

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



ASSUNTO: Detecção precoce e Intervenção Breve no consumo excessivo do álcool no adulto

PALAVRAS-CHAVE: Consumo excessivo do álcool; Rastreo; Intervenção Breve

PARA: Profissionais do Sistema Nacional de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

I – NORMA

1. A avaliação da pessoa com consumos alcoólicos excessivos é realizada nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*).
2. A avaliação inicial do risco de consumo alcoólico excessivo é feito através das três primeiras perguntas do AUDIT-C (ver Anexo II), na população adulta, com registo no processo clínico (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*).
3. Em função da avaliação obtida no ponto 2, considerar (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIb*):
 - a) pontuação <5 pontos no homem ou <4 pontos na mulher: reavaliar no prazo máximo de 4 anos;
 - b) pontuação ≥5 pontos no homem ou ≥4 pontos na mulher: realizar as restantes sete perguntas do questionário AUDIT (em anexo).
4. Em função da avaliação obtida no ponto 3b, considerar (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*):
 - a) pontuação total entre 8 e 15 pontos, consumo de risco;
 - b) pontuação total entre 16 e 19 pontos, consumo nocivo;
 - c) pontuação total ≥20 pontos, probabilidade aumentada de dependência.
5. Nos casos citados nos pontos 4a e 4b realizar uma Intervenção Breve (*cf.* em Critérios, s), página 3/15) (*Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I*).
6. Nos casos citados no ponto 4c, confirmar a presença de dependência alcoólica através dos critérios CIDI (ver em Anexo III) e, caso se confirme, referenciar a consulta especializada (*Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I*).
7. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se no Anexo I.
8. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
9. A atual versão da presente Norma poderá ser atualizada de acordo com os comentários recebidos durante a discussão pública.

II – CRITÉRIOS

- A. O rastreio da pessoa com consumos alcoólicos excessivos tem como objetivo a prevenção dos problemas relacionados com o consumo na pessoa que, não recorrendo aos cuidados de saúde para pedir ajuda relativamente ao seu consumo, poderá ter, do ponto de vista do profissional, um consumo excessivo.^{1, 2}
- B. A abordagem preventiva só pode ser atingida através da implementação sistemática da identificação dos consumos excessivos.¹
- C. A identificação é aplicada para deteção de consumos de álcool excessivos atuais.^{1, 3-5}
- D. Define-se bebida padrão como o volume de bebida alcoólica contendo 10g de álcool puro.^{1, 6}
- E. A densidade do álcool é 0,79g/ml.⁶
- F. A quantidade de álcool puro ingerido pode ser calculada através da seguinte equação: volume de bebida (ml) x percentagem de álcool por volume (%) x densidade do álcool (g/ml).⁶
Exemplo: uma cerveja com 330ml com 5% de álcool equivale a $330 \times 5 \times 0,79 = 13\text{g}$ de álcool puro ou 1,3 bebidas padrão.
- G. No homem entre os 18 e os 64 anos a quantidade máxima diária recomendada são duas bebidas padrão ou 20g de álcool puro.^{1, 6} Após os 65 anos, a quantidade máxima diária recomendada reduz-se para uma bebida padrão ou 10g de álcool puro.⁷ Na mulher a quantidade máxima diária recomendada é uma bebida padrão ou 10g de álcool puro em qualquer idade.^{1, 6}
- H. O consumo de álcool está contraindicado: nas grávidas, adolescentes, na presença de dependência e na presença de patologias ou medicação que justifique abstinência.^{7, 8}
- I. Recomenda-se a utilização dos seguintes pontos de corte no AUDIT-C (Anexo II) para classificar um utente como tendo baixa probabilidade de consumos excessivos: sexo masculino com pontuação <5 pontos; sexo feminino <4 pontos.^{1, 9} Às pessoas com baixo risco deve ser oferecida reavaliação no prazo máximo de 4 anos.¹ A obtenção de pontuação superior no AUDIT-C não significa necessariamente a presença de consumos excessivos devendo neste caso ser preenchidas as restantes perguntas do questionário AUDIT.
- J. Recomenda-se considerar a obtenção de 7 ou menos pontos no questionário AUDIT para classificar uma pessoa como tendo baixa probabilidade de consumos excessivos.¹⁰ Às pessoas com baixo risco deve ser oferecida reavaliação no prazo máximo de 4 anos.¹
- K. Define-se consumo de álcool em níveis de risco como o nível ou padrão de consumo que acarreta risco de consequências prejudiciais para a saúde, se o consumo persistir, mas ainda sem manifestação clínica.^{1, 11, 12} Recomenda-se considerar como consumidor de risco de álcool a pessoa com pontuação entre 8 e 15 nas dez perguntas do questionário AUDIT.¹ Às pessoas com consumo de risco deve ser colhida história clínica completa (incluindo eventos traumáticos) bem como a pesquisa de sinais físicos relacionados com o consumo. Caso não se verifique a presença de sintomas e/ou sinais de problemas relacionados com o álcool deve ser oferecido aconselhamento simples. A presença de sintomas e/ou sinais de problemas relacionados com o álcool indica a presença de consumo nocivo de álcool.
- L. Define-se consumo nocivo de álcool como o padrão de consumo que já se traduz em consequências para a saúde, tanto ao nível físico (por exemplo, cirrose hepática) como mental (por exemplo, depressão).^{1, 11, 12} Recomenda-se considerar como consumidor nocivo de álcool a pessoa com pontuação entre 16 e 19 nas dez perguntas do questionário AUDIT.¹ Às pessoas

- com consumo nocivo deve ser colhida história clínica completa (incluindo eventos traumáticos) bem como a pesquisa de sinais físicos relacionados com o consumo. Deve ainda ser oferecida uma intervenção breve e acompanhamento. Na presença de sintomas e/ou sinais de problemas relacionados com o álcool deverão ser realizados exames complementares de diagnóstico dirigidos. Deve ainda ser avaliada a presença de dependência alcoólica.
- M. Define-se consumo episódico excessivo, também designado por *binge drinking*, como o consumo igual ou superior a 6 bebidas padrão no homem e 5 bebidas padrão na mulher, numa só ocasião, no espaço de duas horas.^{13, 14} Deve-se considerar a pessoa com consumo episódico excessivo como apresentando consumo de risco.⁷
- N. O consumo de álcool deve ser encarado como um *continuum*, podendo a pessoa passar livremente de um nível para outro em qualquer sentido.^{11, 13}
- O. Define-se dependência alcoólica como um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos nos quais o uso do álcool para um dado indivíduo torna-se prioritário em relação a outros comportamentos que antes tinham mais importância. A característica central é o desejo ou compulsão forte (dificuldade de controlar) para consumir álcool. Voltar a beber depois de um período de abstinência está frequentemente associado ao rápido reaparecimento das características da síndrome.^{1, 11}
- P. A dependência alcoólica correlaciona-se de forma imperfeita com o nível de consumo pelo que pode estar presente em qualquer um deles, ainda que com maior probabilidade em consumos mais elevados.¹¹ Recomenda-se considerar como tendo probabilidade aumentada de apresentar dependência de álcool a pessoa que obtenha pontuações iguais ou superiores a 20 nas dez perguntas do questionário AUDIT.¹
- Q. Recomenda-se a avaliação da presença de dependência do álcool através dos critérios da CID (Anexo III).¹ Deve ser oferecida referência a consulta especializada ao doente com critérios de dependência alcoólica ou ao doente que, não tendo critérios de dependência, não apresente evolução favorável após a intervenção breve.
- R. Não existe consenso sobre a relação benefício-custo de exames analíticos na identificação de pessoas com consumos excessivos de álcool pelo que não se recomenda o pedido de exames complementares de diagnóstico para identificação destes consumos.^{1, 15-19}
- S. São aspetos essenciais das Intervenções Breves para consumo de risco e nocivo:^{1, 20}
- verificar a quantidade e frequência dos consumos;
 - rever os níveis de consumo com a pessoa;
 - dar conhecimento ao doente do risco pessoal para os problemas ligados ao consumo de álcool;
 - dar orientação no sentido da redução ou da abstinência em função da situação identificada;
 - analisar com a pessoa a responsabilidade pessoal da decisão de reduzir/parar de beber;
 - encontrar o tempo apropriado para a mudança;
 - estabelecer os objetivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com o doente;
 - propor um diário dos consumos;

- ix. sugerir meios para modificação do comportamento, técnicas de coping e materiais de auto ajuda;
 - x. encorajar auto motivação e otimismo.
- T. Os médicos e outros profissionais devem oferecer a todas as pessoas identificadas com consumos de risco ou nocivo de álcool pelo menos uma intervenção breve (5 minutos).²¹
- U. As intervenções efetivas na redução do consumo de risco e nocivo de álcool consistem em pouco mais do que um simples, mas estruturado, conselho dado em 5 minutos. As Intervenções Breves um pouco mais intensivas iniciam-se com uma sessão de aconselhamento com cerca de 15 minutos, constituídas pela informação de retorno, aconselhamento e estabelecimento de objetivos. Devem também incluir assistência adicional e seguimento.¹
- V. As intervenções podem ser descritas com base em cinco passos, (os 5-As em inglês): avaliação do consumo de álcool com recurso a um instrumento de identificação rápida, seguido de uma avaliação clínica se necessário; aconselhar as pessoas a reduzir o consumo de álcool para níveis de baixo risco; negociar os objetivos individuais para reduzir o consumo ou iniciar a abstinência (se indicada); assistir as pessoas no desenvolvimento de motivação, competências de auto ajuda, ou de suportes necessários a mudanças comportamentais; assegurar seguimento de suporte e repetição de aconselhamento, incluindo o encaminhamento das pessoas dependentes para um tratamento especializado.²²⁻²⁴
- W. A intervenção deve ser ajustada às características da fase do Ciclo de Mudança em que o doente se encontra:^{24, 25}
- i. se a pessoa está em fase de pré-contemplanção, a intervenção deve ser orientada para fornecer informação pertinente procurando aumentar a consciencialização do problema, aumentar a perceção da pessoa acerca dos riscos e problemas que o seu comportamento atual pode ter, facilitando o movimento para o estágio de contemplanção. Se a pessoa está a pensar em agir no sentido da mudança mas ainda está ambivalente (fase de contemplanção), a intervenção será orientada para a análise das vantagens e desvantagens da mudança reforçando a auto eficácia do indivíduo para mudar;
 - ii. se a pessoa está preparada para a mudança o mais importante será definir com ela as metas a atingir e assegurar um compromisso da sua parte em reduzir os consumos para níveis de baixo risco. Portanto, a sequência será: informação, estabelecimento de metas e reforço ou encorajamento;
 - iii. a manutenção passa por programar outras consultas de seguimento e de suporte, o que permite ajudar a pessoa a identificar situações de possível recaída face às metas propostas. Se a pessoa está a fazer progressos com autonomia e motivação, dever-se-á espaçar a intervenção para uma visita 6/6 meses ou anual. Porém, se a pessoa tem dificuldade em cumprir as metas a que se propôs, poder-se-á reconsiderar a intervenção feita e prever uma referenciação.

III – AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- i. Percentagem de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos, rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas**
 - (i). Numerador: número de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos, rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas
 - (ii). Denominador: número de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos
 - ii. Percentagem de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos, rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, com rastreio positivo e com critérios para consumo de risco ou nocivo, a quem foi oferecida uma intervenção breve**
 - (i). Numerador: número de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos, rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, com rastreio positivo e com critérios para consumo de risco ou nocivo, a quem foi oferecida uma intervenção breve
 - (ii). Denominador: número de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos, rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, com rastreio positivo e com critérios para consumo de risco ou nocivo
 - iii. Percentagem de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos, rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, com rastreio positivo e com critérios para dependência do álcool, referenciados a consulta especializada**
 - (i). Numerador: número de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos, rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, com rastreio positivo e com critérios para dependência do álcool, referenciados a consulta especializada
 - (ii). Denominador: número de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos, rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, com rastreio positivo e com critérios para dependência do álcool

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- A. O álcool é a terceira causa de doença e morte prematura a nível mundial. Na Europa é também o terceiro principal fator de risco de morbimortalidade, superado pelo consumo de tabaco e pela hipertensão arterial²⁶ mas mais importante que a dislipidémia e o excesso de peso.¹ Esta é mesmo a região do mundo com maior consumo de álcool, estimando-se um consumo médio de 12,5 litros de álcool puro por pessoa com mais de 15 anos em 2009. Isto equivale a 27g de álcool puro por dia (cerca de 3 bebidas padrão), mais do dobro do consumo médio mundial. Em Portugal o consumo é ainda maior, situando-se no mesmo ano em cerca de 13,4 litros.²⁶ Um estudo recentemente publicado, realizado nos Cuidados de Saúde Primários, mostrou que a prevalência do consumo em níveis superiores ao recomendado, na região de Lisboa, pode atingir os 34%,²⁷ valor semelhante ao encontrado em estudos internacionais^{2-4, 7, 11, 27, 28} sendo que a maioria destes (70% a 98%) não é identificada.^{27, 29, 30}
- B. Estima-se que a implementação dos limites de consumo considerados como baixo risco resultaria numa redução de 14,2% na prevalência do abuso do álcool e numa redução de 47,1% na dependência alcoólica.¹³
- C. O álcool é um fator de risco importante de várias doenças entre as quais se encontram as neoplasias, doenças cardio e cerebrovasculares, doenças hepáticas, infeção pelo VIH, tuberculose, pneumonia e depressão.^{1, 31} O álcool é ainda responsável pelo aumento dos níveis de criminalidade, violência doméstica e sinistralidade rodoviária.^{1, 31} O consumo de álcool durante a gravidez está associado a alterações no desenvolvimento cerebral fetal^{31, 32} que podem originar défices intelectuais. O risco aumenta de forma dose-dependente, não havendo evidência de efeito limiar.^{1, 26}
- D. Os problemas relacionados com o álcool apresentam um grande período de latência, estando dependentes de fatores de exposição (tempo de consumo e intensidade de consumo), fatores sociais, ambientais e genéticos.^{1, 6} Estima-se que cerca de 23% dos doentes com consumos excessivos apresentem pelo menos um problema relacionado com o álcool no último ano.³³
- E. O AUDIT é um instrumento de rastreio do consumo excessivo do álcool, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, validado em seis países ao longo de duas décadas,^{6, 12} tendo a versão portuguesa sido validada por Roque da Cunha em 2002.³⁴ As perguntas do AUDIT mostraram-se consistentes independentemente da idade, sexo ou contexto cultural,^{4, 8, 12, 35} existindo evidência forte da sua efetividade,^{2, 36} ainda que se possam verificar variações no ponto de corte ótimo entre países³⁷ e determinados subgrupos populacionais.^{16, 38} A pontuação do AUDIT é fácil de obter. É composto por dez questões, cada uma com cinco opções de resposta pontuadas de 0 a 4, sendo a pontuação final obtida pela soma dos pontos das respostas dadas.¹² É um instrumento de fácil aplicação, podendo ser ministrado sob a forma de entrevista ou como questionário auto preenchido.¹ O estudo de validação original do AUDIT apresentou uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 94% para um ponto de corte de 8 pontos na deteção de consumos de risco e nocivo atuais,¹⁰ apresentando uma performance igual ou superior a outros instrumentos.^{1, 11} Estudos posteriores encontraram valores díspares (sensibilidade: 31% a 89%; especificidade: 83% a 96%) não tendo sido possível agregá-los numa meta-análise recente devido à presença de elevada heterogeneidade.³⁶
- F. O AUDIT-C, uma versão reduzida do AUDIT contendo apenas as três primeiras perguntas, foi testado no sentido de reduzir o tempo para identificar pessoas com consumos excessivos.¹¹ O

- AUDIT-C mostrou correlação positiva elevada e significativa com o teste original, apresentando características semelhantes: no sexo masculino, para um ponto de corte de 5 pontos, apresentou sensibilidade e especificidade de 92,4% e 74,3%, respetivamente; na mulher, para um ponto de corte de 4 pontos, 90,9% e 68,4%, respetivamente.⁹ A aplicação deste questionário como método de rastreio apresenta elevada relação benefício-custo.^{4, 5, 29}
- G. Não há evidência de efeitos adversos associados à aplicação de programas de identificação sistemática do uso do álcool.^{1, 7} A evidência disponível sugere que a maioria dos utilizadores dos Cuidados de Saúde não coloca objeções a que lhes seja colhida informação sobre os seus hábitos de consumo de álcool, sobretudo quando incluída num exame global de saúde,^{2, 3, 11, 12, 39} estimando-se uma taxa de aceitação média de 86%.⁵
- H. Não existem estudos publicados que definam qual o intervalo de tempo ideal para voltar a aplicar o questionário a uma pessoa com baixo risco. Tendo em conta que a evidência mostra que o efeito das Intervenções Breves em pessoas com consumo de risco ou nocivo de álcool diminui a partir do quarto ano,^{1, 26} o rastreio poderá ser efetuado a cada quatro anos, a menos que haja razão clínica para encurtar este período.¹
- I. As pessoas com consumos de risco e nocivo de álcool, com esforço e apoio adequados, têm facilidade em reduzir ou mesmo parar o consumo. Uma vez desenvolvida dependência, a cessação do consumo torna-se muito mais difícil. Ainda que um estudo tenha mostrado a eficácia das Intervenções Breves nos doentes com critérios de dependência do álcool,⁴⁰ não existe evidência suficiente que suporte a eficácia destas nestes doentes, devendo estes ser referenciados para tratamento especializado.^{23, 24, 41} A identificação dos níveis de consumo ao nível dos Cuidados de Saúde representa uma oportunidade de educar as pessoas com consumos de risco e nocivo de álcool sobre os riscos associados a esse consumo.¹ A identificação pode também ser um aspeto crucial na prevenção das complicações e no diagnóstico de patologias assintomáticas associadas ao consumo de álcool.¹
- J. As pessoas com consumo de álcool episódico excessivo apresentam risco aumentado para lesões agudas e para o desenvolvimento de patologias relacionadas com o consumo ao longo da vida, mesmo que o consumo médio diário não exceda os valores recomendados.^{7, 14}
- K. Os marcadores laboratoriais têm menor sensibilidade que os questionários na deteção do consumo excessivo de álcool. Podem ter utilidade como parte do processo motivacional da pessoa com consumos excessivos e na monitorização do processo terapêutico.^{11, 42}
- L. As intervenções breves são eficazes na redução do consumo de risco e nocivo de álcool,^{22, 43-45} e parecem ser igualmente efetivas, não só para homens e mulheres, mas também para jovens e idosos.⁴⁶ Parecem ser mais eficazes para problemas menos graves.²³
- M. É necessário o aconselhamento de oito pessoas para que uma possa beneficiar com a intervenção. Estas intervenções também são eficazes na redução da mortalidade: para que se previna uma morte por ano é necessário que 282 pessoas sejam devidamente aconselhadas. Comparado com um grupo de controlo, as Intervenções Breves podem prevenir uma em cada três mortes que ocorram por problemas ligados ao consumo de álcool.¹
- N. As Intervenções Breves podem ser aplicadas como forma de tratamento de pessoas que revelem um consumo de risco e nocivo, bem como uma forma de facilitar o encaminhamento dos casos mais graves de dependência do álcool para o tratamento especializado.²³

- O. As Intervenções Breves permitem ajudar os profissionais dos Cuidados de Saúde – médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde envolvidos em saúde comunitária – a lidar com indivíduos cujo consumo de álcool se tornou perigoso ou nocivo para a sua saúde.¹
- P. Existem várias meta-análises e/ou revisões sistemáticas utilizando diferentes objetivos sobre a eficácia das Intervenções Breves, tendo-se sinalizado as mais atuais que permitiram concluir que as Intervenções Breves são eficazes na redução dos consumos de risco e nocivo de álcool.^{9, 21, 23, 43, 47-49}
- Q. Pouco se conhece acerca da eficácia dos diferentes componentes da intervenção. Porém, com base nos conteúdos das intervenções avaliadas, foram propostos três elementos essenciais do aconselhamento: informação de retorno, aconselhamento e estabelecimento de objetivos. A entrevista motivacional parece ser uma técnica de intervenção eficaz.¹

V – APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- B. Alfredo Frade (coordenação científica), Cristina Ribeiro (coordenação executiva), Frederico Rosário, Inês Maio, Jorge Barroso Dias e Teresa Barroso.
- C. Outros elementos consultados: António Pacheco Palha, Conceição Chitas, Elsa Machado Fé, Graça Vilar, Helena Fonseca, Hugo Tavares, João Curto, Margarida Neto, Otília Queirós, Paula Fonseca, Rui Moreira, Rui Tato Marinho, Teresa Sá Nogueira.
- D. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- E. Durante o período de discussão só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio, disponível no *site* desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.
- F. Os contributos recebidos das sociedades científicas e sociedade civil em geral, sobre o conteúdo da presente Norma, serão analisados pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas criada por Despacho n.º 12422/2011 de 20 de setembro e atualizado por Despacho n.º 7584/2012 de 1 de junho.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

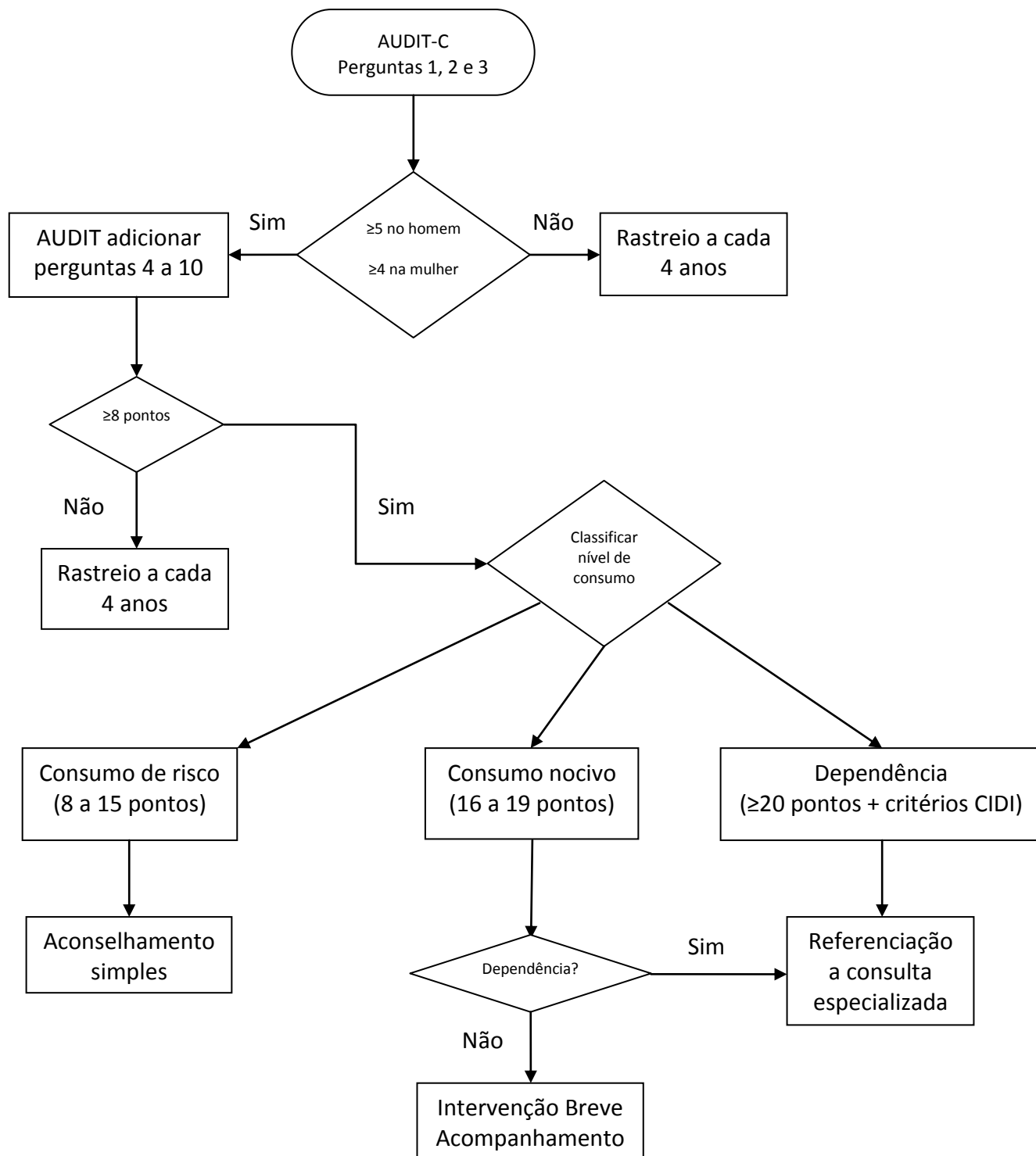
1. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions.: Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.; 2005.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. NICE 2010.
3. Isaacson JH, Butler R, Zacharek M, Tzelepis A. Screening with the Alcohol use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *J Gen Intern Med* 1994;9:550-3.
4. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:1208-17.
5. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2008;34:143-52.
6. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. 2nd ed: World Health Organization; 2001.
7. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. 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* 2004;140:557-68.
8. Coulton S, Watson J, Bland M, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care (AESOPS) - a randomised control trial protocol. *BMC Health Serv Res* 2008;8:129.
9. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002;37:591-6.
10. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction* 1993;88:791-804.
11. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems: The National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.
12. Babor T, Fuente J, Saunders J, Grant M. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care. 1st ed: World Health Organization; 1992.
13. Botelho R, Engle B, Mora JC, Holder C. Brief interventions for alcohol misuse. *Prim Care* 2011;38:105-23.
14. Rubio G, Jimenez-Arriero MA, Martinez I, Ponce G, Palomo T. Efficacy of physician-delivered brief counseling intervention for binge drinkers. *Am J Med* 2010;123:72-8.
15. Kapoor A, Kraemer KL, Smith KJ, Roberts MS, Saitz R. Cost-effectiveness of screening for unhealthy alcohol use with % carbohydrate deficient transferrin: results from a literature-based decision analytic computer model. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33:1440-9.
16. Berks J, McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *Int Psychogeriatr* 2008;20:1090-103.
17. Koch H, Meerkerk GJ, Zaat JO, Ham MF, Scholten RJ, Assendelft WJ. Accuracy of carbohydrate-deficient transferrin in the detection of excessive alcohol consumption: a systematic review. *Alcohol Alcohol* 2004;39:75-85.

18. Bentele M, Kriston L, Clement HW, Harter M, Mundle G, Berner MM. The validity of the laboratory marker combinations DOVER and QUVER to detect physician's diagnosis of at-risk drinking. *Addict Biol* 2007;12:85-92.
19. Dillie KS, Mundt M, French MT, Fleming MF. Cost-benefit analysis of a new alcohol biomarker, carbohydrate deficient transferrin, in a chronic illness primary care sample. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29:2008-14.
20. Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Res Health* 1999;23:128-37.
21. Reiff-Hekking S, Ockene JK, Hurley TG, Reed GW. Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up. *J Gen Intern Med* 2005;20:7-13.
22. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004;140:554-6.
23. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:631-40.
24. Serecigni J, Arriero M, Pastor F, Menéndez G, Guillamón M. Alcoholismo: Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. 2 ed: Socidrogalcohol; 2007.
25. Prochaska J, DiClemente C. Towards a comprehensive model of change. In: Plenum, ed. *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum; 1986:3-27.
26. Anderson P, Moller L, Galea G. Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches: World Health Organization; 2012.
27. Ribeiro C. [Family medicine approach to alcohol consumption: detection and brief interventions in primary health care]. *Acta Med Port* 2011;24 Suppl 2:355-68.
28. Seale JP, Shellenberger S, Boltri JM, Okosun IS, Barton B. Effects of screening and brief intervention training on resident and faculty alcohol intervention behaviours: a pre- post-intervention assessment. *BMC Fam Pract* 2005;6:46.
29. Coulton S, Drummond C, James D, et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ* 2006;332:511-7.
30. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems: Commonwealth of Australia; 2009.
31. Rehm J, Room R, Monteiro M, et al. Alcohol Use. In: *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attribution to Selected Major Risk Factors*: World Health Organization; 2004:959-1108.
32. Lebel C, Roussotte F, Sowell ER. Imaging the impact of prenatal alcohol exposure on the structure of the developing human brain. *Neuropsychol Rev* 2011;21:102-18.
33. Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--I. *Addiction* 1993;88:349-62.
34. Cunha J. Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul; 2002.

35. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001;51:206-17.
36. Berner MM, Kriston L, Bentele M, Harter M. The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis. *J Stud Alcohol Drugs* 2007;68:461-73.
37. Knibbe RA, Derickx M, Kuntsche S, Grittner U, Bloomfield K. A comparison of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in general population surveys in nine European countries. *Alcohol Alcohol Suppl* 2006;41:i19-25.
38. Frank D, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. *J Gen Intern Med* 2008;23:781-7.
39. Campos P, Ribeiro C. Rastreio do consumo de álcool nos cuidados de saúde primários - atitudes dos utentes. *Rev Port Med Geral Fam* 2012;28:98-104.
40. Guth S, Lindberg SA, Badger GJ, Thomas CS, Rose GL, Helzer JE. Brief intervention in alcohol-dependent versus nondependent individuals. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69:243-50.
41. Beich A, Gannik D, Saelan H, Thorsen T. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice--a pragmatic controlled trial. *Alcohol Alcohol* 2007;42:593-603.
42. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA* 1998;280:166-71.
43. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD004148.
44. Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care clinicians. *Am Fam Physician* 2009;80:44-50.
45. Ockene JK, Reed GW, Reiff-Hekking S. Brief patient-centered clinician-delivered counseling for high-risk drinking: 4-year results. *Ann Behav Med* 2009;37:335-42.
46. Lee HS, Mericle AA, Ayalon L, Areal PA. Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multi-site Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for Elderly (PRISM-E) study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24:54-60.
47. Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;165:986-95.
48. Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *CMAJ* 1995;152:851-9.
49. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999;28:503-9.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



Anexo II: QUESTIONÁRIO AUDIT (VERSÃO PORTUGUESA) E GUIA DE UTILIZAÇÃO

No caso de auto preenchimento, para cada questão, circunde o número que melhor corresponda à sua situação.

AUDIT C

Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

0 = nunca [Caso assinala esta categoria de resposta, siga para as questões 9 e 10]

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

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

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = de sete a nove

4 = dez ou mais

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

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

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

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

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

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

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

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

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

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

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

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

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

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

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

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Total de pontuação:

[Nota: As perguntas de 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 e 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados totais expressam-se em valores entre 0 e 40.]

Nota explicativa de utilização do questionário AUDIT

Num primeiro momento pode utilizar o AUDIT-C, que inclui apenas as três primeiras AUDIT. Se o score obtido for superior a 3 na mulher ou superior a 4 no homem, classifica-se como consumo excessivo de álcool, recomendando-se a realização dos restantes itens do AUDIT, que permite a avaliação do nível de risco e identificar a intervenção a realizar.

Dimensões e conteúdos dos itens do AUDIT

DIMENSÃO E CORRESPONDÊNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO AUDIT		
DIMENSÃO	QUESTÕES	CONTEÚDO DO ITEM
Caracterização do AUDIT C	1 2 3	Frequência do consumo Quantidade Frequência de consumo elevado
Sintomas de dependência	4 5 6	Descontrolo no consumo Limitações com o consumo Consumos pela manhã
Consequências do consumo	7 8 9 10	Sentimento de culpa após beber <i>Blackouts</i> (lapsos de memória) Consequências para outros, por beber Preocupação de outros pelo consumo

Adaptado de: WHO (2001), Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, Manual For Use In Primary Care. Second Edition, World Health Organization.

Pontuação do AUDIT e proposta de intervenção

PONTUAÇÃO AUDIT	INTERVENÇÃO
0-7	Educação e informação sobre risco
8-15 (risco)	Aconselhamento simples
16-19 (nocivo)	Intervenção breve + monitorização continuada
20-40 (dependência)	Referenciar para tratamento Serviços especializados em dependências

Adaptado de: WHO (2001), Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, Manual For Use In Primary Care. Second Edition, World Health Organization.

Anexo III: Entrevista de Diagnóstico Internacional - CIDI

1. Nos últimos 12 meses alguma vez aconteceu que o facto de beber ou estar em privação possa ter interferido com o seu trabalho na escola, trabalho ou em casa?

1. Sim
2. Não

1.1 Se sim, com que frequência no último ano?

1. Uma ou duas vezes
2. Entre 3 a 5 vezes
3. Entre 6 a 10 vezes
4. Entre 11 a 20 vezes
5. Mais de 20 vezes

2. Nos últimos 12 meses esteve sobre a influência de álcool numa situação em que se pudesse magoar, como durante a condução de carro ou barco, como com o uso objetos cortantes, ou armas de fogo, ou máquinas ou outro instrumento qualquer?

1. Sim
2. Não

3 Durante os últimos 12 meses teve problemas emocionais ou psicológicos por consumir álcool – tal como sentir-se desinteressado, deprimido, desconfiado das pessoas, paranóide ou tendo ideias estranhas?

1. Sim
2. Não

4. Durante os últimos 12 meses teve uma grande urgência ou desejo de beber de forma a não conseguir controlar a ingestão da bebida?

1. Sim
2. Não

5. Durante os últimos 12 meses, teve um período de um mês ou mais em que tenha passado um grande período a beber ou sobre o efeito do álcool?

1. Sim
2. Não

6. Durante os últimos 12 meses, teve mais consumos do que deveria ter ou bebeu mais frequentemente do que deveria?

1. Sim
2. Não

6.1 Se sim, com que frequência no último ano?

1. Uma ou duas vezes
2. Entre 3 a 5 vezes
3. Entre 6 a 10 vezes
4. Entre 11 a 20 vezes
5. Mais de 20 vezes

7. Durante os últimos 12 meses houve um tempo em que tinha de beber muito mais para obter o efeito que desejava?

1. Sim
2. Não

A pontuação da dependência de álcool (varia de 0-7) e é equivalente ao número de respostas positivas dadas a sete questões de sintomas (World Health Organization 2002b).

As Questões 1.1 e 6.1 não são utilizadas na pontuação.

Uma pontuação de três é considerada uma situação provável de dependência de álcool e uma pontuação de quatro ou mais uma situação de dependência de álcool.

Adaptado de: World Health Organization (2002a) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for measuring alcohol dependence http://www3.who.int/cidi/cidi-sf__12-03-02.pdf