

NÚMERO: 30/2012
DATA: 28/12/2012
ATUALIZAÇÃO: 18/12/2014

ASSUNTO: Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool
PALAVRAS-CHAVE: Consumo excessivo de álcool, Rastreio, Intervenção Breve
PARA: Médicos do Sistema 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, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa Nacional para a Saúde Mental e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte Norma:

NORMA

1. Na deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool, devem ser incluídos os utentes com idade igual ou superior a 18 anos.
2. Deve ser obtido o consentimento informado verbal do utente ou do seu representante legal, com registo no processo clínico, após ser informado e esclarecido dos benefícios e riscos da deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool.
3. Deve ser proposta ao utente uma avaliação inicial do risco de consumo excessivo de álcool através das três primeiras perguntas do questionário AUDIT, também designado por AUDIT-C (Anexo I)^{1, 2} (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I).
4. Ao utente do sexo masculino com <5 pontos no AUDIT-C ou do sexo feminino com <4 pontos deve ser disponibilizado reforço positivo e reavaliação com o AUDIT-C no prazo máximo de quatro anos^{2, 3} (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIb).
5. Ao utente do sexo masculino com ≥5 pontos no AUDIT-C ou do sexo feminino com ≥4 pontos deve ser proposta a realização das restantes sete perguntas do questionário AUDIT (Anexo I)² (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIb).
6. Aos utentes de ambos os sexos com <8 pontos no AUDIT deve ser disponibilizado reforço positivo e reavaliação com o AUDIT-C no prazo máximo de quatro anos^{3, 4}, com registo da respetiva programação (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIb).
7. Na presença de um consumo de risco de álcool, cuja pontuação total se situa entre 8 e 15 pontos, inclusive, deve disponibilizar um aconselhamento simples⁴ (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIa).
8. Na presença de um consumo nocivo de álcool, cuja pontuação total se situa entre 16 e 19 pontos, inclusive, deve ser disponibilizada intervenção breve com agenda de acompanhamento⁴ até quatro sessões (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIa).

9. As Intervenções Breves para consumo de risco e nocivo de álcool podem ser compostas por um ou mais dos seguintes itens tendo em conta o ciclo de mudança comportamental^{1, 22} (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIa):

- a) Verificação da quantidade e frequência dos consumos;
- b) Revisão dos níveis de consumo com a pessoa;
- c) Dar conhecimento ao utente do risco pessoal para os problemas ligados ao consumo de álcool;
- d) Dar orientação no sentido da redução ou da abstinência em função da situação identificada;
- e) Analisar com o utente a responsabilidade pessoal da decisão de reduzir/parar de beber;
- f) Encontrar o tempo apropriado para a mudança;
- g) Estabelecer os objetivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com o utente;
- h) Propor um diário dos consumos;
- i) Sugerir meios para modificação do comportamento, técnicas de *coping* e materiais de auto ajuda; Encorajar automotivação e otimismo.

10. Ao utente que obtenha ≥ 20 pontos no AUDIT, ou ao utente com consumo nocivo que não reduza o consumo após a realização de quatro sessões de intervenção breve, deve ser proposta referência a consulta especializada^{1, 4}, a efetivar no prazo máximo de sessenta dias (com carácter prioritário) (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIa).

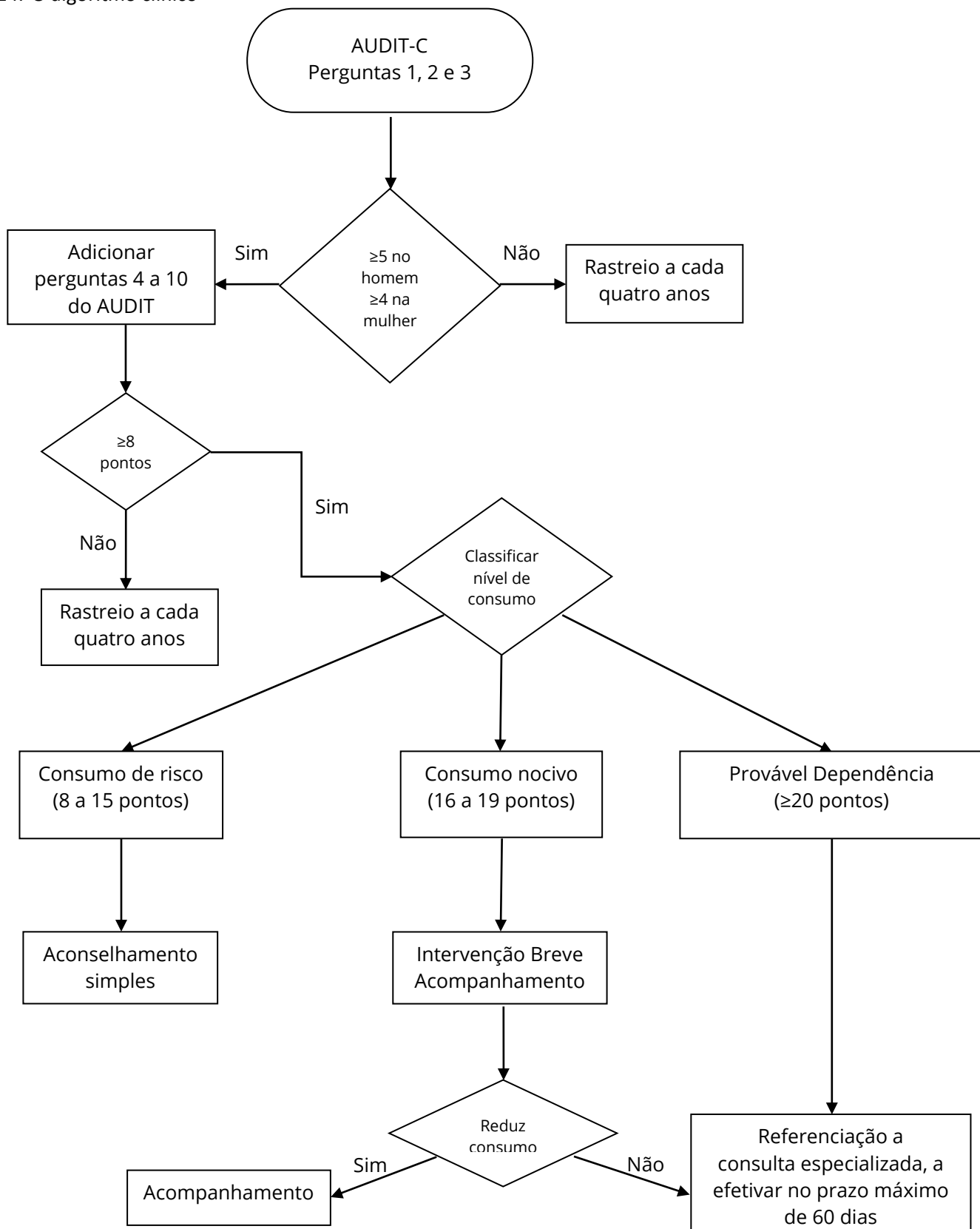
11. A referência é acompanhada da seguinte informação clínica¹ (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIa):

- a) História clínica;
- b) Resultados da deteção precoce;
- c) Avaliação da intervenção breve.

12. O médico monitoriza a realização de consulta especializada, no prazo previsto, através da programação de nova consulta.

13. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

14. O algoritmo clínico



15.O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma " Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool no Adulto "				
Unidade: _____				
Data: ___/___/___ Equipa auditora: _____				
1:Consentimento Informado				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /FONTE
Existe evidência da obtenção do consentimento informado verbal com registo no processo clínico do diálogo mantido com o utente				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2: Detecção precoce				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /FONTE
Existe evidência de que na deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool, é incluído o utente com idade igual ou superior a 18 anos				
Existe evidência de que é proposta ao utente, uma avaliação inicial do risco de consumo excessivo de álcool através de três primeiras perguntas do questionário AUDIT-C				
Existe evidência de que no utente do sexo masculino com ≥5 pontos no AUDIT-C ou do sexo feminino com ≥4 pontos é proposta a realização das restantes sete perguntas do questionário AUDIT				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
3: Intervenção Breve				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /FONTE
Existe evidência de que no utente do sexo masculino com < 5 pontos no AUDIT-C ou do sexo feminino com < 4 pontos é disponibilizado reforço positivo e reavaliação com o AUDIT-C no prazo máximo de quatro anos				
Existe evidência de que no utente do sexo masculino ou do sexo feminino com <8 pontos no AUDIT é disponibilizado reforço positivo e é efetuada a programação da reavaliação com o AUDIT-C no prazo máximo de quatro anos, com registo da respetiva programação				
Existe evidência de que na presença de um consumo de risco de álcool, cuja pontuação total se situa entre 8 e 15 pontos, inclusive, é disponibilizado ao utente um aconselhamento simples				
Existe evidência de que na presença de um consumo nocivo de álcool, cuja pontuação total se situa entre 16 e 19 pontos, inclusive, é disponibilizada intervenção breve com agenda de acompanhamento até quatro sessões				
Existe evidência de que a Intervenção Breve para consumo de risco e nocivo de álcool disponibilizada ao utente pode ser composta por um ou mais itens tendo em conta o ciclo de mudança comportamental, nos termos da presente Norma				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
4: Referenciação				
Critérios	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /FONTE
Existe evidência de que a referenciação a consulta especializada com carácter prioritário (a efetivar no prazo máximo de sessenta dias) é realizada quando o utente apresenta ≥20 pontos no AUDIT ou com consumo nocivo que não reduziu o consumo de álcool após a realização de quatro sessões de intervenção breve				
Existe evidência de que a referenciação é acompanhada da seguinte informação clínica: história clínica, resultados da deteção precoce e avaliação da intervenção breve				
Existe evidência de que a realização de consulta especializada, no prazo previsto, é monitorizada, através da programação de nova consulta				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $\chi = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

16.A presente Norma, atualizada com os contributos científicos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 28/12/2012 e será atualizada sempre que a evolução da evidência científica assim o determine.

17.O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

TEXTO DE APOIO

Conceito, definições e orientações

- A. A identificação da pessoa com consumo excessivo de álcool 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^{1,6}.
- B. A abordagem preventiva só pode ser atingida através da implementação sistemática da identificação do consumo excessivo de álcool¹.
- C. A identificação é aplicada para deteção de consumo excessivo de álcool atual^{1,7-9}.
- D. Define-se bebida padrão como o volume de bebida alcoólica contendo 10g de álcool puro^{1,4}.
- E. A densidade do álcool é 0,79g/ml⁴.
- 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)⁴. Exemplo: uma cerveja com 330ml com 5% de álcool equivale a $330 \times 0,05 \times 0,79 = 13\text{g}$ 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^{1,4}. Após os 65 anos, a quantidade máxima diária recomendada reduz-se para uma bebida padrão ou 10g de álcool puro¹⁰. Na mulher a quantidade máxima diária recomendada é uma bebida padrão ou 10g de álcool puro em qualquer idade^{1,4}.
- H. O consumo de álcool está contraindicado: nas grávidas, adolescentes, na presença de dependência e na presença de patologias ou medicação que justifique abstinência^{10,11}.
- I. Recomenda-se a utilização dos seguintes pontos de corte no AUDIT-C (Anexo I) para classificar um utente como tendo baixa probabilidade de consumo excessivo de álcool: sexo masculino com pontuação <5 pontos; sexo feminino <4 pontos^{1,2}. Às pessoas com baixo risco deve ser oferecida reavaliação no prazo máximo de 4 anos¹. A obtenção de pontuação superior no AUDIT-C não significa necessariamente a presença de consumo excessivo de álcool 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 consumo excessivo de álcool¹². Às pessoas com baixo risco deve ser oferecida reavaliação no prazo máximo de 4 anos¹.
- 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^{1,13,14}. Recomenda-se considerar como consumidor de risco de álcool a pessoa com pontuação entre 8 e 15 nas dez perguntas do questionário AUDIT¹. 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), como sociofamiliar (por exemplo, acidentes laborais ou violência doméstica)^{1,13,14}. Recomenda-se considerar como consumidor nocivo de álcool a pessoa com pontuação entre 16 e 19 nas dez perguntas do questionário AUDIT¹. 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^{15, 16}. Deve-se considerar a pessoa com consumo episódico excessivo como apresentando consumo de risco¹⁰.
- N. O consumo de álcool deve ser encarado como um *continuum*, podendo a pessoa passar livremente de um nível para outro em qualquer sentido^{13, 15}.
- 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, 13}.
- 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 elevados¹³. 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 AUDIT¹.
- Q. Não existe consenso sobre a relação benefício-custo de exames analíticos na identificação de pessoas com consumo excessivo de álcool pelo que não se recomenda o pedido de exames complementares de diagnóstico para identificação destes consumos^{1, 17-21}.
- R. As Intervenções Breves para consumo de risco e nocivo de álcool podem ser compostas por um ou mais dos seguintes itens tendo em conta o ciclo de mudança comportamental^{1, 22}:

- 1) Verificação da quantidade e frequência dos consumos;

- 2) Revisão dos níveis de consumo com a pessoa;
 - 3) Dar conhecimento ao utente do risco pessoal para os problemas ligados ao consumo de álcool;
 - 4) Dar orientação no sentido da redução ou da abstinência em função da situação identificada;
 - 5) Analisar com o utente a responsabilidade pessoal da decisão de reduzir/parar de beber;
 - 6) Encontrar o tempo apropriado para a mudança;
 - 7) Estabelecer os objetivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com o utente;
 - 8) Propor um diário dos consumos;
 - 9) Sugerir meios para modificação do comportamento, técnicas de *coping* e materiais de auto ajuda;
 - 10) Encorajar automotivação e otimismo.
- S. Os profissionais de saúde devem oferecer a todos os utentes identificados com consumos de risco ou nocivo de álcool um aconselhamento simples ou uma intervenção breve, respetivamente²³.
- T. 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 seguimento¹.
- U. 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^{5, 24, 25}.
- V. A intervenção deve ser ajustada às características da fase do Ciclo de Mudança em que o utente se encontra^{25, 26}:
- 1) Se a pessoa está em fase de précontemplanção, a intervenção deve ser orientada para fornecer informação pertinente procurando a consciencialização do problema, a perceção acerca dos riscos e problemas que o comportamento atual pode ter, facilitando o movimento para o estágio de contemplanção. Se a pessoa já reconhece a existência do problema mas ainda não pensa em mudar o seu padrão de consumo (fase de contemplanção), a intervenção deverá centrar-se na análise das vantagens e desvantagens da mudança reforçando a autoeficácia do indivíduo no sentido da mudança;

- 2) 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;
- 3) 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 o utente está a fazer progressos com autonomia e motivação, deve-se espaçar a intervenção para uma visita 6/6 meses ou anual. Porém, se o utente tem dificuldade em cumprir as metas a que se propôs, poder-se-á reconsiderar a intervenção feita e prever uma referenciação.

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 arterial²⁷ mas mais importante que a dislipidémia e o excesso de peso¹. 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 três 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 litros²⁷. 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%²⁸, valor semelhante ao encontrado em estudos internacionais^{2, 7, 8,10, 13, 28, 29}, sendo que a maioria destes (70% a 98%) não é identificada^{28, 30, 31}.
- 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 alcoólica¹⁵.
- C. O álcool é um fator de risco importante de várias doenças entre as quais se encontram as neoplasias, doenças cardiocerebrovasculares, doenças hepáticas, infeção pelo VIH, tuberculose, pneumonia e depressão^{1,32}. O álcool é ainda responsável pelo aumento dos níveis de criminalidade, violência doméstica e sinistralidade rodoviária^{1,32}. O consumo de álcool durante a gravidez está associado a alterações no desenvolvimento cerebral fetal^{32,33} que podem originar défices intelectuais. O risco aumenta de forma dose-dependente, não havendo evidência de efeito limiar^{1, 27}.
- 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^{1,34}. Estima-se que cerca de 23% dos doentes com consumos excessivos apresentem pelo menos um problema relacionado com o álcool no último ano³⁵.
- 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,^{14, 34} tendo a versão portuguesa sido validada por Roque da Cunha em 2002³⁶. As perguntas do AUDIT mostraram-

se consistentes independentemente da idade, sexo ou contexto cultural^{8,11,14,37}, existindo evidência forte da sua efetividade,^{6,38} ainda que se possam verificar variações no ponto de corte ótimo entre países³⁹ e determinados subgrupos populacionais^{18,40}.

- 1) A pontuação do AUDIT é fácil de obter. É composto por dez questões: as primeiras oito questões têm cinco opções de resposta, pontuadas de 0 a 4; as duas últimas têm três opções de resposta, pontuadas como 0, 2 e 4¹⁴;
 - 2) É um instrumento de fácil aplicação, podendo ser ministrado sob a forma de entrevista ou como questionário auto preenchido¹;
 - 3) 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,¹² apresentando uma performance igual ou superior a outros instrumentos^{1,13}. 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 heterogeneidade³⁸.
- 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 consumo excessivo de álcool¹³. 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%, respetivamente². A aplicação deste questionário como método de rastreio apresenta elevada relação benefício-custo^{8, 9, 30}.
- G. Não há evidência de efeitos adversos associados à aplicação de programas de identificação sistemática do uso do álcool^{1,10}. 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^{6, 7, 12, 40}, estimando-se uma taxa de aceitação média de 86%⁹.
- 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 (IB) em pessoas com consumo de risco ou nocivo de álcool diminui a partir do quarto ano^{1,27}, o rastreio poderá ser efetuado a cada quatro anos, a menos que haja razão clínica para encurtar este período¹.
- 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 álcool⁴¹, não existe evidência suficiente que suporte a eficácia destas nestes utentes, devendo estes ser referenciados para tratamento especializado^{5,25,42}. 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 consumo¹. A identificação pode também ser um aspeto crucial na prevenção das complicações e no diagnóstico de patologias assintomáticas associadas ao consumo de álcool¹.
- J. As pessoas com consumo excessivo de álcool episódico 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^{10,16}.
- 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^{13,43}.
- L. As intervenções breves são eficazes na redução do consumo de risco e nocivo de álcool^{3, 24, 44, 45}, e parecem ser igualmente efetivas, não só para homens e mulheres, mas também para jovens e idosos⁴⁶. Parecem ser mais eficazes para problemas menos graves⁵.
- 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 ocorra por problemas ligados ao consumo de álcool¹.
- 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 especializado⁵.
- O. As Intervenções Breves permitem ajudar os profissionais dos cuidados de saúde – médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos em saúde comunitária – a lidar com indivíduos cujo consumo de álcool acarreta risco ou é já nocivo para a sua saúde¹.
- 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^{2, 5, 23, 44, 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 eficaz¹.

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 dos dirigentes máximos das unidades prestadoras de cuidados de saúde.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde.
- D. A implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- 1) Percentagem (%) de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos, rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas:
 - a) Numerador: número de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos, rastreados para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
 - b) Denominador: número de indivíduos adultos utilizadores da consulta nos últimos 4 anos.
 - 2) 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:
 - a) 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;
 - b) 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.
 - 3) 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:
 - a) 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;
 - b) 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.

Comité Científico

- A. A proposta da presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção-Geral da Saúde e do Conselho para Auditoria

e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos.

- B. A elaboração da proposta da presente Norma foi efetuada por Alfredo Frade e Cristina Ribeiro (coordenação científica), Frederico Rosário, Inês Maio, Jorge Barroso Dias e Teresa Barroso.
- C. Foi ouvido o Diretor do Programa Nacional de Saúde Mental.
- D. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- E. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Cristina Martins d'Árrábida.

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 7584/2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107, de 1 de junho de 2012, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Henrique Luz Rodrigues.

Siglas/Acrónimos Designação

AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
AUDIT-C	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption</i>
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
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.*; 2005.

2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking*. NICE 2010.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems: The National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006*.





14. 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.
15. Botelho R, Engle B, Mora JC, Holder C. *Brief interventions for alcohol misuse*. Prim Care 2011;38:105-23.
16. 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.
17. 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.
18. Berks J, McCormick R. *Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review*. Int Psychogeriatr 2008;20:1090-103.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Serecigni J, Arriero M, Pastor F, Menéndez G, Guillamón M. *Alcoholismo: Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica*. 2 ed: Socidrogalcohol; 2007.

26. 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.
27. Anderson P, Moller L, Galea G. *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*: World Health Organization; 2012.
28. 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.
29. 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.
30. Coulton S, Drummond C, James D, et al. *Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study*. *BMJ* 2006;332:511-7.
31. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems*: Commonwealth of Australia; 2009.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.

38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. *Alcohol screening questionnaires in women: a critical review*. JAMA 1998;280:166-71.
44. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. Cochrane Database Syst Rev 2007:CD004148.
45. 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.
46. Lee HS, Mericle AA, Ayalon L, Arean 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, Daeppen 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.

ANEXOS

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

<p>Cerveja 6% Volume do copo 20 cl 12 ml de álcool puro</p>	<p>Vinho 12% Volume do copo 10 cl 12 ml de álcool puro</p>	<p>Destilada 40% Volume do copo 3cl 12 ml de álcool puro</p>	<p>Shot 40% ou + Volume do copo 3 cl 12 ml de álcool puro</p>
			

Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para cada uma das diferentes bebidas têm também diferentes volumes, podendo por isso ter quantidades idênticas de álcool. Por norma, uma unidade bebida padrão corresponde a 10 gramas de álcool puro.



QUESTIONÁRIO AUDIT (VERSÃO PORTUGUESA)

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

AUDIT C

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?
0 = uma ou duas
1 = três ou quatro
2 = cinco ou seis
3 = de sete a nove
4 = dez ou mais
3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?
0 = não
2 = sim, mas não nos últimos 12 meses
4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?
0 = não

GUIA DE UTILIZAÇÃO

Num primeiro momento pode utilizar o AUDIT-C, que inclui apenas as três primeiras perguntas do questionário AUDIT. Se a pontuação obtida 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 consumo <div style="border: 1px dashed green; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 0;">AUDIT C</div>	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 + seguimento
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.