALY	Disability-adjusted life years.
ELSA	Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol.
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
GGT	Gama Glutamil Transpeptidase.
GSHS	Global School-based Student Health Survey.
ICD	International Classification of Diseases.
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência.
IB	Intervenções Breves.
LSD	Dietilamida do ácido lisérgico.
MAST	Michigan Alcohol Screening Test.
MDMA	Metilenedioximetanfetamina.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
PLA	Problemas Ligados ao álcool.
PHEPA	Primary Health European Project on Alcohol.
PHP	Pathways for Health Project.
Project TrEAT	Trial of Early Alcohol Treatment.
Q/F	Estimativa da Quantidade e da Frequência de consumo de álcool.
SMAST	Short Michigan Alcohol Screening Test.
UBP	Unidade de Bebida Padrão.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os jovens têm vindo a apresentar um comportamento consumista perante o álcool. Tal facto associa-se à procura constante de estímulos e de excitação característicos destas faixas etárias. Estes aspectos respondem bem a um mercado de produção e comercialização de álcool que tenta conquistar este grupo de consumidores, oferecendo produtos atractivos com “design” e estilo com os quais o jovem se procura identificar (Institute of Alcohol Studies, 2000).

O alcoolismo é considerado um problema de saúde pública, na medida em que está associado a múltiplas consequências a nível físico, psíquico e social (Noal *et al.*, 2010). Os efeitos e consequências da ingestão de álcool ocorrem em qualquer idade. No entanto, é na faixa etária dos 12 aos 20 anos que se verifica a maior ascensão de problemas ligados ao álcool (PLA) (Clark e Moss, 2010). Além destes aspectos, o uso de álcool é acompanhado muitas vezes pelo consumo de outras substâncias (lícitas e ilícitas) (Clark *et al.*, 2010; Petronyté *et al.*, 2007).

A elevada prevalência do consumo de álcool entre jovens demonstra que os planos de prevenção que têm sido implementados até ao presente momento não são suficientemente eficazes. Se o panorama geral continuar a evoluir de modo semelhante ao que se tem registado, a incidência e prevalência dos PLA irão certamente superar os valores registados neste momento (Petronyté *et al.*, 2007).

No sentido da promoção de saúde e prevenção da doença, a identificação destes indivíduos prende-se com a necessidade de evitar que venham a adquirir padrões de

consumo nocivo ou dependência alcoólica. A possibilidade de fornecer uma acção preventiva é inerente à precocidade na identificação dos consumidores de risco (Clark e Moss, 2010).

Muitos dos adolescentes que visitam os Cuidados de Saúde Primários (CSP) não recebem qualquer tipo de apoio nesta área. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras organizações conceituadas alertam os profissionais de saúde para a importância da identificação precoce dos jovens consumidores de risco, aplicação de intervenções breves (IB) e referência para serviços especializados.

É necessário procurar medidas eficazes e ajustadas aos jovens e adolescentes (Petronyté *et al.*, 2007). As evidências apontam para um impacto significativo na redução do consumo de álcool quando os consumidores recebem IB no contexto dos CSP (Cunningham *et al.*, 2008). No entanto, muitos estudos foram desenhados para a população adulta, sendo necessário investigar o seu potencial quando aplicadas em jovens com consumo de risco (De Micheli *et al.*, 2004).

É neste contexto que se elabora o presente artigo de revisão, cujos objectivos consistem em reunir a mais actualizada informação relacionada com o consumo de álcool pelos jovens e as consequências que daí advêm, abordar métodos de identificação de consumidores de risco e avaliar a eficácia das IB aplicadas nestas faixas etárias.

EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL PELOS JOVENS

CONSUMO E EVOLUÇÃO GLOBAL

O relatório de 2011 da OMS “Global status report on alcohol and health” revela que, mundialmente, o consumo registado *per capita* tem-se mantido estável, numa média de 4,3 a 4,7 litros de álcool puro desde 1990, entre os indivíduos com mais de 15 anos. Se for tido em conta o álcool produzido e vendido de forma artesanal, esse valor sobe para 6,13 litros *per capita*, registados em 2005 (World Health Organization, 2011).

Os países desenvolvidos são aqueles onde os valores registados são mais elevados. Em relação à Europa, alguns países ocidentais registam médias superiores a 2,5 vezes a média global de 6,13 litros de álcool puro por ano (World Health Organization, 2009). À excepção de poucos países, os níveis de baixo consumo correspondem a zonas territoriais de África e Mediterrâneo Oeste. A Figura 1 representa a distribuição global do consumo de álcool *per capita* no ano de 2005, evidenciando a prevalência acentuada nos países acima referidos. Os países retratados a verde têm valores inferiores à média mundial, correspondendo a locais onde o consumo não é culturalmente aceite (World Health Organization, 2011).

O “Global School-based Student Health Survey” (GSHS) estudou a tendência dos consumidores entre 13 e 15 anos durante os últimos cinco anos e revelou que houve um aumento do consumo em 71% dos países, em 4% diminuiu, 8% manteve-se estável e em 16% o resultado é inconclusivo (excluídos os 73 países que não participaram no inquérito).

Entre os jovens de 18 e 25 anos, o consumo em 5 anos mostrou aumento em 80% dos países, diminuição em 11%, estabilização em 6% e foi inconclusivo em 12% (também aqui se excluem os 82 países não participantes) (World Health Organization, 2011).

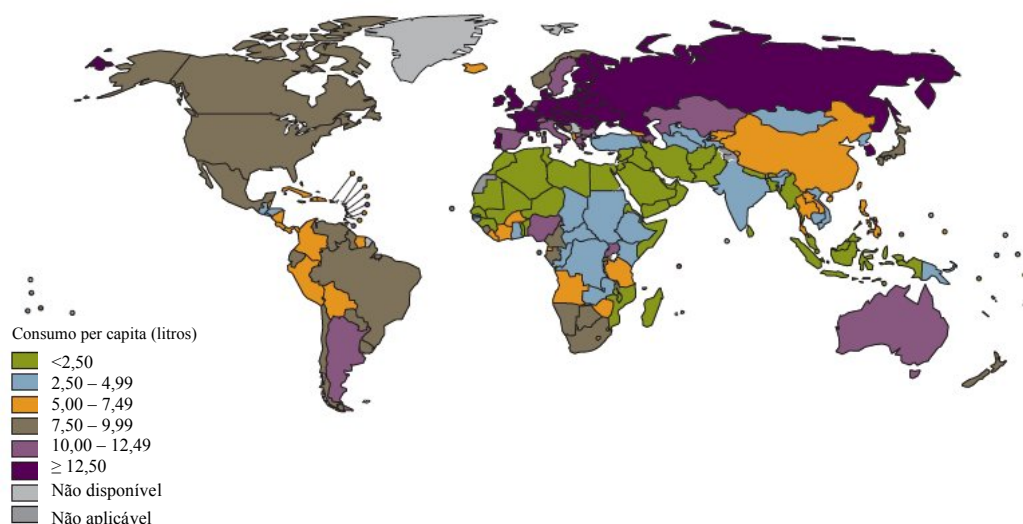


Figura 1 – Consumo total per capita em adultos (+15), em litros de álcool puro, 2005.

Adaptado de World Health Organization (2011) Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland.

No último ESPAD report (2007) (coordenado pelo Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) e do qual Portugal faz parte desde 1995), o consumo de álcool ao longo da vida ocorreu em dois terços dos estudantes, com uma média próxima dos 90% no inquérito de 2007. O mesmo estudo revela que os valores médios de consumo relativos aos últimos 12 meses e aos últimos 30 dias são de 82% e 61% respectivamente

(ESPAD report, 2007). Estes valores vêm confirmar que o consumo de álcool entre adolescentes constitui uma prática habitual (Negreiros, 1998).

Tendo em conta a evolução do consumo ao longo dos anos, entre 1995 e 2007, os níveis de prevalência do álcool ao longo da vida, tal como o consumo nos últimos 12 anos, não sofreram alterações significativas (Figura 2). O mesmo não se pode dizer em relação ao consumo nos últimos 30 dias que aumentou até 2003, diminuindo ligeiramente em 2007, especialmente entre os rapazes (ESPAD report, 2007).

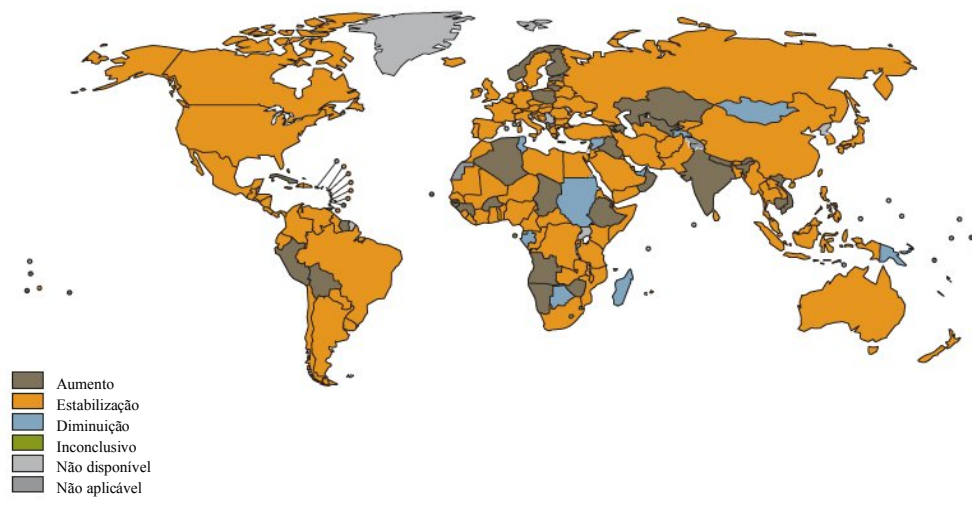


Figura 2 – Mudanças no consumo de álcool per capita em adultos nos últimos cinco anos, 2001 – 2005.

Adaptado de World Health Organization (2011) Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland.

No estudo publicado em 2010 pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), a avaliação do consumo de álcool pelos jovens portugueses do 3º ciclo e do secundário revela que, entre 2001 e 2006, assistiu-se a um decréscimo na experimentação (de 91% para 87%), manutenção do consumo nos últimos 12 meses e aumento dos consumos nos últimos 30 dias (cerca de 30%, isto é, 1/3 dos estudantes consumiu álcool recentemente) (Feijão, 2010). Verifica-se um aumento importante nos consumos recentes. Embora a avaliação do consumo nos dias anteriores aos da aplicação do questionário possa ser influenciado por ocasiões especiais de consumo, a verdade é que é possível que se esteja perante uma situação preocupante e que esse aumento generalizado entre os estudantes possa traduzir o aumento do número de alunos que ingere álcool de forma regular (Feijão, 2010).

Em outros estudos, constatou-se que a maioria dos estudantes portugueses se apresentava abstinente (92%), sendo maioritariamente do género feminino (64%) e entre os 15 e 19 anos (63%) (Santana e Negreiros, 2008; Matos *et al.*, 2006). No entanto, entre aqueles que consumiam, 82,5% faziam-no dentro de padrões de risco, 10% num padrão nocivo e 7,5% apresentavam dependência, após terem respondido às questões do método de rastreio “Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT) (Santana e Negreiros, 2008).

CONSUMO DE ÁLCOOL POR GRUPO ETÁRIO

Para Clark e Moss (2010), o consumo é pouco frequente entre jovens de 12 e 14 anos. Na fase intermédia da adolescência (15 a 17 anos), emerge o padrão “binge drinking”

e tornam-se mais frequentes as consequências da intoxicação alcoólica aguda. Na fase tardia da adolescência, entre 18 e 20 anos, o consumo de álcool manifesta-se através de PLA, sendo estes mais frequentes do que na população adulta (Clark e Moss, 2010).

Clark *et al.* (2010) referem mesmo um pico de consumo entre os adolescentes mais velhos, alertando que pelo menos um terço dos estudantes do ensino superior tem dependência ou abuso de álcool. É nestas idades que muitos estudantes iniciam o seu percurso universitário. Segundo Baer *et al.* (2001), os estudantes universitários consomem mais que os jovens da mesma faixa etária que não prolongaram a sua carreira académica. Os autores atribuem essas diferenças a factores pessoais, tais como impulsividade, inconformismo e depressão, e também a factores contextuais, nomeadamente distância aos pais, íntima relação com os pares, viver em residências com outros estudantes e participação em grupos estudantis (Baer *et al.*, 2001). Por outro lado, os jovens que não prolongam a carreira académica, ingressam mais precocemente no mercado de trabalho, condicionando o abandono dos consumos excessivos por vezes associados ao estilo de vida estudantil (Borges, 2010).

Os jovens portugueses têm a sua primeira experiência com álcool aos 12-13 anos, em média (Marinho, 2008; Matos *et al.*, 2006). Até aos 16 anos, mais de metade dos jovens afirma já ter experimentado bebidas alcoólicas. Esta taxa vai aumentando à medida que o adolescente se aproxima da idade adulta (Matos *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2002).

CONSUMO DE ÁLCOOL POR GÉNERO

Em relação ao género, a prevalência ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias não registou diferenças significativas entre rapazes e raparigas, a nível europeu. Embora a frequência seja semelhante, a quantidade ingerida pelos rapazes é superior à das raparigas em praticamente todos os países que participaram no ESPAD (ESPAD report, 2007).

A nível nacional, registam-se diferenças entre os géneros quanto à experimentação de bebida alcoólicas e à idade de iniciação. Os rapazes são o grupo que regista as mais elevadas taxas de iniciação do consumo de álcool e fazem-no mais precocemente. Por sua vez, são as jovens do género feminino que apresentam taxas de abstinência mais elevadas (Mendes e Lopes, 2007; Matos *et al.*, 2006).

Ao nível da frequência de consumo, os rapazes continuam a ingerir maior quantidade de álcool do que as raparigas (Matos *et al.*, 2006). No entanto, ao longo das duas últimas décadas essa diferença tem vindo a atenuar-se. Actualmente os consumos registados entre os jovens do género masculino e feminino são muito próximos, evoluindo para aquilo que se denomina como feminização do alcoolismo (Marinho, 2008; Mendes e Lopes, 2007).

QUALIDADE DAS BEBIDAS CONSUMIDAS

O ESPAD report 2007 relata que, em termos globais, a cerveja é consumida por 40% dos jovens, as bebidas espirituosas por 30% e vinho por apenas 13%. Os rapazes preferem cerveja, enquanto as raparigas apresentam um padrão mais repartido, onde as bebidas espirituosas são as mais consumidas (por um terço da população feminina) (ESPAD report, 2007).

Em termos de qualidade das bebidas ingeridas pelos estudantes portugueses, verifica-se um aumento na frequência do consumo de cerveja ou bebidas destiladas entre os estudantes do 3º ciclo e do secundário, durante o período de 2001 a 2006 (Feijão, 2010). Este aumento verificou-se também em estudos anteriores, decorridos entre 1998 e 2002 (Matos *et al.*, 2003). O consumo de cerveja pelo menos uma vez por semana teve um acréscimo de 157% entre os estudantes do 3º ciclo e de 93% entre os do ensino secundário. Em relação às bebidas destiladas, os aumentos foram de 100% e 88%, respectivamente (Feijão, 2010).

Ainda no período entre 2001 e 2006, a taxa de experimentação de cerveja, vinho e bebidas destiladas baixou. Em relação ao consumo de “alcopops”¹, 1/3 dos alunos do 3º ciclo e 2/3 dos alunos do secundário já haviam experimentado este tipo de bebidas (Feijão, 2010).

Os rapazes optam tanto por cerveja, como por bebidas destiladas. Já as raparigas preferem as bebidas destiladas, em detrimento do vinho ou cerveja (Mendes e Lopes, 2007).

¹ “Alcopops”: mistura de bebidas destiladas com sumos ou refrigerantes (Feijão, 2010).

CONSUMO DE ÁLCOOL DO TIPO “BINGE DRINKING”

A OMS classifica os padrões de consumo de álcool em cinco categorias: abstinência, consumo não nocivo, consumo de risco, consumo nocivo e dependência (Tabela 1).

Tabela 1. Classificação do padrão de consumo de álcool de acordo com a OMS.

Categoria de consumo	Descrição
Abstinência	Ausência total de consumo de bebidas alcoólicas.
Consumo não nocivo	Consumo que não ultrapassa as 20 g de álcool/dia (2 UBP ²), existindo pelo menos dois dias semanais sem consumo.
Consumo de risco	Padrão de consumo do qual pode vir a resultar dano físico ou psíquico, se persistir.
Consumo nocivo	Padrão de consumo que causa danos físicos e psíquicos, mas não preenche os critérios de dependência.
Dependência	Padrão de consumo constituído por um conjunto de aspectos clínicos e comportamentais: <ul style="list-style-type: none"> • Desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas; • Descontrolo sobre o seu uso; • Continuação dos consumos apesar das consequências; • Prejuízo de actividades e obrigações; aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

Adaptado de Reis A, Barros J, Fonseca C, Parreira L, Gomes M, Figueiredo I, Matapa S (2011) Prevalência da INgestão de Álcool nos Adolescentes – Estudo PINGA. Rev Port Clin Geral. 27:338-46.

² **Unidade de Bebida Padrão (UBP):** Conceito criado para quantificar o consumo de álcool que corresponde, em Portugal, a 10-12 g de álcool, ou seja, 3 dL de cerveja, 1,65 dL de vinho ou 0,5 dL de aguardente, entre outros (Reis *et al.*, 2011).

O padrão “binge drinking” tem vindo a assumir importância cada vez maior na avaliação do comportamento dos jovens perante o álcool. Também denominado de consumo excessivo esporádico, a sua definição ainda não reúne total consenso entre as equipas especializadas na área do alcoolismo. A OMS define “binge drinking” como o consumo de 60 gramas ou mais de álcool puro na última ocasião nos últimos sete dias e considera-o como um bom indicador nas consequências agudas da ingestão de álcool (World Health Organization, 2011).

A evolução global revela um aumento da prevalência deste tipo de consumo de risco. Entre 1995 e 1999 e entre 2003 e 2007, os episódios de “binge drinking” registaram aumentos importantes, sendo o género feminino aquele que apresentou a maior ascensão (ESPAD report, 2007).

Actualmente, 43% dos estudantes referem ter vivido situações de “binge drinking” durante os últimos trinta dias, sendo 47% do género masculino e 39% do género feminino (ESPAD report, 2007). A OMS destaca que 80 milhões de jovens europeus com 15 ou mais anos referem episódios de “binge drinking” pelo menos uma vez por semana (World Health Organization, 2009).

A situação de Portugal destaca-se daquela que foi acima descrita, na medida em que tem registado uma contínua e forte ascensão do consumo do tipo “binge drinking”. Aliás, entre 2003 e 2007, foi o país que registou o maior aumento do consumo esporádico excessivo nos últimos 30 dias, passando de 25% para 56% (ESPAD report, 2007). Dentro daqueles que praticam este tipo de consumo, 1/8 fê-lo mais de vinte vezes no último ano (Ribeiro, 2008).

Em 2006, cerca de 30% dos estudantes do secundário referiu ter atingido o estado de embriaguez nos últimos 12 meses (Feijão, 2010). Salienta-se que o número de jovens

que refere ter estado embriagado quatro ou mais vezes ao longo da vida tem vindo a aumentar, subindo de 4,2% em 1998 para 5,3% em 2002. Em 2006, alcançou os 6,0% (Matos *et al.*, 2006).

Quanto aos restantes padrões de consumo, um estudo realizado durante a tradicional festa académica da Queima das Fitas de Coimbra 2009, inserido no projecto “Antes que te Queimes” (do qual fazem parte várias instituições, nomeadamente Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Governo Civil de Coimbra, IDT, Saúde em Português, entre outras), revelou que 49% dos estudantes apresentavam consumo de baixo risco, 44% consumo nocivo e 7% dependência (Borges, 2010).

PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

REPERCUSSÕES INDIVIDUAIS

A morbidade alcoólica está associada aos efeitos tóxicos agudos e crónicos do consumo de álcool que se repercutem individualmente a nível físico e psíquico.

Quando a ingestão de álcool ocorre de forma aguda, pode desenvolver-se um quadro de intoxicação alcoólica, também denominado de embriaguez. Esta situação caracteriza-se por uma fase inicial de euforia, sensação de bem-estar e efeitos ansiolíticos (Noal *et al.*, 2010; Bridgers, 2002). A clínica vai-se agravando de modo proporcional ao aumento da taxa de alcoolémia, evoluindo para diminuição das capacidades intelectuais, da atenção e da coordenação motora (Bridgers, 2002). A progressão do quadro pode conduzir a sonolência, diminuição dos reflexos, depressão do centro respiratório e coma (Noal *et al.*, 2010; Bridgers, 2002).

Quando o consumo de álcool é moderado, num máximo de duas UBP diárias, pode ser benéfico a nível cardiovascular (National Health and Medical Research Council, 2009; Proude *et al.*, 2009). No entanto, o alcoolismo crónico situa-se dentro dos cinco principais factores de risco para o desenvolvimento de doenças e morte prematura (Cunningham *et al.*, 2008). A nível europeu, é mesmo o terceiro principal factor de risco, logo após o tabagismo e a hipertensão arterial (World Health Organization, 2009). Está associado ao desenvolvimento de cerca de 60 doenças descritas pelo “International Classification of Diseases” (ICD) (Noal *et al.*, 2010; Marinho, 2008), com manifestações a nível hepático e

cardiovascular, alterações metabólicas, nutricionais, endócrinas, hidro-electrolíticas, imunitárias, neurológicas e pré-natais (Proude *et al.*, 2009; Anderson, 2008; ICAP, 2008; Marinho, 2008; Bridgers, 2002). Além disso, é um agente carcinogénico, sendo responsável pelo desenvolvimento de neoplasias do tracto respiratório, digestivo, hepático, mama e ovários (Proude *et al.*, 2009; Anderson, 2008; ICAP, 2008; Marinho, 2008).

A ingestão de álcool por crianças ou adolescentes pode comprometer o normal desenvolvimento e maturação do cérebro e acarretar consequências tardias motivadas pelo consumo nestas idades (National Health and Medical Research Council, 2009). Segundo as *guidelines* australianas, o consumo de álcool superior ao recomendado entre os 14 e os 19 anos é responsável por 9% dos riscos a longo prazo e 39% dos riscos a curto prazo (acidentes e outras lesões). Entre os 20 e os 29 anos, esses valores sobem consideravelmente para 16% no caso dos riscos a longo prazo e 60% no caso de acidentes e outras lesões (National Health and Medical Research Council, 2009).

A precocidade na iniciação do consumo de álcool está directamente ligada ao desenvolvimento de consumidores nocivos ou dependentes (na medida em que conduz a alterações neurológicas que propiciam uma ingestão de álcool em quantidades progressivamente superiores) (Gilpin e Koob, 2008).

A evidência aponta para a presença de relação directa entre o consumo de álcool e o desenvolvimento de patologia psiquiátrica (Proude *et al.*, 2009). As alterações neuropsicológicas resultam do atingimento das áreas cognitivas, comportamentais e emocionais do córtex cerebral (Clark *et al.*, 2010), tais como alterações do sono (nomeadamente insónia), ansiedade, alterações do comportamento, distúrbios de personalidade e depressão (Proude *et al.*, 2009).

A exposição crónica ao álcool está associada a perda de volume de matéria cinzenta cerebral (Anderson, 2008). Consequentemente, surgem alterações ao nível da aprendizagem verbal, memória espacial e raciocínio, tempo de reacção, equilíbrio e outros “skills” motores e cognitivos (Anderson, 2008; ICAP, 2008).

REPERCUSSÕES SOCIAIS

O consumo excessivo de álcool aumenta o risco de problemas sociais, ao nível da morbidade, mortalidade e impacto socio-económico (Fleming *et al.*, 2010; Marinho, 2008).

Na adolescência, o consumo de álcool dificulta os relacionamentos interpessoais (nomeadamente na relação parental), condiciona o desempenho académico e associa-se a baixas perspectivas profissionais (Proude *et al.*, 2009; Petronytė *et al.*, 2007).

As ausências às aulas estão muitas vezes relacionadas com o alcoolismo (Silva *et al.*, 2006), estimando-se que este seja o responsável por 20% das faltas escolares (De Micheli *et al.*, 2004). Além disso, comportamentos sexuais de risco, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e violência estão associados a consumo excessivo de álcool entre adolescentes (Clark *et al.*, 2010; Vieira *et al.*, 2007).

Em termos gerais, o álcool está associado a 6,5% de todas as mortes (11% das mortes no género masculino e 1,8% das mortes no género feminino) (World Health Organization, 2009). A nível europeu, o álcool é o responsável pela morte de 25% dos rapazes entre os 15 e os 29 anos (Marinho, 2008).

Os acidentes de viação são a principal causa de mortalidade nos jovens entre 1 e 29 anos. O erro humano está presente em 90% desses acidentes, dentro dos quais cerca de metade dos casos é motivado por excesso de álcool (Clark *et al.*, 2010; Marinho, 2008). Apesar de ser uma causa de morte previsível, a condução sobre efeito de álcool continua a ser uma prática frequente (Clark *et al.* 2010).

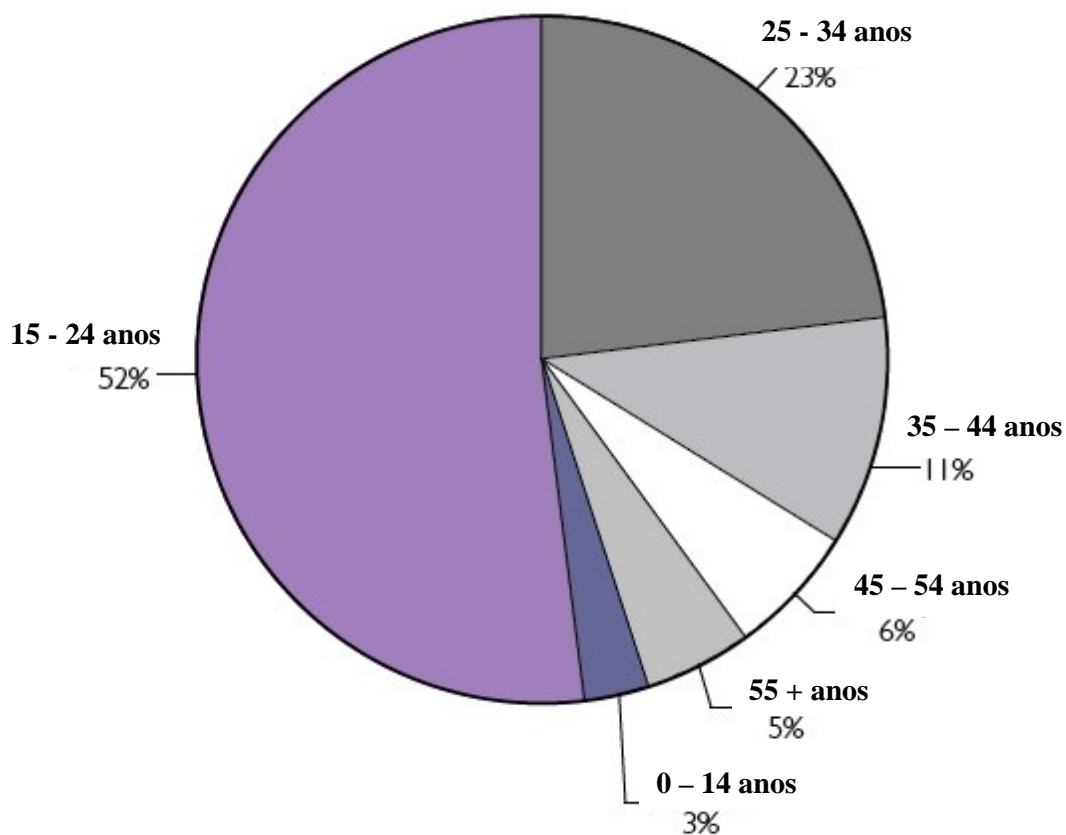


Figura 3 - Distribuição etária global das lesões associadas a acidentes de viação graves que ocorreram na Austrália (excluindo Vitória), 1990 – 1997.

Adaptado de National Health and Medical Research Council (2009) Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra, ACT: National Health and Medical Research Council.

O álcool é considerado um determinante de saúde, na medida em que está associada a 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras na União Europeia (Ribeiro, 2008). Segundo a OMS, o álcool é o responsável por 11,6% dos anos de vida perdidos (DALY ou “disability-adjusted life years”) (World Health Organization, 2009). É o principal motivo de DALY nos jovens entre 15 e os 44 anos, ultrapassando o tabaco ou drogas legais (Marinho, 2008).

Em termos económicos, é considerado um problema de saúde pública com alto custo social evitável (Vieira *et al.*, 2007). A nível europeu, o custo total tangível resultante dos PLA foi estimado em 125 biliões de euros anuais (World Health Organization, 2009; Ribeiro, 2008). Este valor é a soma dos 66 biliões de euros gastos em crimes e cuidados de saúde e 59 biliões de euros gastos em perda de produtividade, desemprego e morte prematura (World Health Organization, 2009; Ribeiro, 2008). Estima-se ainda que 17 biliões de euros sejam gastos no tratamento do alcoolismo (Ribeiro, 2008).

CONSUMO DE POLIDROGAS³

Com exceção do tabaco, o álcool é a substância mais usada em combinação com outras drogas, nomeadamente cannabis, psilocibina, anfetaminas, MDMA (metilendioximetanfetamina), cocaína, metilfenidato e LSD (dietilamida do ácido lisérgico) (Noal *et al.*, 2010; Proude *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2006).

³ Consumo de polidrogas: uso simultâneo de várias substâncias lícitas e/ou ilícitas (Proude *et al.*, 2009).

A associação de álcool e cocaína foi verificada em 60% dos consumidores de polidrogas, seguindo-se a associação de álcool e marijuana (51%) e álcool e sedativos (31%) (Proude *et al.*, 2009). Já Negreiros (1998), havia identificado a relação entre o uso concomitante de cerveja ou bebidas destiladas com cannabis dentro da população estudantil portuguesa.

Desta forma, o álcool é considerado um factor despoletante e promotor da experimentação e uso de outras substâncias (Proude *et al.*, 2009), podendo ser um bom indicador do risco de iniciação de outras drogas pelos jovens (Noal *et al.*, 2010).

A ocorrência de comportamentos desviantes é mais frequente em jovens com consumo polidrogas. Pelo facto de aumentar os PLA, o uso de polidrogas deve ser rastreado, avaliado e integrado nos programas de promoção de saúde e prevenção de doença em indivíduos dentro de faixas etárias mais novas (Proude *et al.*, 2009).

PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A promoção de saúde tem um papel de crucial importância a nível dos CSP e deve ser aplicada a toda a população. No contexto do alcoolismo, as medidas de promoção de saúde são de primordial valor, tendo em conta que não existem métodos de diagnóstico precoce de muitas patologias, como por exemplo a cirrose hepática (Borges, 2010).

A adolescência é um período crítico, onde ocorrem diversas mudanças físicas, emocionais e sociais, que se iniciam na infância e terminam na idade adulta. As várias modificações que ocorrem durante a puberdade dão-se no campo biológico, psicológico e

social. Há uma constante procura da sua identidade, estabelecimento de novas relações e necessidade de se adequar e ajustar aos valores sociais e familiares (Ribeiro e Rosendo, 2011). Assim sendo, durante esta fase, os adolescentes sentem necessidade de obter respostas a diversas perguntas. É uma luta interior pela descoberta da sua personalidade, num processo contínuo, difícil e muitas vezes desgastante (UNODCCP, 2002).

Essa incessante necessidade de experimentar o mundo leva muitos jovens a procurar a primeira experiência com álcool ou drogas. Trata-se, portanto, de um grupo vulnerável, que requer atenção especial por parte da comunidade em geral. Assim sendo, a maior susceptibilidade para o uso indevido de substâncias faz com que os adolescentes constituam uma população de risco per si (UNODCCP, 2002).

A prevenção do uso de álcool nestas idades passa por evitar que o uso desta substância se torne em abuso e que com isso ocorram as consequências futuras de um consumo de risco/nocivo. Assim, é necessário estabelecer programas de promoção de saúde, onde se procura fortalecer factores protectores e reduzir os factores de risco (Lima e Ribeiro, 2008). O mesmo será dizer que se trata de estabelecer alternativas saudáveis e atractivas ao uso indevido de substâncias, incluindo o álcool. Isso significa que é necessário apoiar as práticas comuns da comunidade em geral e de forma individual, para promover estilos de vida saudável e desencorajar práticas que causem danos físicos e mentais (UNODCCP, 2002). Ressalta-se que os programas de prevenção não devem proibir a experimentação, mas antes estimular/motivar a aquisição de estilos de vida saudável (Borges, 2010).

Para tal, é crucial o envolvimento conjunto de todos os sectores da comunidade, promover estilos de vida saudável, prestar esclarecimentos à população, envolver os pais para que ambos procurem facultar uma educação equilibrada aos filhos e, obviamente,

sensibilizar os prestadores de CSP para a importância de intervir o mais precocemente possível nesta área (Lima e Ribeiro, 2008).

A nível nacional salientam-se alguns programas como é exemplo o projecto “Antes que te Queimes”. A capacidade de envolver as mais diversas instituições, bem como os resultados alcançados, mostram que é possível e viável prevenir consumos nocivos em indivíduos com características tão peculiares, como é o caso dos jovens. Um dos pontos fortes deste projecto prende-se com o facto de permitir a realização de actividades de promoção de saúde dentro da comunidade e para a comunidade (Borges, 2010).

O “International Center for Alcohol Policies” (ICAP, 2008) especifica duas abordagens aos PLA: as medidas de controlo populacional (que procuram restringir a acessibilidade ao álcool) e as intervenções orientadas (que têm como objectivo sensibilizar e promover o consumo de álcool de forma saudável). Dentro das intervenções orientadas, encontram-se a aplicação de IB para consumidores problemáticos (ICAP, 2008).

IDENTIFICAÇÃO DOS CONSUMIDORES DE RISCO

Segundo as guidelines australianas para o tratamento dos problemas do álcool, o primeiro passo na identificação dos consumidores de risco ou uso nocivo de álcool consiste na aplicação de instrumentos de rastreio a todos os doentes (Haber *et al.*, 2009).

Abaixo serão abordados os vários métodos de rastreio disponíveis, nomeadamente a estimativa da quantidade e da frequência (Q/F) de consumo, diário de consumos, aplicação de questionários, realização de exame físico ao doente e marcadores biológicos. A comparação entre os diversos métodos é prejudicada pela ausência de um “gold standard” (Haber *et al.*, 2009; Proude *et al.*, 2009). Estes instrumentos podem ser aplicados isoladamente ou em combinação (Whitlock *et al.*, 2004).

Salienta-se que os adolescentes até aos 15 anos não devem ingerir bebidas alcoólicas e os pais devem estar alertados para os riscos acrescidos decorrente da experimentação precoce de álcool. Entre os 15 e os 17 anos, é aconselhável que a iniciação seja adiada até aos 18 anos. A partir dessa idade, recomenda-se o consumo diário máximo de duas UBP (National Health and Medical Research Council, 2009).

QUANTIDADE DE FREQUÊNCIA DA INGESTÃO DE ÁLCOOL

O rastreio baseado na determinação da Q/F da ingestão de álcool consiste em apurar junto do doente a quantidade e frequência de álcool consumido por dia, mês ou ano, assim

como determinar o padrão de consumo. O resultado pode ser obtido em gramas de álcool por dia ou em UBP (Tabela 3) (Clark *et al.*, 2010; Haber *et al.*, 2009; Proude *et al.*, 2009). Caso o doente apresente consumo excessivo, deverá ser submetido a uma avaliação mais profunda (Haber *et al.*, 2009; Proude *et al.*, 2009).

Tabela 3. Unidades de Bebida Padrão.

	Cerveja	Vinho	Aperitivo	Aguardente
Capacidade do copo	3 dL	1,65 dL	0,5 dL	0,5 dL
Conteúdo de álcool puro	12 g	12 a 13 g	10 a 12 g	14 a 16 g

Adaptado de Gomes C (2004) Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Rev Port Clin Geral. 20:101-18 e Mello MLM, Barrias JC, Breda JJ (2001) Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Direcção-Geral de Saúde.

Nesta fase, o estilo da entrevista tem um papel deveras importante, na medida em que o doente sentindo-se incomodado com a abordagem desta temática irá influenciar a correcta estimativa da Q/F, subestimando o consumo. Uma possível estratégia passa por integrar os hábitos alcoólicos dos pacientes na pesquisa dos antecedentes pessoais fisiológicos (Haber *et al.*, 2009). A atitude de julgamento deverá ser evitada, além de que é necessário atentar à linguagem usada pelo paciente para que os valores de álcool ingeridos sejam correctamente interpretados (Haber *et al.*, 2009).

A evidência atribui-lhe o grau de recomendação IV-D (Proude *et al.*, 2009).

DIÁRIO DE HÁBITOS

Uma possível estratégia para avaliar o consumo de álcool pode ser o diário de hábitos, onde são anotados os estímulos e recompensas que motivaram esse acto. Na consulta seguinte, a análise do diário permitirá tirar conclusões importantes acerca dos factores desencadeantes, as recompensas e os pensamentos subjacentes ao consumo e que foram realçados pelo paciente. Além de facilitar a abordagem do tema, fornece pistas sobre a orientação que deve ser dada ao paciente em questão, bem como dicas para a substituição do consumo por acções mais benéficas (Taylor, 2006).

APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

O rastreio por questionários é mais utilizado ao nível dos cuidados especializados, com o intuito de avaliar o nível de consumo, a gravidade da dependência alcoólica e delinear a estratégia terapêutica mais adequada para o doente. Estes questionários devem ter sensibilidade e especificidade acima de 90%. Para o efeito, existem vários questionários, com características diferentes. São eles o ASSIST (“Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test”), CAGE, CRAFFT, MAST (“Michigan Alcohol Screening Test”) e AUDIT (Proude *et al.*, 2009).

O ASSIST é um questionário que avalia consumo de álcool e drogas. É recomendado pela OMS (Haber *et al.*, 2009; Proude *et al.*, 2009).

CAGE é o acrónimo de um conjunto de quatro questões, destinadas à identificação de consumo abusivo ou dependência alcoólica. A sua aplicação demora poucos minutos (Whitlock *et al.*, 2004). Caso o doente responda afirmativamente a duas ou mais questões, tem indicação para avaliação aprofundada. Este método não é o mais indicado para rastreio, nem faz diagnóstico de alcoolismo (Haber *et al.*, 2009).

O CRAFFT é um instrumento de rastreio alargado que avalia o consumo simultâneo de álcool e drogas, desenvolvido para ser aplicado a adolescentes. As três questões iniciais avaliam o consumo de álcool e drogas. As restantes seis avaliam as consequências desse consumo. A principal crítica a este questionário é a sua reduzida especificidade (Clark *et al.*, 2010; Clark e Moss, 2010).

O MAST é um questionário constituído por 24 itens, direccionado para indivíduos que apresentam padrões de abuso ou dependência alcoólica (Haber *et al.*, 2009; Proude *et al.*, 2009). No entanto, é muito extenso, requerendo um mínimo de 10 minutos para a sua conclusão, o que limita a sua utilização como método de rastreio (Haber *et al.*, 2009; Proude *et al.*, 2009). O “Short Michigan Alcohol Screening Test” (SMAST) e o “Brief Michigan Alcohol Screening Test” (b-MAST) são versões reduzidas do MAST que procuram encurtar o tempo dispendido nesta tarefa, bem como garantir eficácia semelhante ou superior à do questionário original (Proude *et al.*, 2009).

O rastreio AUDIT foi desenvolvido pela OMS (Proude *et al.*, 2009) (Anexo 1). Trata-se de um conjunto de 10 questões que abordam três domínios conceptuais – consumo de risco, consumo nocivo e sintomas de dependência alcoólica. Desta forma o AUDIT permite obter a caracterização dos consumo, avaliação das consequências desse consumo e sintomas de dependência (Tabela 4) (Haber *et al.*, 2009).

Tabela 4. Dimensão e correspondência dos itens do questionário AUDIT.

Dimensão	Nº pergunta	Conteúdo do item
Caracterização dos consumos	1	Frequência dos consumos.
	2	Quantidade.
	3	Frequência de consumos excessivos.
Sintomas de dependência	4	Descontrolo no consumo.
	5	Limitações com o consumo.
	6	Consumos logo de manhã.
Consequências do consumo	7	Sentimentos de culpa após beber.
	8	<i>Black-outs</i> .
	9	Consequências para outros depois de beber.
	10	Preocupação de outros com o consumo.

Adaptado de Gomes C (2004) Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral*. 20:101-18 e Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders JB, Monteiro MG (2001) AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (Second Edition). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Este método de identificação dos consumidores de risco é simples e eficaz na avaliação dos padrões de uso de álcool (Proude *et al.*, 2009; Ronzani *et al.*, 2005). A estas características acrescentam-se ainda a particularidade de ser o único questionário que está traduzido nas várias línguas oficiais e validado para diversas culturas e populações, incluindo adolescentes, toxicodependentes, doentes psiquiátricos e condutores sobre efeito de álcool (Haber *et al.*, 2009; Proude *et al.*, 2009; Ronzani *et al.*, 2005). A sua aplicação ao nível dos CSP também tem demonstrado boa eficácia (Haber *et al.*, 2009; Whitlock *et al.*, 2004).

Um “score cut-off” de 8 permite identificar os consumidores de risco com elevado grau de sensibilidade e especificidade (Tabela 5) (Haber *et al.*, 2009)

Tabela 5. Score do AUDIT e nível de consumo.

% de utentes	Score	Nível de Consumo
40%	0	Abstinentes.
35%	1 – 7	Bebedores de baixo risco ou moderado.
20%	8 – 19	Bebedores de risco (8 – 15) ou nocivo (16 – 19).
5%	20 – 40	Dependência.

Adaptado de Gomes C (2004) Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral.* 20:101-18

Quando associado a IB, facilita a relação médico-doente, fornece “feedback” ao paciente sobre o seu estado actual e a evolução do quadro clínico (Tabela 6). Como tal, é uma boa etapa inicial para a introdução das IB e motivação para a mudança de comportamento (Ronzani *et al.*, 2005).

O AUDIT-C trata-se de uma versão mais curta do AUDIT, constituída pelas primeiras três perguntas do questionário original, tornando-se ainda mais fácil aplicar a nível dos CSP (Proude *et al.*, 2009; World Health Organization, 2009).

A evidência atribui-lhe o grau de recomendação I-A (Proude *et al.*, 2009).

Tabela 6. Relação entre score AUDIT e grau de intervenção.

Nível de risco	Intervenção	Score AUDIT
Zona I	Educação para o álcool	0 a 7
Zona II	Aconselhamento simples	8 a 15
Zona III	Aconselhamento simples + Intervenção breve e monitorização contínua	16 a 19
Zona IV	Referência a especialista para avaliação diagnóstica e tratamento	20 a 40

Adaptado de Gomes C (2004) Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral*. 20:101-18 e Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders JB, Monteiro MG (2001) AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (Second Edition). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Em relação aos jovens, os instrumentos acima referidos não reúnem todas as condições necessárias para serem aplicados de forma rotineira na identificação dos consumidores de risco dentro destas idades (Clark e Moss, 2010). Ainda assim, o AUDIT apresenta boa replicabilidade quando aplicado aos pacientes mais jovens, sendo possível obter uma sensibilidade entre 0,54 e 0,87 e especificidade entre 0,65 a 0,97 com “scores” óptimos entre 2 e 10 (Clark *et al.*, 2010; Clark e Moss, 2010). Vários estudos estimam uma sensibilidade de 0,95 e especificidade de 0,75 quando aplicado a jovens entre os 13 e os 19 anos. No sentido de permitir elevados valores de sensibilidade, o autor recomenda um “score cut-off” de 3 pontos em jovens até aos 18 anos, aumentando para 8 pontos entre os 18 e os 20 anos (Clark *et al.*, 2010). Daqui se depreende que o método de identificação dos

jovens com consumo excessivo de álcool mais adequado é o AUDIT (Clark *et al.*, 2010; Clark e Moss, 2010).

EXAME FÍSICO

O exame físico auxilia o médico na pesquisa de sinais ou sintomas associados a PLA. Dentro destes, destacam-se os problemas físicos (através da pesquisa de sinais de trauma, doença hepática ou outras lesões orgânicas), problemas psicológicos (depressão, ansiedade, ideação suicida, insónia) e problemas sociais (a nível da profissão, questões financeiras, conjugais, violência doméstica) (Haber *et al.*, 2009).

O aparecimento de problemas em indivíduos que consomem álcool deve fazer o médico pensar na possibilidade de estar perante um PLA (Taylor, 2006). Por esse facto, recomenda-se que nestas circunstâncias o paciente seja submetido a uma avaliação mais exaustiva do consumo de álcool e das suas consequências (Haber *et al.*, 2009).

PARÂMETROS BIOLÓGICOS

Um outro parâmetro que pode auxiliar a identificação dos consumidores de risco é a avaliação dos marcadores biológicos.

O teste do balão e a taxa de alcoolémia são marcadores directos do consumo de álcool. A sua utilização destina-se a contextos específicos, tais como identificação de

condutores sobre o efeito do álcool e/ou serviço de urgência. Por outro lado, os marcadores indirectos espelham o efeito orgânico do consumo de álcool, sendo a GGT (gama glutamil transpeptidase) a mais utilizada (Haber *et al.*, 2009).

Em geral, os marcadores biológicos são usados como auxiliares no diagnóstico de alcoolismo. Como método de rastreio, o AUDIT é preferível aos marcadores biológicos (Haber *et al.*, 2009).

ENTREVISTA MOTIVACIONAL E COMPONENTES DAS INTERVENÇÕES BREVES

Após a identificação de um doente como sendo consumidor de risco, o profissional de saúde deverá aconselhá-lo a adquirir hábitos alcoólicos saudáveis. Um dos métodos disponíveis para essa abordagem é através de IB (Williams *et al.*, 2006).

Sem que o doente aceite que o seu consumo de álcool é problemático e sem qualquer motivação para a mudança, a alteração de comportamento não ocorrerá de forma natural ou será tardia. Desta forma, o primeiro passo na aplicação da IB consiste em avaliar o grau de motivação do doente, na medida em que a eficácia desta abordagem está implicitamente associada à preparação para a mudança, no sentido da redução da ingestão de álcool (Haber *et al.*, 2009; Bien *et al.*, 1993).

MODELO TRANSTEÓRICO

Os estudos revelam que a maioria dos doentes identificados como consumidores de risco a nível dos CSP, apresentam alguma motivação para a mudança. Esse aspecto contraria a histórica opinião de alguns profissionais de saúde que encaram os consumidores excessivos como indivíduos que não aceitam os seus hábitos como um problema, não estão dispostos a discutir o assunto e que rejeitam qualquer tipo de auxílio. Essa atitude é frequente nos doentes dependentes, mas não caracteriza os consumidores excessivos

(Williams *et al.*, 2006). Neste sentido, a avaliação inicial do estado de motivação do doente é uma peça fundamental na eficácia de qualquer terapêutica que venha a ser instituída (Proude *et al.*, 2009).

O modelo transteórico sugerido por Prochaska e DiClemente aborda princípios e processos de mudança, baseados nas mais importantes teorias de psicoterapia e mudança de comportamento. O intuito deste modelo é auxiliar os indivíduos que não se encontram preparados para a mudança, tornando-os menos resistentes e mais motivados para a ideia de aquisição de novos hábitos e rotinas (Prochaska, 2008).

Este modelo aborda cinco estádios de motivação: estágio de pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção (Proude *et al.*, 2009; Prochaska, 2008; Gomes, 2004).

O ponto de partida é o estágio de pré-contemplação. Os sujeitos que se apresentam nesta fase não têm consciência do seu problema, rejeitando ou resistindo à ideia de mudança (Proude *et al.*, 2009; Prochaska, 2008; Gomes, 2004).

No estágio de contemplação, o paciente tem consciência do seu problema, sem contudo assumir qualquer compromisso na redução ou abstinência do consumo de álcool, encontrando-se ambivalentes perante a hipótese de mudança de comportamento (Proude *et al.*, 2009; Prochaska, 2008; Gomes, 2004).

Aquele paciente que procurou, sem sucesso, alterar o seu comportamento, encontra-se no estágio de preparação. O sujeito tem a intenção de alterar o seu consumo e a ideia da mudança é facilmente aceite. Aliás, os indivíduos neste estágio têm a peculiaridade de tomarem a iniciativa na procura de apoio, seja através de grupos de aconselhamento, consultas médicas, pesquisa de métodos de abordagem de auto-ajuda, entre outros (Proude *et al.*, 2009; Prochaska, 2008; Gomes, 2004).

O estágio de acção caracteriza-se por ser uma fase onde a mudança se verificou, foi eficaz e a redução do consumo ou abstinência manteve-se durante algum tempo. Nesta fase, sente-se autónomo e acredita nas suas capacidades para persistir com o plano de mudança e manter o comportamento actual (Proude *et al.*, 2009; Prochaska, 2008; Gomes, 2004).

Após o controlo do comportamento, seja através da sua moderação ou eliminação, segue-se o estágio de manutenção, em que o principal risco consiste em recuar para um dos estádios anteriormente descritos. Contrariamente ao estágio de acção, nesta fase o sujeito não precisa de manter um plano de acção, uma vez que a mudança já foi estabelecida com sucesso (Proude *et al.*, 2009; Prochaska, 2008; Gomes, 2004).

Prochaska refere um outro estágio, denominando-o de terminação. Estariam nesta fase todos os pacientes sem qualquer tentação em restabelecer o comportamento anterior, a quem os novos hábitos foram adquiridos e são praticados de forma automática. São também indivíduos com elevado auto-controlo e sem necessidade de apoio de terceiros (Prochaska, 2008).

Alguns autores salientam a recaída como podendo ser considerado um outro estágio para além daqueles sugeridos pelo modelo transteórico de Prochaska e Di Clemente. Nesta fase, o indivíduo recua para um dos estádios anteriores, sem contudo, significar que essa regressão de estágio é o resultado de uma intervenção falhada (Proude *et al.*, 2009).

Segundo os autores do modelo transteórico, os estádios descritos correspondem a etapas e processos de evolução da motivação para a mudança (Figura 4).



Figura 4 – Os estádios de mudança de Prochaska e Di Clemente.

Adaptado de Gomes C (2004) Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Rev Port Clin Geral. 20:101-18.

Na realidade, o processo evolutivo nem sempre ocorre de forma linear, na medida em que se tratam de variáveis dinâmicas e em constante mudança. É exactamente esse aspecto que os autores do modelo transteórico procuram salientar. A mudança de estágio é possível. Por isso mesmo, uma abordagem psicoterapêutica eficaz pode estimular e facilitar a decisão de mudança de comportamento (Proude *et al.*, 2009; Prochaska, 2008; Gomes, 2004).

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Uma forma de facilitar a mudança de comportamento é através da entrevista motivacional. Este tipo de abordagem psicoterapêutica, foi desenhada para auxiliar doentes ambivalentes, estágio onde se inserem muitos dos consumidores de risco, procurando motivar o doente para os aspectos positivos da mudança de comportamento (Haber *et al.*, 2009).

De forma simplista, a entrevista motivacional procura desenvolver a discrepância entre o comportamento actual do doente e os objectivos pretendidos para o futuro, aumentar o reconhecimento de problemas, motivar e estimular a auto-eficácia (Walton *et al.*, 2010).

É uma terapêutica centrada no doente, realizada num estilo de não-confrontação, em que o profissional de saúde é visto como mero facilitador da mudança (Haber *et al.*, 2009).

Os aspectos fundamentais da entrevista motivacional são:

- Colaboração/cumplicidade: tanto o médico como o doente têm papéis fulcrais em todo o processo de mudança de comportamento, não havendo espaço para julgamentos ou coacção, mas sim para auxílio e facilitação da alteração de comportamento;
- Evocação: consiste em fazer com que o doente acredite que tem capacidades e recursos para a mudança que o médico propõe;
- Autonomia: os direitos e escolhas do doente devem ser respeitados pelo médico, sem que este dê ordens para a mudança, mas antes aconselhe o doente a praticá-la e aceitar o caminho por ele escolhido (Haber *et al.*, 2009).

Os quartos princípios da entrevista motivacional são expressar empatia, desenvolver a discrepância entre os hábitos de consumo actuais e aqueles que se pretende adquiridos no futuro, contornar a resistência do doente para a mudança e estimular a auto-eficácia (fazer com que o doente acredite que é capaz de mudar) (Haber *et al.*, 2009).

As IB baseiam-se na entrevista motivacional. A relação entre estes dois métodos de abordagem psicoterapêutica prende-se com a importância de avaliar a motivação intrínseca do doente para aceitar a proposta de mudança de comportamento que será efectuada pelo profissional de saúde (Williams *et al.*, 2006).

CONTRA-IMAGEM

À medida que a personalidade se vai desenvolvendo, o indivíduo adquire um estilo de vida com o qual se identifica. Isto é, conscientemente ou não, o indivíduo procura adquirir e transmitir uma imagem à sociedade, à qual associa determinados estímulos e recompensas (Taylor, 2006).

No caso do alcoolismo, o processo de contra-imagem auxilia o médico a alterar a imagem positiva que o paciente tem sobre um hábito nocivo, permitindo que se reduza o consumo de álcool e fomentando um estilo de vida mais saudável (Taylor, 2006).

INTERVENÇÕES BREVES

Os modelos de IB são baseados na entrevista motivacional (Haber *et al.*, 2009; Raistrick *et al.*, 2006; Ronzani *et al.*, 2005; De Micheli *et al.*, 2004) e consistem em sessões terapêuticas com uma duração média de 5 a 10 minutos, decorrendo em 3 ou 4 sessões, que têm por finalidade modificar o comportamento de risco de um indivíduo no sentido da redução dos seus níveis de consumo de álcool (Clark *et al.*, 2010; World Health Organization, 2009; Proude *et al.*, 2009; Anderson, 2008; Grossberg *et al.*, 2004).

O objectivo destas intervenções passa pela mudança de comportamentos, integrada numa perspectiva de aquisição de estilos de vida saudável e promoção de saúde. Para além de ser uma abordagem relacionada com a educação para a saúde, as IB são complementadas por estratégias de incentivo à mudança, orientados pelos princípios da entrevista motivacional (Barnett *et al.*, 2004).

Em relação ao alcoolismo, as IB adequam-se aos consumidores de risco ou nocivo (Haber *et al.*, 2009). Este grupo de indivíduos não apresenta dependência, nem graves PLA. No entanto, se perpetuarem a prática de tais hábitos, desenvolverão no futuro consequências a nível físico, psíquico, social e económico, como resultado do consumo de álcool num padrão não saudável (Proude *et al.*, 2009; Whitlock *et al.*, 2004).

Nem sempre a percepção do doente sobre do risco inerente aos hábitos alcoólicos por si praticados é a mais correcta. Tal facto condiciona a procura de auxílio nesta área. Na maioria das situações, a procura do médico é feita num outro contexto, por um outro motivo, sendo o doente submetido a rastreio oportunístico do consumo de álcool que o identifica como consumidor de risco ou nocivo. Por este motivo, é fulcral que as IB sejam dirigidas à comunidade em geral (Raistrick *et al.*, 2006), garantindo que a identificação dos

indivíduos em risco e o seu aconselhamento ocorram com a maior precocidade possível e que se previna a evolução para padrões de abuso ou dependência (Ronzani *et al.*, 2005). A evidência aponta mesmo para a reduzida eficácia das IB quando aplicadas a indivíduos dependentes ou que apresentam graves PLA, motivo pelo qual estes doentes devem ser encaminhados e acompanhados por serviços especializados (Figura 5) (Haber *et al.*, 2009; Raistrick *et al.*, 2006).

Quanto ao local, as IB podem ser aplicadas em contexto de serviço de urgência, enfermarias de hospitais, consultas externas, comunidades de aconselhamento, serviços de saúde e bem-estar e locais de trabalho (Haber *et al.*, 2009). A evidência justifica a implementação de IB ao nível dos CSP, dada a boa acessibilidade e o contacto com uma grande proporção da população (Haber *et al.*, 2009; World Health Organization, 2009; Bertholet *et al.*, 2005).

As IB podem ser aplicadas por qualquer profissional de saúde, desde que tenha recebido formação específica nesta área (Haber *et al.*, 2009; Proude *et al.*, 2009).

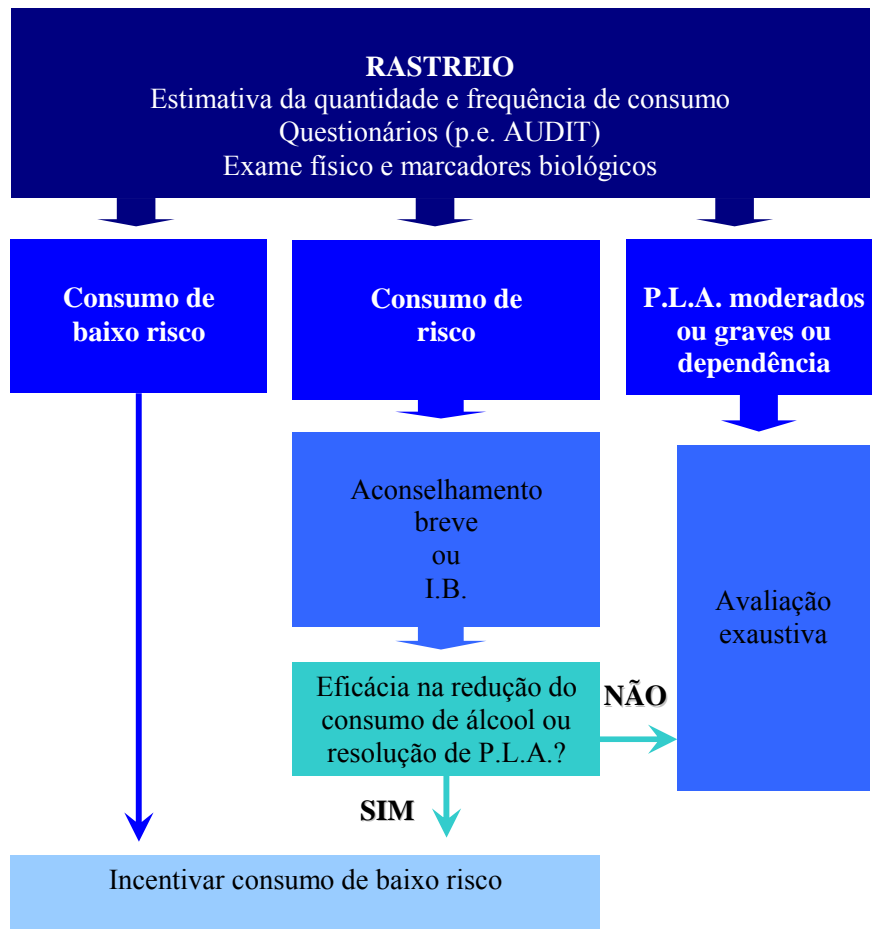


Figura 5 – Avaliação do consumo de álcool e consequente abordagem do doente.

Adaptado de Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O (2009) Quick Reference Guide to the Treatment of Alcohol Problems – Companion Document to The Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. Canberra: Department of Health and Ageing, Australia.

ELEMENTOS E ABORDAGENS DAS INTERVENÇÕES BREVES

De um modo geral, as IB constituem entrevistas dirigidas e centradas no doente que apresenta um consumo de risco de álcool, avaliação personalizada, feedback, aconselhamento e estabelecimento de um acordo entre médico-doente no sentido da redução da quantidade de álcool ingerida (Tabela 3). São estes os princípios gerais (Haber *et al.*, 2009; Williams *et al.*, 2006; De Micheli *et al.*, 2004).

Tabela 3 - Elementos das Intervenções Breves.

Apresentar o resultado do rastreio.
Identificar os riscos e discutir as consequências.
Providenciar aconselhamento médico.
Solicitar o compromisso do paciente.
Identificar metas: redução do consumo ou abstinência.
Fornecer aconselhamento e motivação.

Adaptado de Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders JB, Monteiro MG (2001) AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (Second Edition). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Na literatura, o nível de intervenção mais adequado ao doente em risco é discutível. Fleming (2004) e Raistrick *et al.*, (2006) apresentam diferentes propostas.

Segundo Fleming (2004), o nível de intervenção a ser aplicado num doente depende de vários factores, incluindo gravidade do consumo de álcool, presença ou não de

dependência alcoólica, consumo concomitante de tabaco ou drogas ilícitas e história de ocorrências médicas ou psiquiátricas. Além disso, também devem ser avaliados os factores associados ao médico: local e ambiente clínico onde se pratica a IB, bem como “skills”, níveis de interesse e tempo disponível por parte do médico. Depois de ponderados os factores descritos, um dos três níveis propostos por Fleming (2004) deverá ser o escolhido e exercido, tendo em consideração a adequação aos intervenientes.

O nível 1 deverá ser praticado nas situações em que o tempo do médico é o principal factor limitante. Está indicado para todos os consumidores de risco. A escassez de tempo leva a que o médico se centre naquilo que o consumidor de risco ingere, reduzindo a IB a um simples aconselhamento sobre a necessidade de diminuir o seu consumo.

O nível 2 segue o modelo do “Projecto TrEAT”, que consiste em aplicar duas sessões durante um mês, culminando com uma sessão de follow-up por via telefónica nas duas semanas seguintes. Sendo este nível mais complexo que o anterior, justifica-se a utilização em doentes que apresentem PLA, sem terem indicação específica para acompanhamento por especialista ou então naqueles indivíduos que não necessitam obrigatoriamente de se manter abstinentes.

O nível 3 é aquele que exige mais do clínico. A IB é mais prolongada no tempo, podendo atingir entre 15 a 20 minutos, onde a importância da entrevista motivacional prevalece. O objectivo central é motivar o doente para a mudança do seu padrão de consumo de álcool. Os doentes com sintomas ou sinais de abuso ou dependência alcoólica são os que melhor se enquadram para receber este nível de intervenção, tratando-se de situações na quais o encaminhamento para especialista está deveras aconselhado (Fleming, 2004).

Tabela 2. Relação entre nível de intervenção necessário e a abordagem a ser aplicada.

Nível de IB	Quando usar este nível	Técnica de IB
1	Se o resultado do rastreio determinar que as IB são necessárias mas o tempo é limitado.	Estado de ligeira preocupação em que o consumo do paciente excede os limites recomendados e pode levar a PLA. Recomenda-se que o paciente minimize ou pare de beber.
2	Se a referência a especialista não é necessária; se a abstinência não é necessariamente o objectivo a alcançar.	Protocolo do Project TrEAT (Trial for Early Alcohol Treatment), com duas sessões frente-a-frente espaçadas de um mês, com um contacto telefónico duas semanas após cada sessão.
3	Se o paciente tem sintomas de abuso ou dependência alcoólica; se a abstinência for o objectivo primário.	Entrevista motivacional, referência a especialista.

Adaptado de Fleming MF (2004) Screening and brief intervention in primary care settings. *Alcohol Res Health*. 28(2):57-62.

Após a realização de um artigo de revisão, Raistrick *et al.*, (2006) propõem uma divisão entre IB simples e extensas.

As IB simples assemelham-se às intervenções de nível 1 descritas por Fleming (2004). Têm uma duração de apenas cinco minutos, feitas por médicos que não têm como dispensar mais tempo para realizar as referidas intervenções. Todos os doentes que

apresentam rastreio positivo para consumo de risco ou nocivo são candidatos a receber IB simples.

Por outro lado, as IB extensas descritas por Raistrick *et al.* (2006) decorrem durante 20 a 30 minutos, que podem ser repetidos por várias sessões. São adequadas a consumidores abusivos ou com PLA, em estágio de contemplação. Durante as intervenções extensas são abordados vários aspectos com o doente, nomeadamente a sua capacidade de controlar o consumo de álcool, desenvolvimento de estratégias de coping para lidar com situações de risco, estimular a prática de estilos de vida saudável onde o consumo de álcool seja substituído por outros comportamentos e oferecer um feedback sobre a sua evolução clínica (por exemplo, através de exames analíticos). Exigem mais formação específica e tempo do que as IB simples. Contudo distinguem-se da entrevista motivacional na medida em que são intervenções mais centradas no doente e na negociação com este, de forma a motivá-lo para a mudança de comportamento. Ainda nesse trabalho, o autor refere que a evidência não permite concluir que as intervenções extensas ofereçam benefícios adicionais em relação às intervenções simples (Raistrick *et al.*, 2006).

Em relação aos pacientes jovens, Clark *et al.* (2010) propõem que se aplique a abordagem “5 A”, que significam “Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange”.

O primeiro A corresponde a Avaliação (“Assess”), isto é, trata-se da aplicação do AUDIT e identificação dos jovens com consumo de risco de álcool. No caso de o rastreio ser positivo, a avaliação deverá ser mais exaustiva, apurando os PLA, nomeadamente a nível físico, psíquico, social e consumo de polidrogas (dando maior relevo ao comportamento sexual de risco e ao consumo de tabaco e drogas). O resultado desta primeira etapa é comunicado ao doente, dando-lhe “feedback” sobre o seu estado de saúde

e riscos associados aos hábitos actuais (Clark *et al.*, 2010; Haber *et al.*, 2009; World Health Organization, 2009; Whitlock *et al.*, 2004).

O segundo passo é o de Aconselhamento (“Advise”). Caso o doente tenha menos de 18 anos, a abstinência será a melhor opção a considerar. Se tiver mais de 18 anos, é proposta uma redução do consumo de álcool (Clark *et al.*, 2010; Haber *et al.*, 2009; World Health Organization, 2009; Whitlock *et al.*, 2004).

No entanto, na maioria das situações, o paciente tem dificuldade em aceitar o conselho do médico. É aqui que entra o terceiro “A” desta abordagem: Acordo (“Agree”). O médico procurará negociar a melhor forma de reduzir o consumo de álcool e estabelecer metas personalizadas para o paciente em questão. Para que seja possível alcançar os resultados pretendidos poderá ser necessário recorrer às técnicas da entrevista motivacional, no sentido de auxiliar o paciente na mudança de comportamento (Clark *et al.*, 2010; Haber *et al.*, 2009; World Health Organization, 2009; Whitlock *et al.*, 2004).

O quarto “A” (Auxílio, “Assist”) consiste em auxiliar o paciente na mudança que acaba de ser acordada entre os dois intervenientes neste processo. Pode ser conseguido através da estimulação e motivação para a mudança ou mesmo fornecendo informações úteis disponíveis em endereços na internet (Clark *et al.*, 2010; Haber *et al.*, 2009; World Health Organization, 2009; Whitlock *et al.*, 2004).

O último “A”, de “Arrange”, consiste em providenciar visitas de seguimento e acompanhamento do paciente. Com isso, pretende-se avaliar a adesão aos conselhos do médico, acompanhar a mudança de comportamento, discutir PLA, reforçar as recomendações e, se necessário, encaminhar o paciente para serviços especializados (Clark *et al.*, 2010; Haber *et al.*, 2009; World Health Organization, 2009; Whitlock *et al.*, 2004).

Nesta fase, pode justificar-se a elaboração de um contrato-compromisso. Após alcançado o acordo, os intervenientes assinam um papel que, sendo algo palpável, dará estrutura à IB e motivará o doente para cumprir aquilo que fora estipulado (Taylor, 2006).

Outras abordagens alternativas seguem os acrónimos FLAGS, de “Feedback, Listen, Advice, Goals, Strategies” (Haber *et al.*, 2009; Proude *et al.*, 2009), e FRAMES, de “Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy (Raistrick *et al.*, 2006 ; Bien *et al.*, 1993). A estrutura é semelhante e não se verificam diferenças em termos de eficácia (Proude *et al.*, 2009). A abordagem dos “5 A” é eficaz e adequada para ser aplicada a adolescentes e jovens (Clark *et al.*, 2010; Whitlock *et al.*, 2004).

EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES BREVES NA POPULAÇÃO ADULTA

A evidência aponta para a eficácia das IB aplicadas em adultos com consumo de álcool acima dos valores recomendados e/ou com PLA e que não procuram tratamento especializado (Proude *et al.*, 2009). No sentido da promoção de saúde e prevenção da doença, as IB destacam-se pelo seu potencial na mudança de comportamento, pela possibilidade de ser aplicada a um vasto grupo populacional e pelos reduzidos custos (Cunningham *et al.*, 2008).

Vários estudos referem que as IB podem reduzir o consumo de álcool em cerca de 30%, quando aplicada a adultos consumidores de risco (Haber *et al.*, 2009; Fleming, 2004). Isso representaria uma redução de 4 UBP por semana (Anderson, 2008). Os benefícios poderão ser ainda mais abrangentes, na medida em que a redução do consumo de álcool

levará à conseqüente redução dos PLA e a mudança de comportamento adquirida pelo doente poderá estar associada à aquisição de um estilo de vida mais saudável (Grossberg *et al.*, 2004).

Quanto à relação custo-eficácia, os benefícios resultantes da aplicação das IB em adultos e os reduzidos recursos exigidos permitem que esta estratégia de redução do consumo de álcool seja eficaz e pouco dispendiosa (Haber *et al.*, 2009; De Micheli *et al.*, 2004). O Projecto TrEAT concluiu que a razão custo-benefício para a vertente clínica seria de 4,3:1 e que numa perspectiva social essa razão seria estimada em 39:1 (Bertholet *et al.*, 2005). Os estudos revelam mesmo um número necessário para tratar de 10 (Whitlock *et al.*, 2004). Em relação ao género, a diferença na eficácia não é significativa (Bertholet *et al.*, 2005). Além disso, o efeito alcançado por estas intervenções pode manter-se durante 36 a 48 anos (Bertholet *et al.*, 2005).

Tal como referido por De Micheli *et al.* (2004), muitos dos estudos realizados sobre eficácia das IB foram desenhados para a população adulta, sugerindo a necessidade de investigar o seu potencial quando aplicadas em jovens com consumo de risco.

EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES BREVES APLICADAS A JOVENS COM CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL

Vários estudos foram realizados no sentido de avaliar a eficácia das IB quando aplicadas a jovens com PLA. Embora muitos destes estudos sejam desenhados para populações com padrões de consumo nocivo ou dependência, aqueles que se limitam a adolescentes com consumo excessivo permitem conclusões importantes.

Boekeloo BO *et al.* (2004) realizaram um estudo cujo objectivo foi determinar se as IB induziam alterações nas crenças e uso de álcool. Para isso, contaram com um grupo de 409 jovens entre os 12 e os 17 anos que visitaram os CSP num contexto de avaliação do seu estado de saúde. O grupo foi dividido em três subgrupos (I, II e III). O subgrupo I recebeu um aparelho de áudio com músicas, sem qualquer referência ao álcool. O subgrupo II recebeu também um aparelho de áudio com uma faixa que abordava a temática do álcool e com um programa de auto-avaliação do consumo. Este mesmo aparelho foi fornecido aos jovens do subgrupo III, acompanhado de um panfleto informativo com questões relacionadas com o álcool. Os resultados mostraram que, apesar de terem conhecimento que o álcool condiciona o raciocínio, os jovens dos subgrupos II e III apresentavam maior intenção em consumir álcool num futuro próximo do que os participantes do subgrupo I. Ao final de 6 meses, essa intenção foi mesmo colocada em prática, na medida em que os subgrupos II e III apresentavam consumos tipo “binge drinking” com maior frequência do que o subgrupo I. Após um ano, o número de ocasiões de “binge drinking” entre os jovens dos subgrupos II e III e o consumo de álcool nos últimos 30 dias registado pelo subgrupo II superaram os do subgrupo I. Desta forma, os autores concluíram que as IB são ineficazes

na redução do consumo de álcool, embora aumentem o à-vontade do jovem em abordar esta temática.

Barnett *et al.* (2004) compararam a eficácia as IB com sessões de aconselhamento, num grupo de jovens que apresentavam consumo excessivo de álcool. Os resultados demonstraram que em ambos os casos os jovens reduziram o número de “binge drinking” e apresentaram menores taxas de alcoolémia no mês seguinte. Contudo, o grupo que recebeu IB demonstrou reduções mais significativas nos PLA. Os autores chegaram à conclusão que quem recebeu IB está mais disponível e colaborante perante a abordagem desta temática, parecendo obter maiores benefícios pessoais do que quem recebeu sessões de aconselhamento.

O Project TrEAT é um estudo desenhado para avaliar a eficácia das IB na redução do consumo de álcool, promoção de saúde e avaliação da utilização dos cuidados de saúde. A partir deste projecto, Grossberg *et al.* (2004) seleccionaram os indivíduos com idades entre os 13 e os 30 anos, num total de 226 jovens adultos e analisaram a eficácia das IB nestes participantes. Os participantes foram divididos em dois grupos, sendo que um recebia IB e o outro recebia os usuais cuidados de saúde, sem qualquer tipo de intervenção específica. Após um período de quatro anos, os resultados foram esclarecedores. Quem recebeu IB, registou uma diminuição do consumo de álcool diário e semanal, redução do consumo tipo “binge drinking” (quer em número de bebidas por ocasião, quer na frequência dos episódios ocorridos no espaço de um mês) e redução dos PLA (menos acidentes e infracções rodoviárias e menos visitas ao serviço de urgência). Por isso mesmo, os autores concluíram que as IB reduzem o consumo de álcool entre adolescentes, diminuem os PLA e a procura de cuidados de saúde por questões relacionadas com o álcool. Além disso, os efeitos prolongaram-se durante pelo menos os quatro anos que durou o estudo.

Kypri *et al.* (2008) efectuaram um estudo na Nova Zelândia com 975 alunos com idades entre os 17 e 29 anos. Os participantes foram sujeitos a rastreio, através do AUDIT. Dentro destes, 576 apresentavam consumo excessivo e consentiram participar no estudo, tendo sido divididos por três grupos. O grupo controlo recebeu um panfleto. Dos dois grupos restantes, um foi submetido a uma única IB e o outro recebeu duas sessões de IB no espaço de 6 meses. Os resultados mostraram que os alunos que foram submetidos a uma dose de IB apresentaram menor frequência de consumo em seis meses, menor consumo total e menos problemas escolares, nos 6 meses seguintes ao estudo, em comparação com o grupo de controlo. Ao final de um ano, as diferenças mantiveram-se. Comparando o grupo controlo com o grupo que recebeu mais do que uma sessão de IB, verifica-se que este último apresentou menor frequência de consumo em 6 meses, redução do consumo total equivalente a 3 UBP semanais, redução dos episódios de “binge drinking” e menos problemas escolares. Os efeitos também se mantiveram ao final de um ano. Os autores concluíram que o consumo excessivo de álcool pode ser reduzido com um única sessão de IB, mantendo-se os resultados durante pelo menos um ano. Sessões adicionais parecem trazer mais benefícios do que uma sessão única.

Clark *et al.* (2010), num estudo de revisão, referem que as IB são recomendadas a jovens, alertando que a abordagem actual pode não ser a mais adequada e necessitar de reajustes em relação à forma como é aplicada em adultos. Referem também que os estudos controlados e randomizados diferem de forma considerável quanto à duração e conteúdos das intervenções. Além disso, criticam o facto de poucos estudos terem sido realizados neste campo nos últimos anos. Ainda no seu estudo de revisão, confirmam que o rastreio e as IB devem ser fornecidas a adolescentes nos CSP. Esta posição é argumentada com base na alegação de que é possível generalizar os resultados alcançados com as populações

adultas. Salientam também que será melhor aplicar IB do que não fornecer qualquer tipo de apoio aos jovens com padrões de consumo de risco. Segundo os mais recentes estudos, as sessões permitirão reduzir o consumo semanal e a frequência de “binge drinking” em trinta dias de follow-up.

Fleming *et al.* (2010) efectuaram um estudo a nível dos CSP, desenhado para a população jovem. Foram identificados 12 900 jovens, que procuraram os CSP e foram interrogados sobre o seu estado de saúde e hábitos. Ao todo, 4512 (35%) apresentaram critérios de consumo excessivo de álcool nos 28 dias antes do estudo. Dentro destes, 986 jovens, com uma média de idades de 21 anos, aceitaram participar no estudo e completaram o protocolo. Foram submetidos a duas sessões de 15 minutos, durante um mês. Os resultados mostraram que tanto o grupo controlo como o grupo experimental apresentaram reduções importantes na quantidade de álcool ingerido e episódios de “binge drinking”. No entanto, as diferenças foram mais acentuadas no grupo experimental (que recebeu IB). Em termos de redução de consumo, o grupo experimental apresentou reduções na ordem dos 27,2%, enquanto no grupo controlo a redução foi de 21,0%. Ao final de 12 meses, não se revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Em termos da procura de cuidados de saúde devido a questões relacionadas com o álcool, os resultados não apontam diferenças em ambos os grupos. Os autores concluíram que os jovens que apresentam padrões de risco e são submetidos a IB apresentam reduções significativas do consumo de álcool. Em consequência disso, o número de PLA tenderá a diminuir. No entanto, devido ao facto de os problemas físicos estarem associados a consumo nocivo e dependente, a sua frequência em indivíduos em faixas etárias mais jovens é relativamente diminuta. Desta forma, os resultados não devem ser interpretados como ineficácia das IB na

redução dos PLA. Os autores acrescentam que são necessários mais estudos para avaliar os efeitos a longo prazo.

IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES BREVES AO NÍVEL DOS CSP

Os CSP apresentam características que os privilegia na implementação das IB quando comparados com outros prestadores de serviços de saúde. A acção do especialista em MGF está orientada e integrada na família e na comunidade. O seu papel ao nível da promoção de saúde e prevenção da doença é facilitado pela acessibilidade e proximidade à população, tendo em conta que 65% dos pacientes visitam o médico de família pelo menos uma vez por ano e que cada médico de família é responsável por uma população bem definida. Beneficiam ainda do facto de poderem coordenar todos os níveis de prevenção na área do alcoolismo e de estabelecer uma relação médico-doente de empatia e confiança (Clemente Lima e Ribeiro, 2008).

Por norma, os jovens contactam o seu médico com menor frequência do que aquilo que seria desejado (Clark *et al.*, 2010). Uma forma de colmatar esta dificuldade é encarar todas as consultas do jovem como um momento de educação para a saúde e prevenção da doença. Nesse sentido, todos os médicos dos CSP devem procurar identificar os jovens consumidores de risco e aplicar IB sempre que necessário (Fleming *et al.*, 2010).

Os profissionais de saúde apontam algumas barreiras à aplicação prática de alguns projectos associados às IB e que devem ser tidas em conta na elaboração das estratégias de implementação. São exemplos a limitação de tempo disponível e o receio de prejudicar a relação médico-doente (devido a julgamento ou estigmatização). Acrescentam ainda a ausência ou falta de formação adequada, que se reflecte em dificuldade em abordar a temática do álcool, incerteza na aplicação de métodos de identificação dos consumidores de risco e dificuldades em auxiliar correctamente o indivíduo. Além disso, a falta de

incentivos financeiros é uma questão apontada com frequência (Grossberg *et al.*, 2010; Haber *et al.*, 2009). Por isso mesmo, a implementação das IB na prática clínica a nível dos CSP ainda tem um longo e árduo caminho a ser percorrido (Whitlock *et al.*, 2004).

As estratégias de implementação procuram colocar em prática os conhecimentos adquiridos, mas a sua eficácia ainda não foi comprovada (Ronzani *et al.*, 2005; Kaner *et al.*, 1999). Para tal, são necessários mais estudos para se averiguar o melhor e mais eficaz modelo de implementação, que deverá fazer parte de um programa integrado e bem estruturado de medidas de promoção de saúde e prevenção da doença que englobe não só os CSP, como toda a sociedade (Whitlock *et al.*, 2004).

A Comissão Europeia definiu estratégias perante os PLA com estabelecimento de políticas integradas. De forma sumária, essas políticas passam pela regulação do mercado do álcool, aplicação de impostos, criação de limites ao acesso (direccionado aos jovens), políticas na área da condução, educação e sensibilização pública e regulamentação da publicidade e marketing. De todas estas medidas, são de destacar a eficácia da restrição da publicidade, acesso e venda de álcool, testes para avaliar condutores sobre efeito de álcool e aplicação de IB ao nível dos CSP (Ribeiro, 2008).

Ainda a nível europeu, os vários estados membros da União Europeia desenvolveram projectos na área do alcoolismo. Destacam-se o “Pathways for Health Project” (PHP), “Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol” (ELSA) e o Projecto PHEPA (Primary Health European Project on Alcohol) (Ribeiro, 2008).

CONCLUSÃO

A nível epidemiológico, a prevalência do consumo de álcool pelos jovens nos últimos 12 meses tem-se mantido constante. Contudo, o mesmo não acontece em relação aos consumos recentes, onde se tem verificado um aumento preocupante. A experimentação ocorre em idades precoces e tem sido notório o alarmante fenómeno de feminização do alcoolismo. Em Portugal, o número de episódios de “binge drinking” registou o maior aumento nos últimos anos dentro dos países participantes do ESPAD report 2007.

A identificação dos consumidores de risco e a sua posterior orientação são de fulcral importância, na medida em que o objectivo consiste em reduzir as repercussões individuais e sociais ligadas ao alcoolismo. Doravante, todos os jovens que se apresentam a nível dos CSP devem ser submetidos a rastreio. O AUDIT é considerado pelos vários autores como o questionário mais adequado na detecção do consumo de risco em jovens.

A OMS e outras organizações aconselham a aplicação de IB a jovens identificados como consumidores de risco. Aqueles que apresentam consumo nocivo, graves PLA e/ou dependência alcoólica, deverão ser sujeitos a avaliação mais exaustiva e ponderar a referência para serviços especializados.

Quanto à eficácia das IB aplicadas em jovens que consomem álcool dentro de padrões de risco e aplicadas no contexto de CSP, o reduzido número de estudos recentes com estas características condiciona uma conclusão a favor da eficácia destas intervenções.

Os métodos aplicados nos estudos supracitados são heterogéneos. Algumas amostras populacionais não permitem a generalização dos resultados obtidos e as faixas

etárias dos participantes diferem em todos os estudos. Outro aspecto prende-se com o facto de a eficácia das IB ser comparada com diversas abordagens, sem que o real valor desses métodos de comparação seja conhecido. Quanto às IB em si, alguns estudos citados não são esclarecedores sobre os componentes das intervenções que foram aplicados.

Ainda assim, com excepção de um estudo, os resultados apontam para um possível efeito positivo na redução do consumo de álcool, no número de episódios de “binge drinking” e no número de PLA. Estes efeitos parecem manter-se durante o período mínimo de um ano, podendo prolongar-se até um período de quatro anos. No entanto, são poucos os estudos que avaliam os resultados a longo prazo.

Para além destes aspectos, as IB parecem ter efeitos adicionais, na medida em que vários autores salientaram que os jovens que recebem IB estão mais aptos e motivados para discutir a temática do álcool. Embora esta característica possa induzir uma acção adversa no sentido de um maior ou mais frequente consumo de álcool (verificado num dos estudos), este efeito adicional pode estar associado ao papel facilitador das IB na melhoria da relação médico-doente. Nesse sentido, as IB podem abrir caminho para a promoção de saúde e prevenção da doença durante o período crítico da adolescência e início da idade adulta, não só dirigida aos hábitos alcoólicos como à saúde em geral.

Desta forma, este artigo permite concluir que é necessário esclarecer e delinear os métodos de abordagem e os componentes das IB mais adequados e eficazes aos jovens com consumo excessivo de álcool. É também importante avaliar a persistência dos efeitos a longo prazo e a necessidade de sessões de reforço que permitam manter, por longos períodos de tempo, os resultados alcançados nestas faixas etárias. As estratégias de implementação das IB ao nível dos CSP devem adequar-se às peculiaridades dos

adolescentes e jovens adultos, para que seja possível aferir correctamente os resultados obtidos na redução do consumo de álcool e PLA nestas idades.

AGRADECIMENTOS

Não poderia terminar o meu Trabalho Final de 6º ano sem agradecer a disponibilidade, o interesse e o excelente acompanhamento que o meu orientador, Dr. Hernâni Pombas Caniço, me prestou. Com uma disponibilidade fora de série, foi um elemento-chave no desenrolar deste projecto, a quem serei eternamente grata.

Por fim, gostaria de agradecer à Regina Coimbra, vogal das comissões para a dissuasão da toxicoddependência da Guarda e de Viseu do IDT (futuro SICAD) pelo enorme apoio bibliográfico.

BIBLIOGRAFIA

Anderson P (2008) The risk of alcohol – what general practice can do. *Rev Port Clin Geral* 24:289-92.

Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders JB, Monteiro MG (2001) *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (Second Edition)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Baer JS, Kivlahan DR, Blume AW, McKnight P, Marlatt GA (2001) Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *Am J Public Health* 91(8):1310-6.

Barnett NP, Tevyaw TO, Fromme K, Borsari B, Carey KB, Corbin WR, Colby SM, Monti PM (2004) Brief alcohol interventions with mandated or adjudicated college students. *Alcohol Clin Exp Res* 28(6):966-75.

Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B (2005) Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 9;165(9):986-95.

Boekeloo BO, Jerry J, Lee-Ougo WI, Worrell KD, Hamburger EK, Russek-Cohen E, Snyder MH (2004) Randomized trial of brief office-based interventions to reduce adolescent alcohol use. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 158(7):635-42.

Borges ARD (2010) Estilos de Vida e Promoção da Saúde dos Estudantes nas Festas Académicas - Relatório. Área Científica de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Brain KJ (2000) Youth, Alcohol and the Emergence of the Post-Modern Alcohol Order, Occasional paper No. 1, January (London: Institute of Alcohol Studies).

Bridgers D (2002) Acute Alcohol Withdrawal: Guidelines for Evaluation and Treatment. http://intmedweb.wfubmc.edu/grand_rounds/2001/alcohol.html.

Clark DB, Gordon AJ, Ettaro LR, Owens JM, Moss HB (2010) Screening and brief intervention for underage drinkers. *Mayo Clin Proc* 85(4):380-91.

Clark DB, Moss HB (2010) Providing alcohol-related screening and brief interventions to adolescents through health care systems: obstacles and solutions. *PLoS Med* 9;7(3).

Clemente Lima MF, Ribeiro C (2008) Prevenção dos problemas ligados ao álcool em Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral.* 24:317-22

Cunningham JA, Neighbors C, Wild C, Humphreys K (2008) Ultra-brief intervention for problem drinkers: research protocol. *BMC Public Health*. 26;8:298.

De Micheli D, Fisberg M, Formigoni ML (2004) Study on the effectiveness of brief intervention for alcohol and other drug use directed to adolescents in a primary health care unit. *Rev Assoc Med Bras*. 50(3):305-13.

Feijão F (2010) Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Rev. Toxicodependências*. 16(1):29-46.

Fleming MF, Balousek SL, Grossberg PM, Mundt MP, Brown D, Wiegel JR, Zakletskaia LI, Saewyc EM (2010) Brief physician advice for heavy drinking college students: a randomized controlled trial in college health clinics. *J Stud Alcohol Drugs*. 71(1):23-31.

Fleming MF (2004) Screening and brief intervention in primary care settings. *Alcohol Res Health*. 28(2):57-62.

Gilpin NW, Koob GF (2008) Neurobiology of Alcohol Dependence: Focus on Motivational Mechanisms. *Alcohol Res Health*. 31(3):185-195.

Gomes C (2004) Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral*. 20:101-18.

Grossberg PM, Brown DD, Fleming MF (2004) Brief physician advice for high-risk drinking among young adults. *Ann Fam Med*. 2(5):474-80

Grossberg P, Halperin A, Mackenzie S, Gisslow M, Brown D, Fleming M (2010) Inside the physician's black bag: critical ingredients of brief alcohol interventions. *Subst Abus.* 31(4):240-50.

Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O (2009) Guidelines for the treatment of alcohol problems. Canberra: Department of Health and Ageing, Australia.

Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O (2009) Quick Reference Guide to the Treatment of Alcohol Problems – Companion Document to The Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. Canberra: Department of Health and Ageing, Australia.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L (2009) The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

International Center for Alcohol Policies (ICAP) (2008) Guide to Creating Integrative Alcohol Policies. Washington, DC: International Center for Alcohol Policies.

Kaner EF, Lock CA, McAvoy BR, Heather N, Gilvarry E (1999) RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *Br J Gen Pract.* 49(446):699-703.

Kypri K, Langley JD, Saunders JB, Cashell-Smith ML, Herbison P (2008) Randomized controlled trial of web-based alcohol screening and brief intervention in primary care. *Arch Intern Med.* 10;168(5):530-6.

Lima C, Ribeiro C (2008) Prevenção dos problemas ligados ao álcool em Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral.* 24:317-22.

Marinho R.A.R.T. (2008) O álcool e os jovens. *Rev Port Clin Geral.* 24:293-300.

Matos M, Simões C, Gaspar T, Tomé G, Ferreira M, Linhares F, Diniz J, & Equipa do Aventura Social (2006) Aventura social e saúde: consumo de substâncias nos adolescentes portugueses – Relatório preliminar. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com.

Matos M & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003) A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois). Lisboa: FMH

Matos M, Carvalhosa S, Reis C, Dias S (2002) Os jovens portugueses e o álcool. FMH/PEPT/GPT. 7, 1.

Mello MLM, Barrias JC, Breda JJ (2001) Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Direcção-Geral de Saúde.

Mendes V, Lopes P (2007) Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. Rev. Toxicodependências. 13(2):25-40.

National Health and Medical Research Council (2009) Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra, ACT: National Health and Medical Research Council.

Negreiros J (1998) Relação entre o consumo de álcool e drogas e comportamentos anti-sociais nos jovens. Rev. Toxicodependências. 3: 51-58.

Noal RB, Menezes AM, Araújo CL, Hallal PC (2010) Experimental use of alcohol in early adolescence: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. Cad Saude Publica. 26(10):1937-44.

Petronytė G, Zaborskis A, Veryga A (2007) Risk factors for alcohol use among youth and main aspects of prevention programs. Medicina (Kaunas). 43(2):103-9.

Proude E, Lopatko O, Lintzeris N, Haber P (2009) The Treatment of Alcohol problems: A Review of the Evidence. Report Prepared for the Australian Government Department of Health and Ageing, Sydney South West Area Health Service and the University of Sydney, Sydney.

Reis A, Barros J, Fonseca C, Parreira L, Gomes M, Figueiredo I, Matapa S (2011) Prevalência da INgestão de Álcool nos Adolescentes – Estudo PINGA. Rev Port Clin Geral. 27:338-46.

Ribeiro C, Rosendo I (2011) Saúde do adolescente em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral. 27:184-6.

Ribeiro C (2008) Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa. Qual papel para os Cuidados de Saúde Primários?. Rev Port Clin Geral. 24:323-29.

Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni ML (2005) Hazardous alcohol use: screening and brief intervention as routine practice in primary care. Cad Saude Publica. 21(3):852-61.

Santana S, Negreiros J (2008) Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. Rev. Toxicodependências. 14(1):17-24.

Silva LV, Malbergier A, Stempluk Vde A, de Andrade AG (2006) Factors associated with drug and alcohol use among university students. Rev Saude Publica. 40(2):280-8.

Taylor RB (2006) Medicina de Familia. Principios y práctica (6ª edición), Promoción de la salud, John William Richards Jr. Y Alan Blum; Ediciones Doyma, Barcelona.

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP) (2002) A Participatory Handbook for Youth Drug Abuse Prevention Programmes: A Guide for Development and Improvement. United Nations Office for Drug and Crime Prevention, Vienna.

Vieira DL, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira RR (2007) Alcohol and adolescents: study to implement municipal policies. *Rev Saude Publica*. 41(3):396-403.

Walton MA, Chermack ST, Shope JT, Bingham CR, Zimmerman MA, Blow FC, Cunningham RM (2010) Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 304(5):527-35.

Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J, U.S. Preventive Services Task Force (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 6;140(7):557-68.

World Health Organization (2011) Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2009) Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization – Regional Office for Europe (2009) Handbook for action to reduce alcohol – related harm. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.

ANEXO 1.

O QUESTIONÁRIO AUDIT – VERSÃO ENTREVISTA.

Questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): Versão entrevista	
<p>1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?</p> <p>0. nunca 1. uma vez por mês ou menos 2. duas a quatro vezes por mês 3. duas a três vezes por semanas 4. quatro ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para «curar» uma ressaca?</p> <p>0. nunca 1. menos de um vez por mês 2. pelo menos uma vez por mês 3. pelo menos uma vez por semana 4. diariamente ou quase diariamente</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?</p> <p>0. uma ou duas 1. três ou quatro 2. cinco ou seis 3. de sete a nove 4. dez ou mais</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?</p> <p>0. nunca 1. menos de um vez por mês 2. pelo menos uma vez por mês 3. pelo menos uma vez por semana 4. diariamente ou quase diariamente</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?</p> <p>0. nunca 1. menos de um vez por mês 2. pelo menos uma vez por mês 3. pelo menos uma vez por semana 4. diariamente ou quase diariamente</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?</p> <p>0. nunca 1. menos de um vez por mês 2. pelo menos uma vez por mês 3. pelo menos uma vez por semana 4. diariamente ou quase diariamente</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

<p>4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?</p> <p>0. nunca 1. menos de um vez por mês 2. pelo menos uma vez por mês 3. pelo menos uma vez por semana 4. diariamente ou quase diariamente</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?</p> <p>0. não 2. sim, mas não nos últimos 12 meses 4. sim, aconteceu nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?</p> <p>0. nunca 1. menos de um vez por mês 2. pelo menos uma vez por mês 3. pelo menos uma vez por semana 4. diariamente ou quase diariamente</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>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?</p> <p>0. não 2. sim, mas não nos últimos 12 meses 4. sim, aconteceu nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p style="text-align: center;">Total após soma das respostas a cada questão: <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><i>Se o valor é superior ao “cut-off”, consultar o manual de utilização do AUDIT.</i></p>	

Adaptado de Gomes C (2004) Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Rev Port Clin Geral. 20:101-18 e Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders JB, Monteiro MG (2001) AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (Second Edition). Geneva, Switzerland: World Health Organization.