

Screening e intervenções breves na redução do consumo de álcool em utentes num serviço de urgência

Screening and brief interventions for reducing alcohol consumption in patients admitted to an emergency department

Identificación sistemática e intervenciones breves en la reducción del consumo de alcohol en usuarios en un servicio de urgencias

Teresa Margarida Gaspar Esgaio*; Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso**

Resumo

Enquadramento: Os serviços de urgência (SU) admitem o maior número de indivíduos que apresentam qualquer tipo de lesão, direta ou indiretamente, relacionada com o consumo de álcool de risco. Um potencial episódio de urgência pode ser o momento chave para uma mudança de padrão de consumo.

Objetivos: Avaliar o efeito das intervenções breves (IB) na redução do consumo de risco, nos utentes admitidos num SU.

Metodologia: Estudo pré-experimental, avaliação antes e após com grupo único. Foram realizadas 215 entrevistas a uma amostra não aleatória de 9 participantes com nível de risco e nocivo de álcool, avaliados através do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). As IB foram realizadas por um enfermeiro com treino específico.

Resultados: Três utentes foram referenciados para consulta por provável perturbação de uso de álcool (PUA). Três meses após as IB, verificou-se uma redução dos níveis de risco estatisticamente significativa ($p = 0,0017$).

Conclusão: Os resultados sugeriram efeito positivo das IB na diminuição do consumo de risco de álcool dos utentes admitidos no SU.

Palavras-chave: consumo de bebidas alcoólicas; avaliação de eficácia-efetividade das intervenções; serviço hospitalar de emergência; enfermagem

Abstract

Background: Emergency departments (ED) admit the largest number of individuals presenting any type of injury directly or indirectly related to harmful alcohol consumption. A potential emergency episode may be the key moment for a change in the consumption pattern.

Objectives: To evaluate the effect of brief interventions (BI) in reducing alcohol consumption to low-risk levels in patients admitted to an ED.

Methodology: A pre-experimental study, with one-group pretest-posttest design, was conducted. A total of 215 interviews were performed to a non-randomized sample of 9 patients with harmful or hazardous risk consumption assessed using the *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). BI were performed by a nurse with specific training.

Results: Three patients were referred for consultation due to likely alcohol use disorder. At the 3-month follow-up, a statistically significant reduction in risk levels was observed ($p = 0.0017$).

Conclusion: The results suggest a positive effect of BI in reducing alcohol consumption to low-risk levels in patients admitted to the ED.

Keywords: alcohol drinking; evaluation of the efficacy-effectiveness of interventions; emergency service, hospital; nursing

Resumen

Marco contextual: Los servicios de urgencias (SU) son los que más admiten a individuos que presentan cualquier tipo de lesión de riesgo relacionada directa o indirectamente con el consumo de alcohol. Un posible caso de urgencias puede ser el momento clave para un cambio en el patrón de consumo.

Objetivos: Evaluar el efecto de las intervenciones breves (IB) en la reducción del consumo de riesgo en los usuarios admitidos en un SU.

Metodología: Estudio preexperimental, evaluación antes y después con un único grupo. Muestra no aleatoria. Se realizaron 215 entrevistas. En el estudio se incluyen 9 participantes con nivel de riesgo y nocivo de alcohol, evaluado a través del *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Las intervenciones las llevó a cabo un enfermero con formación específica.

Resultados: Se indicaron tres usuarios para consulta por probable alteración del consumo de alcohol (PUA). Tres meses después de las IB, se verificó una reducción de los niveles de riesgo estadísticamente significativa ($p = 0,0017$).

Conclusión: Los resultados mostraron un efecto positivo de las IB en la disminución del consumo de riesgo de alcohol de los usuarios admitidos en el SU.

Palabras clave: consumo de bebidas alcoólicas; evaluación de eficacia-efectividad de intervenciones; servicio de urgencia en hospital; enfermería

*MSc., Enfermeira, Centro Hospitalar de Leiria, Unidade de Alcobaça, 2460-051, Alcobaça, Portugal [teresa.esgaio@sapo.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, tratamento dos dados, análise e discussão dos dados, e escrita do artigo.

**Ph.D., Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal [tbarroso@escenf.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, colheita de dados, tratamento de dados, análise e discussão dos dados, e escrita do artigo. Morada para correspondência: Rua Comercial, nº 18 - Bairro da Liberdade, 3020-112, Coimbra, Portugal.

Recebido para publicação em: 17.12.17

Aceite para publicação em: 09.03.18

Introdução

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

Os maiores níveis de consumo verificam-se nos países desenvolvidos, em particular na Europa, com um consumo *per capita* de 10,9, muito acima da média mundial (6,2; WHO, 2014), com um impacto negativo na saúde dos cidadãos e na economia (Anderson, Braddick, Reynolds, & Gual, 2012).

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

Os SU são os serviços que mais admitem indivíduos que apresentam qualquer tipo de lesão, estando esta direta ou indiretamente ligada ao consumo excessivo de álcool (Woolard et al., 2013; Cherpitel, 2007). Um potencial episódio de urgência pode ser o momento chave para uma mudança de padrão de consumo para muitos consumidores de risco, contudo, raramente os profissionais de saúde questionam os utentes acerca dos seus consumos (Nilsen et al., 2008).

Alguns países já implementaram protocolos nos seus SU, como o *Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment* (SBIRT), com alguma eficácia comprovada. Apesar da falta de homogeneidade nos protocolos, o uso de intervenções breves (IB) tem revelado resultados positivos na redução do consumo de álcool acima dos padrões recomendados (Landy, Davey, Quintero, Pecora, & McShane, 2016). Por outro lado, as características específicas inerentes aos SU, representam vários obstáculos para a evidência da eficácia dos seus resultados, especialmente a longo prazo. Em Portugal, a aplicação prática deste tipo de intervenção é escassa. Alguns protocolos SBIRT foram implementados nos serviços de cuidados de saúde primários (CSP), todavia

ao nível dos SU desconhecem-se estudos de avaliação neste contexto. Este estudo tem como objetivo avaliar o efeito das IB na redução do consumo de risco, nos utentes admitidos num SU.

Enquadramento

O impacto do consumo de álcool reflete-se na mortalidade, morbidade e incapacidade (Anderson et al., 2012). Em 2012, foram atribuídos ao consumo de álcool 139 milhões de anos de vida saudáveis perdidos devido a doença (*Disability-Adjusted Life Years* [DALYs]; WHO, 2014).

Em Portugal, no ano de 2010, 21.862 anos de vida foram perdidos por incapacidade (*Years Lived with Disability* [YLD]) relacionada com o consumo de álcool de risco (Carvalho, Mateus, & Xavier, 2015). No último inquérito nacional, o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral - Portugal 2012, os dados apontam para um consumo *per capita* de 12,9 litros de álcool puro por ano, colocando Portugal como um dos países com maior consumo de álcool (Serviço de Intervenções nos Comportamentos e nas Dependências [SICAD], 2015).

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

O álcool interfere na atividade psicomotora, influencia a coordenação e o tempo de reação, potenciando a origem de lesões que vão desde uma simples queda a graves acidentes rodoviários ou a episódios de violência. Embora o álcool seja um depressor do sistema nervoso central, promove a desinibição, aumentando a probabilidade dos indivíduos se colocarem em situações de risco, envolvimento em brigas e subestimação dos riscos e perigos e, con-

sequentemente, aumentando o risco de lesões intencionais ou não intencionais, sendo que, para além disso, é uma das principais causas de acidente de viação e de trauma em geral (Cherpitel, 2007). Muitos destes indivíduos acabam por ter que recorrer aos SU, reconhecendo-se como relevante a deteção de consumidores de risco nestes contextos (Wojnar & Jakubczyk, 2014).

Segundo um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que inclui 12 países do mundo (não integra Portugal), estima-se que aproximadamente 45% dos utentes tenham consumido álcool antes da admissão aos SU (WHO, 2014).

Embora os SU tenham um grande potencial para a identificação de indivíduos com consumos de álcool de risco, os profissionais de saúde raramente questionam os utentes sobre os seus hábitos de consumo (Nilsen et al., 2008). As IB tiveram origem na necessidade complexa e exigente dos serviços de saúde em disponibilizarem intervenções práticas e eficazes na redução do consumo de risco e nocivo de álcool. Originalmente destinadas aos CSP, as IB têm vindo a ser aplicadas em diversos contextos e a assumirem-se como uma intervenção eficaz com uma relação custo-benefício bastante satisfatória.

Em Portugal, embora as IB não estejam amplamente disseminadas nos serviços de saúde, desde 2012 que a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu a circular normativa nº 30/2012, atualizada em 2014, sobre a identificação precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool nos serviços de saúde. Esta circular normativa recomenda a triagem a toda a população e o desenvolvimento das IB em função dos níveis de risco para o consumo de álcool identificados e/ou referência para tratamento em função do nível de risco de consumo.

As IB assentam nos pressupostos da teoria cognitivo-comportamental e abordagem motivacional, preconizando o desenvolvimento de diversas etapas que incluem: *feedback*, educação e motivação do utente na mudança de comportamentos (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Barroso, Rosa, Jorge, & Gonçalves, 2012). A DGS, de acordo com as diretrizes da OMS, estabeleceu como padrão de baixo risco o consumo de duas bebidas padrão ou 20

gramas de álcool puro, por dia, para homens e uma bebida padrão para mulheres, equivalente a 10 gramas de álcool puro. O consumo de álcool está contraindicado em grávidas, adolescentes, na presença de dependência e na presença de patologias ou medicação que justifique abstinência (DGS, 2014).

No que concerne ao consumo de risco (*hazardous use*), este diz respeito ao padrão de consumo que pode vir a implicar danos físicos e/ou mentais no indivíduo se o consumo persistir, mas ainda sem manifestações clínicas, sendo considerado um importante indicador de saúde pública para a intervenção precoce neste domínio. O consumo nocivo define-se como o padrão de consumo que já se traduz em consequências para a saúde, traduzindo-se em danos físicos e mentais para a saúde do indivíduo e familiar, podendo não satisfazer ainda os critérios para perturbação de uso de álcool (PUA).

Hipótese de Investigação

Os indivíduos submetidos às IB apresentam uma redução nos níveis de risco de consumo de álcool.

Metodologia

Realizou-se um estudo pré-experimental, com avaliação antes e após com grupo único, em amostra não aleatória, consecutiva.

A recolha dos dados foi obtida através de uma entrevista estruturada, composta por um questionário de comportamentos de saúde, com o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) integrado e realizada pelo enfermeiro com treino na triagem da urgência.

O AUDIT avalia o nível de risco para o consumo de álcool (*baixo risco, consumo de risco, consumo nocivo e provável PUA*) e integra 10 questões, onde as primeiras três questões representam o AUDIT-C. Esta avaliação corresponde a uma triagem inicial do risco de consumo de álcool e é recomendada pela DGS. As restantes questões foram feitas aos homens admitidos com *score* AUDIT-C igual ou superior a 5, e às mulheres admitidas com *score* igual ou maior que 4 e para homens com idade superior a 65 anos.

A população é constituída pelos utentes que procuraram o SU de um hospital português da região centro litoral e que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos e ter sido triado com consumo de álcool de risco. Foram considerados como critérios de exclusão: ter diagnóstico e/ou provável diagnóstico de PUA e utentes que apresentavam dificuldades de comunicação. Integraram o estudo apenas os utentes que deram o seu consentimento informado formal.

O *screening* foi realizado em diferentes dias da semana, em diferentes períodos do dia, na triagem do SU, pelo enfermeiro treinado.

Num total de 215 entrevistas realizadas, foram identificados 13 utentes com consumo de álcool com níveis de risco. Três foram excluídos após a avaliação inicial, de acordo com os critérios de exclusão, por apresentarem provável dependência (*score* superior a 20), pelo que foram referenciados para a consulta de adição do hospital. Um indivíduo foi excluído por óbito no *follow-up*. Integraram o estudo nove participantes.

Relativamente às variáveis do estudo, a variável dependente é o nível de risco para o consumo de álcool, apresentando-se na Figura 1 os níveis de risco obtidos através dos níveis de *score* do AUDIT. A variável independente são as IB (educacional, aconselhamento simples, aconselhamento breve, intervenção breve e referência; Figura 1).

Os níveis de risco identificados com base nos *scores* do AUDIT determinaram o tipo de IB: com guiões estruturados, baseados no proto-

colo adaptado de Babor e Higgins-Biddle, de 2001, e do Projeto Saúde sem Reservas, inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Indivíduos com *baixo risco* (0-7) recebem uma intervenção educativa que inclui *feedback* sobre os resultados, informações sobre o risco de consumos acima do padrão recomendado, para além de felicitar o indivíduo e reforçar a necessidade de manter um padrão de consumo de baixo risco.

Preconiza-se o aconselhamento simples para utentes com *consumo de risco* (8-15). Embora esses utentes não sofram consequências por consumo de álcool acima do recomendado, eles correm o risco de desenvolver problemas relacionados com o álcool se mantiverem os consumos de risco. O aconselhamento simples deve fornecer *feedback* sobre o consumo de risco e as potenciais consequências adversas por mantê-lo, encorajando os utentes a atingir o padrão recomendado.

Utentes com *consumo nocivo* de álcool (16-19), apesar de não preencherem os critérios do PUA, já apresentam problemas físicos e psicológicos relacionados com o seu consumo nocivo de álcool. A intervenção recomendada é o aconselhamento breve, uma intervenção focada na rápida avaliação do problema, avaliação da motivação para a mudança e consequente intervenção.

Uma situação de *provável PUA* ocorre quando o *score* é superior ou igual a 20, que deverá ser encaminhada para tratamento.

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

Figura 1. Guideline após avaliação de risco por *score* do AUDIT (Adaptado de Babor & Higgins-Biddle, 2001).

A avaliação da intervenção foi realizada 3 meses após a mesma, através de entrevista telefónica.

Como material de suporte, um folheto (Guia

para consumo de baixo risco), adaptado de Babor e Higgins-Biddle (2001), foi utilizado durante a entrevista e entregue ao paciente. Este guia é dividido em diferentes painéis,

que direcionaram a intervenção do investigador e serviram como informação visual para o utente.

Foi solicitado consentimento informado e esclarecido a todos os participantes. O estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA:E (314/11-2015).

A avaliação da evolução do grupo após intervenção foi realizada através do *software* IBM SPSS Statistics, versão 15.0, através do teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas, tendo sido selecionado este teste devido à reduzida dimensão da amostra.

Resultados

A amostra foi composta apenas por homens, com média de idade de 56,44 anos. A maioria era casada (77,8%; 7), morava com a família (77,8%; 7) e tinha filhos (77,8%; 7). A maioria dos participantes completou o 2º ciclo do ensino básico (44,4%; 4), um completou o 3º ciclo (11,1%) e outro completou o ensino médio (11,1%). Os restantes (33,3%; 3) completaram o 1º ciclo do ensino básico. Em relação à situação profissional, cinco (55,6%) estavam empregados e quatro (44,4%) eram aposentados (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra

Características sociodemográficas	Amostra	
	Nº	%
Estado civil	Solteiro	1 11,1
	Casado ou união de fato	7 77,8
	Divorciado/Separado	1 11,1
	Viúvo	0 0
Situação profissional	Empregado	5 55,6
	Desempregado	0 0
	Aposentado	4 44,4
Escolaridade	1º Ciclo do Ensino Básico	3 33,3
	2º Ciclo do Ensino Básico	4 44,4
	3º Ciclo do Ensino Básico	1 11,1
	Ensino Secundário	1 11,1
	Ensino Superior	0 0
Com quem vive	Família	7 77,8
	Amigos	0 0
	Sozinho	2 22,2
Filhos	Sim	7 77,8
	Não	2 22,2

Relativamente às características da amostra quanto ao motivo da visita ao SU, antecedentes de saúde prévios e padrão de consumo de álcool, denotamos que dois participantes (22,2%) foram admitidos por intoxicação alcoólica aguda, sendo que apenas um deles relaciona a sua visita ao SU devido ao consumo de álcool.

A existência de antecedentes pessoais de saúde

foi reportada por 44,4%, sendo que os restantes não referiram qualquer condição prévia (55,6%).

Para este estudo foram realizadas duas intervenções educacionais, seis intervenções de aconselhamento simples e uma intervenção breve.

As alterações observadas antes e após a intervenção foram encontradas essencialmente nas

três primeiras questões do AUDIT (AUDIT-C) sobre a quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas e a frequência de consumo excessivo de álcool.

Antes da intervenção, os nove participantes consumiram álcool acima do padrão recomendado. No entanto, após a intervenção, e apesar de cinco deles ainda apresentarem um consu-

mo não recomendado, referiram ter reduzido o seu consumo (Tabela 2). Após a intervenção, quatro participantes referem que consomem álcool em quantidades consideradas de baixo risco. Seis participantes relataram que apresentaram episódios excessivos de consumo de álcool, contudo, após a intervenção, apenas dois mantêm esse tipo de consumo.

Tabela 2
Relação da amostra antes e após IB quanto às zonas de risco

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

Os dados obtidos mostram que sete participantes reduziram a sua zona de risco e dois participantes, embora já se encontrassem na zona de risco I, permaneceram na mesma zona de risco.

A intervenção pode estar associada a um efeito positivo na redução da zona de risco (Tabela 3; $Z = -2,388$; $p = 0,017$).

Tabela 3
Evolução da amostra relativamente à zona de risco, antes e após IB

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

Nota. ^aScore total após < Score total antes; ^bScore total após > Score total antes; ^cScore total após = Score total antes.

Discussão

Apesar da clara limitação relacionada ao pequeno tamanho da amostra, os resultados sugerem que os indivíduos sujeitos a IB apresentam uma evolução positiva quanto aos níveis de risco de consumo de álcool. Após a intervenção, o nível de risco diminuiu principalmente devido a uma redução no consumo de bebidas alcoólicas e na frequência de consumo excessivo de álcool. Além disso, o relevante efeito clínico de encaminhar três pacientes para consultas especializadas devido à deteção de provável dependência deve ser destacado, apesar de não terem sido incluídos

no estudo devido aos critérios de exclusão. Apesar das diversas barreiras identificadas durante o *screening* e implementação das IB nos SU, vários estudos identificaram efeitos positivos das IB no contexto dos SU (Aseltine, 2010; D'onofrio et al., 2012; Woolard et al., 2013; Sommers et al., 2013).

Landy et al. (2016) realizaram uma revisão sistemática para avaliar a eficácia das IB na redução do consumo nocivo de álcool em adultos que recorreram aos SU. Com base na revisão de 34 estudos, os autores concluíram que todos os estudos referiram uma redução significativa no consumo de álcool após 3 meses, no entanto, a maioria dos estudos não

reportou os mesmos efeitos significativos após 6 e 12 meses.

Em relação às características sociodemográficas da amostra, os dados obtidos revelam que o perfil da amostra é ser do sexo masculino, com média de idade de 56,44 anos, com o 1º ou 2º ciclo do ensino básico, casado, com filhos, empregado ou aposentado. No entanto, como a amostra é composta apenas por homens, colocamos a hipótese de algum fator ter funcionado como limitador na triagem de consumos de risco femininos.

A principal limitação deste estudo deve-se ao facto da amostra se constituir apenas por nove indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão, embora 215 entrevistas tenham sido realizadas, durante o período de colheita de dados, para todos os pacientes que recorreram aos SU nesse período e que aceitaram em participar no estudo.

A razão para a identificação de um número tão pequeno de indivíduos com nível de risco de consumo de álcool pode estar associada à resposta socialmente desejável, não relatando, portanto, os níveis reais de consumo de álcool. Durante as entrevistas, verificaram-se, por diversas vezes, reações de surpresa das pessoas quando questionadas sobre os seus hábitos de consumo, o que pode estar relacionado com experiências prévias, de ausência da avaliação da tipologia de consumos por parte dos profissionais de saúde.

Neste registo, alguns estudos revelam que os consumos autorreportados pelos indivíduos podem não revelar a real quantidade de álcool ingerido devido à desejabilidade social (Koivunen, Harju, Kauko, & Välimäki, 2016). A desejabilidade social tem um impacto significativo nas respostas sobre o uso de álcool e/ou drogas, bem como na motivação para a mudança. Quando questionados acerca dos seus consumos de álcool, os indivíduos geralmente tendem a não dar uma resposta real devido à imagem social negativa que têm desses mesmos consumos (Ronzani, Higgins-Biddle, & Furtado, 2009). Este fenómeno deverá ser tomado em conta na intervenção perante o consumo de risco de álcool, pois a complexidade do tema e dos seus determinantes implica uma abordagem multidimensional (Mortel, 2008). A relutância destes indivíduos em participarem neste estudo, que compreende

intervenção especializada na área da adição, pode ter funcionado como fator desencorajador pela ligação que estes indivíduos têm que realizar, mesmo quando existe percepção dos efeitos nefastos para a sua saúde decorrentes de consumos abusivos de álcool.

O presente estudo apresenta-se como um estudo piloto que pode dar um contributo para a integração da triagem do consumo de risco e nocivo de álcool na prática dos cuidados de enfermagem nos SU. No mesmo sentido, decorrente da reduzida notificação de consumos de álcool nos SU, a Organização Mundial de Saúde preconiza a sensibilização e treino dos profissionais de saúde no *screening* e IB.

As características do ED (sobrecarga de trabalho, instalações superlotadas e falta de tempo; Nilsen et al., 2008) parecem ser fatores desencorajadores para a introdução dos protocolos do SBIRT. No entanto, a manutenção de intervenções simples, orientadas para a referenciação, faz a diferença na motivação e consciencialização dos utentes relacionados com o consumo excessivo de álcool e dos que os rodeiam (Davis, Thake, & Vilhena, 2010). Na grande maioria das vezes, os consumidores de álcool de risco recebem o mesmo tipo de cuidados que os restantes. Não existe nenhum tipo de intervenção protocolada para este grupo e, muitas vezes, o consumo prévio de bebidas alcoólicas antes da admissão não assume qualquer tipo de importância (Koivunen et al., 2016).

Estudos futuros devem ter em consideração as limitações, apresentadas, embora significativas, os resultados mostraram-se positivos nos pacientes submetidos às intervenções. Para futuras investigações, sugerimos a integração de grupo de controlo e, ainda, aumento do tempo de *follow-up*.

Estudos sobre este fenómeno devem considerar o desenvolvimento de alguns procedimentos que permitam reduzir os efeitos negativos da desejabilidade social, como a introdução de escalas de avaliação de impacto social (Mortel, 2008; Zemore, 2012).

A maior importância do estudo que desenvolvemos é que triar potenciais consumos de álcool e conectar os utentes com um plano de mudança constitui o primeiro passo para a reabilitação. Como os SU têm constrangimentos em termos de descontinuidade no

atendimento ao utente, sugerimos o estabelecimento de parcerias com os serviços de saúde mental e social do hospital e com outras entidades de saúde externas primárias, secundárias ou terciárias.

Conclusão

O estudo elaborado sugere que as IB têm um efeito positivo na redução dos consumos nocivos e de risco de álcool no SU. Houve um efeito positivo na redução da zona de risco associada à intervenção realizada. A redução do nível de risco, após a intervenção, deveu-se à diminuição da quantidade de bebidas ingeridas e à diminuição da frequência dos consumos excessivos.

A identificação e referenciação para unidades especializadas de utentes com provável PUA e que não estavam sinalizados é também um importante impacto das IB realizadas neste estudo.

A reduzida amostra e as dificuldades estruturais e organizacionais do SU foram as limitações mais consideráveis neste estudo com implicações para a sua generalização.

Consideramos que este trabalho poderá contribuir para que os profissionais de enfermagem integrem na sua prática clínica o *screening* e o desenvolvimento das IB para a redução do nível de risco.

Referências bibliográficas

- Anderson, P., Braddick, F., Reynolds, J., & Gual, A. (2012). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. The AMPHORA project. Recuperado de <http://amphoraproject.net/view.php>.
- Aseltine, E. (2010). The impact of screening, brief intervention and referral for treatment in emergency department patients' alcohol use: A 3-, 6- and 12-month follow-up. *Alcohol and Alcoholism*, 45(6), 514-519. doi:10.1093/alcac/agq058
- Babor, T., & Higgins-Biddle, J. (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A manual for use in primary care*. [S. l.]: World Health Organization.
- Barroso, T. M., Rosa, N. R., Jorge, F. M., & Gonçalves, C. S. (2012). Drinking among adolescents and young adults: Outcome of brief intervention. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 36, 131A.
- Carvalho, A., Mateus, P., & Xavier, M. (2015). *Portugal saúde mental em números*, 2014. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Cherpitel, C. J. (2007). Alcohol and injuries: A review of international emergency room studies since 1995. *Drug and Alcohol Review*, 26(2), 201-214. doi:10.1080/09595230601146686
- Davis, C., Thake, J., & Vilhena, N. (2010). Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive Behaviors*, 35(4), 302-311. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.11.001
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Circular Normativa nº30/2012* atualizada a 18/12/2014. Recuperado de <http://www.dgs.pt/normas-clinicas.aspx>
- D'onofrio, G., Fiellin, D. A., Pantalon, M. V., Chawarski, M. C., Owens, P. H., Degutis, L. C., ... O'connor, P. G. (2012). A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 60(2), 181-192. doi:10.1016/j.annemergmed.2012.02.006
- Koivunen, M., Harju, S., Kauko, T., & Välimäki, M. (2017). Alcohol risk drinking, quality of life and health state among patients treated at the Sobering Unit in the emergency department: One year follow-up study. *International Emergency Nursing*, 31, 22-29. doi: 10.1016/j.ienj.2016.06.003
- Landy, M. S., Davey, C. J., Quintero, D., Pecora, A., & McShane, K. E. (2016). A systematic review on the effectiveness of brief interventions for alcohol misuse among adults in emergency departments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 1-12. doi:10.1016/j.jsat.2015.08.004
- Mortel, T. (2008). Faking it: Social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 40.
- Nilsen, P., Baird, J., Mello, M. J., Nirenberg, T., Woolard, R., Bendtsen, P., & Longabaugh, R. (2008). A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 184-201. doi:10.1016/j.jsat.2007.09.008
- Ronzani, T., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1080-1084. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.026
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências, Direção de Serviços de Monitorização e Informação/ Divisão de Estatística e Investigação. (2015). *Relatório anual 2016: A situação do país em matéria de álcool*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Sommers, M. S., Lyons, M. S., Fargo, J. D., Sommers,

- B. D., McDonald, C. C., Shope, J. T., & Fleming, M. F. (2013). Emergency department–based brief intervention to reduce risky driving and hazardous/harmful drinking in young adults: A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(10), 1753-1762. doi:10.1111/acer.12142.
- Wojnar, M., & Jakubczyk, A. (2014). Brief interventions for hazardous and harmful alcohol consumption in accident and emergency departments. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 152. doi:10.3389/fpsy.2014.00152
- Woolard, R., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T., Lee, C. S., Mello, M. J., & Becker, B. (2013). Project reduce: Reducing alcohol and marijuana misuse: Effects of a brief intervention in the emergency department. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1732-1739. doi:10.1016/j.addbeh.2012.09.006
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva, Switzerland: Author.
- Zemore, S. (2012). The effect of social desirability on reported motivation, substance use severity, and treatment attendance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(4), 400-412. doi:10.1016/j.jsat.2011.09.013

