

Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios

Screening and brief intervention on alcoholic patients attended on emergency rooms: perspectives and challenges

Maria Luiza Segatto ¹
 Ilana Pinsky ²
 Ronaldo Laranjeira ²
 Fabiana Faria Rezende ¹
 Tháís dos Reis Vilela ¹

Abstract

The purpose of this article is to handle the general principles, concepts and main elements of brief intervention, with a literature review about its application on alcoholic patients attended on emergency rooms. It also presents the applicability of screening as a first step to the brief intervention process, and the use of validated standard instruments that allow useful information for a consistent feedback. Finally, highlights the challenges associated with the screening on emergency rooms due to lack of time, inadequate professional formation, fear of annoy the patient and common beliefs that alcoholics do not answer to interventions. It also stresses, however, the relevancy of brief intervention on emergency, which is viable and efficient, as well as the need of researches to determine the adjustments of both the professionals and the health care system.

Alcohol Abuse; Brief Intervention; Screening; Emergency Rooms; Counseling

Introdução

O consumo de substâncias psicoativas e as farmacodependências representam um importante fator de risco para os indivíduos e as sociedades em todo o mundo. O relatório sobre a saúde no Mundo de 2002 indicou que 8,9% da carga global das doenças resultam do consumo dessas substâncias. O mesmo relatório mostrou que em 2000, o tabaco representou 4,1%, o álcool 4% e as drogas ilícitas 0,8% da carga global das doenças ¹. Contudo, os resultados sobre a carga global das doenças indicam que a maior parte dos problemas de saúde no mundo é em decorrência de substâncias lícitas (álcool, tabaco) e não das ilícitas (cocaína, maconha, heroína, dentre outras).

Entre os dez principais fatores de risco, em termos da carga das doenças evitáveis, o tabaco era o quarto e o álcool quinto, em 2000, e continuam no topo da lista das previsões para 2010 e 2020.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que haja aproximadamente 2 bilhões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas e 76,3 milhões apresentam algum tipo de desordem por causa do uso do álcool. Os índices de mortalidade e morbidades associadas a tal consumo são consideráveis em todas as partes do mundo. O álcool causa 1,8 milhão de mortes (3,2% do total) e uma perda de 58,3 milhões (4% do total) dos anos de incapacidade ajustados à vida (DALY) ¹.

¹ Programa de Atenção à Pessoa com Dependência Química, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.
² Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

M. L. Segatto
 Programa de Atenção à Pessoa com Dependência Química, Universidade Federal de Uberlândia, Av. Engenheiro Diniz 523, Uberlândia, MG 38400-462, Brasil.
 ml.segatto@uol.com.br

Na Europa, o consumo do álcool foi responsável por 55 mil mortes na faixa etária entre 15-29 anos em 1999 ². Estima-se que 46% das mortes por acidentes de trânsito, suicídio, homicídio e outros tipos de violência intra e interpessoal são atribuídos ao consumo de álcool ³.

Em 1992, um estudo multicêntrico brasileiro ⁴ mostrou prevalências do uso de álcool entre 7,6 e 9,2%, no entanto em 2001, um abrangente estudo nacional registrou taxa de 11,2% de dependentes de álcool na população geral do Brasil ⁵. Outra pesquisa realizada no país ⁶ mostra prevalência de 12,4% entre pacientes hospitalares.

Emergência e álcool

Os problemas relacionados ao uso de álcool são significativos nos hospitais gerais e especialmente na emergência, sejam os bebedores de risco, nocivos ou dependentes ^{7,8,9}. Números expressivos de atendimentos, direta ou indiretamente, são realizados, ora pelas causas externas “intencionais” (lesões auto e heteroinfligidas), ora “não intencionais” (acidentes de trânsito e outros tipos de acidente), ou outros eventos clínicos, mas que requerem o cuidado hospitalar ^{10,11,12}.

Nos últimos vinte anos, diversos estudos investigaram o consumo do álcool e suas conseqüências nos serviços de emergência ^{9,13,14,15,16,17,18}. Estes estudos evidenciam a associação de álcool e emergência e demonstram sua relevância em todo o mundo: Estados Unidos ^{19,20,21,22,23}, México ^{24,25,26}, Canadá ^{27,28}, Inglaterra ^{11,12,29}, Escócia ³⁰, Austrália ^{31,32}, Taiwan ³³ e Nova Zelândia ^{34,35}.

A prevalência do uso de álcool representa uma parcela substancial dos pacientes atendidos na emergência. Estima-se que 110 milhões de visitas a estes serviços nos Estados Unidos a cada ano sejam relacionados ao abuso do álcool, sendo 24 a 31% de todos os pacientes tratados na emergência e 50% dos ferimentos graves (isto é, pacientes que requerem a admissão no hospital, geralmente numa unidade de cuidado intensivo) ³⁶.

O impacto do abuso de bebidas alcoólicas, problemas associados e sintomas da dependência em pacientes admitidos na emergência também foram verificados em 15 estudos realizados em sete países numa metanálise. Concluiu-se que as variáveis sócio-culturais, quantidade e freqüência de consumo são fatores que antecedem a relação álcool-ferimento ³⁷.

No Brasil, estudos em emergência são limitados e a maioria é focada no consumo de álcool; no entanto eles confirmam a associação entre acidentes e agressões e alcoolemia positiva ^{38,39}.

Emergência e intervenção breve

O beber excessivo conduz claramente muitos pacientes à emergência com problemas de saúde física e mental. As repercussões dos transtornos decorrentes do uso de álcool (compreendendo abuso e dependência) são bem conhecidas e descritas na literatura. As conseqüências podem ser de ordem psíquica (como ansiedade, depressão, violência e suicídio), orgânica (cardiopatas, neuropatias, doenças hepáticas e neoplasias, dentre outras) e sócio-econômica ^{40,41}.

O principal objetivo da intervenção breve é reduzir o risco de danos ocasionados pelo consumo de substâncias psicoativas e com isso reduzir a possibilidade do aparecimento de problemas relacionados ao consumo de tais substâncias. Estas demandam um tempo conciso e por isso podem ser utilizadas para complementar a rotina dos atendimentos nos serviços de saúde, promover a motivação para mudança e auxiliar o paciente na tomada de decisões ⁴².

Estratégia específica de intervenção com dependentes de álcool e outras drogas têm apresentado índices de eficácia, seja para reduzir o consumo, seja para motivar a abstinência, ou facilitar o encaminhamento para tratamento especializado, amenizando os problemas sociais e custos associados ⁴³.

De Micheli et al. ⁴⁴, em um estudo para verificar a efetividade da intervenção breve nos serviços de saúde direcionado aos jovens e adolescentes, concluíram que uma sessão de intervenção breve foi suficiente para reduzir a prevalência e a intensidade dos comportamentos negativos relacionados ao consumo de drogas em adolescentes.

Outro estudo examinou quinze modalidades de tratamento psicossocial e revelou que as mais eficazes são as terapias cognitivas comportamentais que incluem treinamento de habilidades sociais, reforço comunitário e terapia familiar ⁴⁵. Além disso, as intervenções breves realizadas diretamente na emergência ou em unidades de atendimento de trauma demonstraram eficácia.

O relatório publicado por Chafetz et al. ⁴⁶ demonstrou que a intervenção poderia motivar pacientes alcoólico-dependentes para iniciar o tratamento. Esses investigadores relataram que 65% dos pacientes com dependência do álcool que receberam a intervenção, orientações e encaminhamentos para tratamento especializado na emergência obtiveram respostas satisfatórias, comparada com os 5,4% do grupo-controle, que recebeu apenas orientações.

Um grande número de experimentos controlados com intervenções breves em serviços de saúde foi realizado ^{47,48,49,50,51,52} e mostrou que,

em comparação com os controles, os bebedores excessivos reduziram o consumo do álcool em até 20%⁵³.

No Brasil, um estudo foi realizado em 1988 por Masur et al.⁵⁴ com o objetivo de testar a efetividade da intervenção breve no tratamento da dependência de substâncias psicoativas. Comparando essa técnica com a psicoterapia de grupo, de enfoque psicodinâmico, os resultados mostraram que, sob alguns aspectos, a intervenção breve apresentou melhores resultados, sendo uma alternativa viável na abordagem de álcool e drogas.

Embora um número de estudos avalie subsequentemente a eficácia da intervenção breve na emergência, é difícil compará-los devido ao perfil da amostra, tipos de intervenções (uma ou mais sessões) e limitações metodológicas³⁶. Somente quatro estudos, nesta revisão de literatura, analisaram a eficácia da intervenção breve em pacientes na emergência, de acordo com padrões científicos de aleatoriedade e existência de grupo-controle, como descrito na Tabela 1.

A intervenção breve é um enfoque de terapia de tempo limitado, com estratégia de aconselhamento centrada no paciente, focando mudanças de conduta e aumento de adesão. O primeiro

impacto das intervenções breves é motivacional, isto é, desencadear a decisão e o comprometimento com a mudança⁵⁵.

A motivação é um processo dinâmico, vale dizer, é um estado de prontidão ou disposição para mudança, que pode variar de tempos em tempos ou de uma situação para outra; é um estado interno, mas pode ser influenciado por fatores externos⁵⁶.

Prochaska & DiClemente⁵⁷ estabeleceram a existência de estágios de mudança que nos permitem avaliar o estado motivacional do paciente. São eles:

- **Pré-contemplação:** o paciente apresenta pouca ou nenhuma preocupação com os problemas associados ao uso de drogas ou desejo de modificar comportamentos. Nesta fase é possível auxiliá-lo na avaliação dos problemas associados à adição;

- **Contemplação:** o paciente se preocupa com os problemas relacionados ao uso de drogas, mas não apresenta um plano de mudança. É o início da conscientização e da busca de maiores informações para compreender sobre os problemas decorrentes, mas não se engajou num plano de recuperação;

Tabela 1

Comparação de quatro estudos clínicos avaliando a efetividade da intervenção breve em departamentos de emergência e unidades de internação por trauma.

| Estudo | Projeto de estudo e definição | População atendida | Critério de admissão | Intervenção | Período <i>follow-up</i> | Resultado | Efeito |
|----------------------------|--|---|---|--|--|---|---|
| Monti et al. ⁶⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Projeto: tentativa aleatória controlada • Local: departamento de emergência | <ul style="list-style-type: none"> • 94 pacientes entre 18-19 anos, tratados no departamento de emergência depois de um evento relacionado ao álcool | <ul style="list-style-type: none"> • Concentração de álcool no sangue positiva • Relato de bebida antes do evento que levou ao tratamento | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado padronizado • Uma intervenção motivacional de 35 a 40 minutos • Intervenções realizadas por 12 assistentes de pesquisa experientes (graduados e mestres) • Sem sessão de <i>follow-up</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Telefone: 3 meses (93%) • Pessoalmente: 6 meses (89%) | <ul style="list-style-type: none"> • Redução do consumo de álcool em ambos os grupos • Grande redução em acidentes relacionados ao álcool durante o período de <i>follow-up</i> no grupo com intervenção breve • Grande redução em outros problemas relacionados ao álcool (por exemplo, beber e dirigir, problemas sociais e legais) no grupo com intervenção breve | <ul style="list-style-type: none"> • Efeito positivo com intervenção breve |

(continua)

Tabela 1 (continuação)

| Estudo | Projeto de estudo e definição | População atendida | Critério de admissão | Intervenção | Período <i>follow-up</i> | Resultado | Efeito |
|---------------------------------|---|--|---|--|--|---|---|
| Gentilello et al. ⁶⁵ | <ul style="list-style-type: none"> Projeto: tentativa aleatória controlada Local: unidade de internação por trauma | <ul style="list-style-type: none"> 762 pacientes ≥ 18 anos aceitos em uma unidade de trauma | <ul style="list-style-type: none"> Concentração de álcool no sangue ≥ 100mg/dL Pontuação SMAST ≥ 3 Concentração de álcool no sangue 1-99mg/dL e pontuação SMAST de 1 ou 2 Concentração de álcool no sangue 1-99mg/dL e GGT elevado Pontuação SMAST de 1 ou 2 e GGT elevado | <ul style="list-style-type: none"> Cuidado padronizado Uma intervenção motivacional de 30 minutos Intervenções realizadas por psicólogo nível doutorado <i>Follow-up</i> por carta após 1 mês | <ul style="list-style-type: none"> 6 meses: 75% 12 meses: 54% | <ul style="list-style-type: none"> Grande redução em acidentes relacionados ao álcool durante o período de <i>follow-up</i> no grupo com intervenção breve Grande redução no consumo de álcool no grupo com intervenção breve Grande redução em visitas no departamento de emergência e hospitalizações no grupo com intervenção breve | <ul style="list-style-type: none"> Efeito positivo com intervenção breve |
| Longabaugh et al. ⁶⁶ | <ul style="list-style-type: none"> Projeto: tentativa aleatória controlada Local: departamento de emergência | <ul style="list-style-type: none"> 539 pacientes ≥ 18 anos com evidência de contaminação por bebida, cujo trauma não requereu hospitalização | <ul style="list-style-type: none"> Concentração de álcool no sangue ≥ 0,003mg/dL Relato de uso de álcool 6 horas antes do trauma Pontuação AUDIT ≥ 8 | <ul style="list-style-type: none"> Cuidado padronizado Uma intervenção breve de 40 a 60 minutos Uma intervenção breve de 40 a 60 minutos seguida por visita agendada com supervisor 7-10 dias mais tarde (intervenção breve supervisionada) Intervenções realizadas por 8 assistentes de pesquisa clinicamente experientes (doutores, mestres e graduados) | <ul style="list-style-type: none"> Telefone, correio, pessoalmente: 1 ano (83%) | <ul style="list-style-type: none"> Grande redução em acidentes relacionados ao álcool durante o período de <i>follow-up</i> no grupo com intervenção breve supervisionada Redução do consumo de álcool em todos os grupos Grande redução em conseqüências negativas relacionadas ao álcool no grupo com intervenção breve supervisionada | <ul style="list-style-type: none"> Efeito positivo com intervenção breve supervisionada |
| Spirito et al. ⁶⁷ | <ul style="list-style-type: none"> Projeto: tentativa aleatória controlada Local: departamento de emergência em centro de trauma nível 1 urbano | <ul style="list-style-type: none"> Adolescentes tratados em departamento de emergência depois de um evento relacionado ao álcool Nota: 47% dos adolescentes consultados negaram participação | <ul style="list-style-type: none"> Positivo para álcool no hálito, saliva ou sangue Uso de álcool auto-relatado 5 horas antes do acidente | <ul style="list-style-type: none"> Cuidado padronizado (5 minutos) Uma intervenção motivacional de 35 a 45 minutos Intervenções realizadas por 12 assistentes de pesquisa experientes (graduados e mestres) Sem sessões de <i>follow-up</i> | <ul style="list-style-type: none"> Telefone: 3 meses (93,4%) Pessoalmente: 6 meses (89,5%) Pessoalmente: 12 meses (89,5%) | <ul style="list-style-type: none"> Grande redução na frequência e abuso de bebida por pacientes com predisposição ao uso problemático de álcool no grupo com intervenção breve | <ul style="list-style-type: none"> Efeito positivo com intervenção breve para bebedores problema |

SMAST: *Short Michigan Alcohol Screening Test*; AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*; GGT: gama glutamiltransferase.

- **Preparação:** o paciente apresenta preocupação, estando apto para modificar seus comportamentos. Possui plano de ação, embora não o coloque em prática;
- **Determinação:** o paciente está determinado, ou seja, tomou uma atitude de mudança;
- **Ação:** o paciente coloca em prática os planos para modificar comportamentos, mesmo que tenha dificuldades de alcançar o objetivo desejado, a abstinência;
- **Manutenção:** o paciente alcança os objetivos traçados, adquire novos comportamentos, novas atitudes e assume a responsabilidade pelo tratamento.

As fases acima identificam o estágio em que se encontra o paciente permitindo-nos direcionar e/ou personalizar as intervenções. Seis elementos são propostos para a intervenção breve⁵⁸, utilizando-se do acróstico transposto para o português, “ADERIR”: Auto-eficácia, Devolução, Empatia, Responsabilidade, Inventário e Recomendações.

Estes seis elementos, manejados em períodos breves de aconselhamento parecem ser o alicerce das intervenções motivacionais que trabalham os seguintes aspectos:

- **Devolução:** proporcionar oportunidades de reflexão sobre sua situação no momento e motivá-lo para a mudança por meio da avaliação sobre o seu estado atual, os problemas clínicos, psíquicos e as conseqüências do consumo de álcool;
- **Responsabilidade:** este elemento enfatiza a responsabilidade do paciente no processo de mudança. O princípio é que ninguém poderá mudar seu hábito se ele não quiser. O que vai fazer com as informações, orientações e estratégias de mudança é uma decisão pessoal;
- **Recomendações:** baseiam-se em conselhos claros, advertências, encaminhamentos e orientações quanto ao tratamento e cuidados primários que podem levar o paciente a abandonar os comportamentos aditivos;
- **Inventário:** consiste em oferecer aos pacientes uma variedade de estratégias alternativas para modificação do seu comportamento-problema, e ele fará sua escolha pessoal;
- **Empatia:** mesmo quando os pacientes são “confrontados”, com *feedback* ou recebem conselhos diretos, isso pode ser feito de maneira altamente empática. A empatia do terapeuta é um forte determinante da motivação e da mudança do paciente;
- **Auto-eficácia:** É o reforço da auto-estima, da esperança e do otimismo do paciente. Refere-se à crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar e ter êxito em uma tarefa. Desta forma, a meta é persuadir o paciente para que ele se sinta

capaz de fazer uma mudança bem sucedida na área que apresenta problemas;

A aplicação de questionários para avaliar e oferecer *feedback* personalizado deve mensurar os seguintes aspectos: quantidade e freqüência do uso de álcool, sinais e sintomas da síndrome da dependência (estreitamento do repertório, saliência do beber, tolerância, síndrome de abstinência, percepção subjetiva da compulsão de usar, alívio ou evitação dos sintomas da síndrome da abstinência com o consumo do álcool e reinstalação da doença), dependência física e emocional, conseqüências e riscos do uso do álcool na vida.

Para realizar a entrevista motivacional é necessário que se identifiquem os diferentes estágios motivacionais do paciente⁵⁶, o que implicará um gerenciamento de caso e definição de estratégias específicas de tratamento, considerando os cinco princípios gerais: (i) expressar empatia; (ii) desenvolver a discrepância; (iii) evitar a argumentação; (iv) trabalhar a resistência; e (v) promover a auto-eficácia.

Aplicabilidade da triagem em pacientes atendidos na emergência

A triagem é o primeiro passo para o processo da intervenção breve. Consiste em uma simples forma de identificar as pessoas cujo consumo de álcool pode prover risco à saúde, assim como para aqueles que estão experimentando problemas relacionados ao álcool, incluindo a dependência⁵⁹.

A triagem proporciona informação ao profissional de saúde para desenvolver um plano de intervenção e aos pacientes, um *feedback* que pode ser utilizado para motivá-los na mudança de hábitos. Recomenda-se a utilização de um instrumento padronizado e validado⁵⁹.

Degutis²⁰ demonstrou que a aplicação de questionários para triagem que medem a quantidade e freqüência do uso de álcool é viável nos serviços de emergência. O AUDIT (*Questionário de Identificação de Transtornos pelo Consumo de Álcool*) e o CAGE (*Cut Down/Annoyed/Guilty/ Eye-opener Questionnaire*) são exemplos de instrumentos para triagem.

O AUDIT possui as seguintes vantagens: curto, fácil de utilizar, flexível, proporciona as informações úteis para que seja provido o *feedback*. É consistente com as informações da *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão* (CID-10) de consumo e dependência de álcool, centrado no consumo recente. É um instrumento validado em muitos países e disponível em muitos idiomas⁵⁹.

O AUDIT contém dez perguntas. Os três primeiros itens medem a quantidade e frequência de consumo habitual e ocasional de álcool. As três perguntas seguintes se referem à ocorrência de possíveis sintomas de dependência. Os quatro últimos itens avaliam os problemas recentes e passados associados ao consumo de álcool⁵⁹.

Um estudo com jovens adultos com idade entre 18 e 39 anos nas salas de emergência verificou a eficácia da intervenção e triagem no local⁶⁰. Nessa pesquisa, 87% dos pacientes atendidos na sala de emergência consentiram em se submeter à triagem. Destes, 43% apresentaram problemas com álcool segundo a escala AUDIT. A alta prevalência de problemas relacionados ao álcool neste estudo indicou a aplicabilidade da utilização de instrumentos para triagem e intervenção.

O CAGE é também um instrumento para rastreamento da dependência do álcool. Assim como o AUDIT, o CAGE não faz o diagnóstico, mas aponta os prováveis casos de dependência. Tem a vantagem de ser de fácil e de rápida aplicação porque é constituído por apenas quatro questões^{61,62}.

Desafios associados com a triagem em salas de emergência

Algumas barreiras foram apontadas pelos profissionais da atenção primária para a realização de triagem e aconselhamento aos pacientes em relação ao consumo de álcool⁵⁹. Considera-se que essas dificuldades também ocorrem nos serviços de emergência. Entre elas podem ser citadas: falta de tempo; formação acadêmica insuficiente; medo de incomodar o paciente; crença de que os alcoolistas não respondem às intervenções.

Tempo

Uma preocupação comum dos profissionais de saúde refere-se ao tempo disponível para esse fim. Isto é corroborado pela demanda e urgência no serviço de saúde.

No entanto, a Intervenção Breve é um método que pode ser administrado no curso de uma rotina sem requerer um tempo significativo. Pode-se distribuir aos pacientes um teste de auto-preenchimento, ou as perguntas também podem integrar-se à entrevista da história clínica. Em qualquer um dos casos, a triagem requer apenas de 2 a 4 minutos. A pontuação e análise do teste se realizam em menos de um minuto⁵⁹.

Com os resultados disponíveis, somente uma pequena proporção de pacientes (5-20%) irá requerer a intervenção breve. Para aqueles que o teste foi positivo, a intervenção irá ne-

cessitar de menos de cinco minutos na maioria dos casos. Se for necessária uma terapia breve, recomenda-se que seja entregue um folheto de auto-ajuda⁵⁹.

A falta de tempo é o maior obstáculo para a triagem e intervenção em salas de emergência. Por conseguinte, autores sugerem que existem intervenções que são adaptadas ao tempo limitado desses locais. Um tipo de intervenção breve pode ser realizado em menos de 10 minutos e já foi desenvolvida e testada por profissionais de emergência⁶³.

Formação acadêmica insuficiente

Muitos profissionais de saúde sentem que sua formação é insuficiente para a triagem e aconselhamento dos pacientes em relação ao consumo de álcool. Apesar da falta de formação dos profissionais, existem variadas técnicas de triagem e intervenção, que são relativamente simples e que também possibilitam o profissional a utilizá-las em um hospital⁵⁹.

Medo de incomodar os pacientes com um assunto sobre álcool

Outro erro freqüente sobre as Intervenções Breves é achar que os pacientes podem irritar-se com as perguntas sobre seu consumo, tentarem negar problemas e resistirem à conduta sobre o consumo. Apesar de existir a negação e a resistência em alguns pacientes, os bebedores de risco raramente não são cooperativos. A experiência obtida por vários estudos demonstra que os pacientes são cooperativos e a maioria deles aprecia que os profissionais de saúde mostrem a interação do álcool com a saúde⁵⁹.

O álcool não é um assunto que deva ser tratado em serviços de emergência

Este erro se contradiz pela grande quantidade de evidências que mostram como o consumo implica uma variedade de problemas relacionados com a saúde. Esses problemas não só afetam a saúde dos indivíduos, como também de suas famílias e comunidade. O consumo de álcool pode causar diversas enfermidades, como cirrose hepática, câncer (boca, garganta, mama). Quanto maior o consumo de bebida alcoólica maior risco de danos, acidentes, problemas no trabalho, violência doméstica, afogamento, suicídio e outros problemas sociais e legais. A ingestão de álcool excessiva produz efeitos secundários na saúde e no bem-estar das pessoas em seu círculo social mais próximo⁵⁹.

Os alcoolistas não respondem às intervenções

Os profissionais de saúde confundem as diversas formas de consumo excessivo com a dependência de álcool, pois a mesma afeta uma pequena porção da população adulta em muitos países (3-5% nas nações industrializadas), no entanto o consumo de risco é prejudicial e geralmente afeta uma proporção mais ampla (15-40%)⁵⁹.

Os objetivos de um programa sistemático de intervenção breve são: identificar e distinguir as pessoas com dependência de álcool das que estão em um estado inicial de sua evolução, para poder auxiliar na prevenção de uma posterior progressão para a dependência; identificar os bebedores de consumo de risco e prejudicial, que podem ter desenvolvido a síndrome da dependência. A intervenção pode prevenir e reduzir os danos graves relacionados com o álcool⁵⁹.

Contrariando as crenças populares, a intervenção breve pode ser efetiva em ambas as populações. As pessoas com dependência de álcool respondem bem ao tratamento formal e com o apoio comunitário que proporcionam as associações de auto-ajuda⁵⁹.

A diferença entre as pessoas com dependência de álcool e os bebedores de risco e prejudicial é que as primeiras deveriam ser encaminhadas para atenção especializada, já para as segundas devem ser dados conselhos simples e uma terapia breve.

Vários ensaios clínicos demonstram que as intervenções breves reduzem os níveis globais de consumo de álcool, previnem futuros problemas, melhoram a saúde e reduzem os custos sanitários⁵⁹.

Futuros desafios

Os estudos sugerem que a intervenção breve na emergência é praticável e eficaz, todavia pesquisas são necessárias para determinar a execução e demais ajustamentos referentes às necessidades dos profissionais e dos serviços de saúde na emergência. Tais pesquisas devem contemplar:

- Inclusão dos pacientes com diferentes tipos de traumas físicos, bem como outras queixas clínicas (intoxicações, queimaduras, tentativa de suicídio etc.);
- Estudos baseados em métodos intervencionistas, para detectar discrepâncias entre as amostras (grupo-intervenção e grupo-controle) no que se refere ao consumo do álcool e outras consequências negativas;
- Avaliação de componentes específicos da intervenção (por exemplo, critérios da intervenção motivacional e aconselhamento) para determinar o que é mais eficaz na emergência. Tais análises poderiam esclarecer se a eficácia da intervenção depende da prontidão dos pacientes para mudar e/ou da severidade de seu ferimento ou doença, se os “impulsionadores” são benéficos, e o seguimento desses pacientes deve ser conduzido pelo telefone, pessoalmente ou através de visitas domiciliares;
- Estabelecimento do custo-benefício dos vários tipos de intervenção;
- Investigação de métodos para superar obstáculos, dificuldades e inabilidades para executar estas medidas;
- Avaliar a intervenção para grupos culturalmente diversos, que representam uma proporção significativa de pacientes na emergência, mas não foram foco de estudos existentes.

Considerações finais

Acredita-se que alguns aspectos em relação à aplicação da intervenção breve em serviços de emergência merecem ser discutidos. Entre eles, destaca-se a necessidade de incorporar na formação dos profissionais de saúde manejo clínico com as substâncias psicoativas e a importância da definição de triagem, intervenção e incorporação das mesmas na rotina da prática clínica mediante envolvimento de toda a equipe de funcionários da emergência (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais etc.), ou ainda outras alternativas como educadores, métodos computadorizados interativos, ou trabalho voluntariado.

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar os princípios gerais, conceitos e principais elementos da intervenção breve, com uma revisão da literatura sobre sua aplicação em pacientes alcoolizados atendidos na emergência. Aborda a aplicabilidade da triagem como primeiro passo para o processo da intervenção breve e a utilização de instrumentos padronizados e validados que proporcionam informações úteis para um feedback consistente. Finalmente, destaca os desafios associados com a triagem nas salas de emergência como falta de tempo, formação inadequada dos profissionais, medo de incomodar o paciente e crença de que os alcoolistas não respondem às intervenções. Enfatiza-se, contudo, a importância da Intervenção Breve na emergência, que é viável e eficaz e a necessidade de pesquisas para determinar os ajustamentos dos profissionais e dos serviços de saúde.

Abuso de Alcool; Intervenção Breve; Triagem; Serviços Médicos de Emergência; Aconselhamento

Colaboradores

M. L. Segatto participou da concepção, elaboração do estudo, redação, revisão bibliográfica e revisão crítica do artigo. F. F. Rezende e T. R. Vilela participaram da elaboração, redação, revisão bibliográfica e revisão crítica do artigo. I. Pinsky e R. Laranjeira participaram da revisão crítica do artigo.

Referências

1. WHO Collaborative Study Group on Alcohol and Injuries. Final report. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Rehm J, Eschmann S. Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Soz Präventivmed* 2002; 47:48-58.
3. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray C JL, editors. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 959-1108.
4. Almeida Filho LM, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL* 1992; 14:38-42.
5. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 2001.
6. Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerstrom questionnaires. *São Paulo Med J* 2000; 118:139-43.
7. Saitz R. Clinical practice: unhealthy alcohol use. *N Engl J Med* 2005; 352:596-607.
8. Rhodes M, Carlson G, Dunn J, Malata C, Merry C, Milne D. All day drinking – its impact on an accident and emergency department. *Health Trends* 1990; 22:120-1.
9. Pirmohamed M, Brown C, Owens L, Luke C, Gilmore IT, Breckeridge AM, et al. The burden of alcohol misuse on an inter-city general hospital. *Q J Med* 2000; 93:291-5.
10. Green M, Setchell J, Hames P, Stiff G, Touquet R, Priest R. Management of alcohol-abusing patients in accident and emergency departments. *J R Soc Med.* 1993; 86:393-5.
11. Waller S, Thom B, Harris S, Kelly M. Perceptions of alcohol-related attendances in accident and emergency departments in England: a national survey. *Alcohol Alcohol* 1998; 33:354-61.
12. Thom B, Herring R, Judd A. Identifying alcohol-related harm in young drinkers: the role of accident and emergency departments. *Alcohol Alcohol* 1999; 34:910-5.
13. Jariwalla AG, Adams PH, Hore BD. Alcohol and acute general medical admissions to hospital. *Health Trends* 1979; 11:95-7.
14. Jarman CMB, Kellett JM. Alcoholism in the general hospital. *BMJ* 1979; 2:469-72.

15. Holt S, Stewart IC, Dixon JM, Elton RA, Taylor TV, Little K. Alcohol and the emergency service patient. *BMJ* 1980; 281:638-64.
16. Dowe KE. Alcohol-related attendances at an accident and emergency department. *Ulster Med J*. 1993; 62:58-62.
17. McKnight JA, McCance DR, Lundy FT, Wisdom GB, Hayes JR. Alcohol intake in patients admitted acutely to a general medical unit. *Ulster Med J* 1995; 64:157-63.
18. van der Pol V, Rodgers H, Aitken P, James O, Curless R. Does alcohol contribute to accident and emergency department attendance in elderly people? *J Accid Emerg Med* 1996; 13:258-60.
19. Cherpitel C. Breath analysis and self reports as measures of alcohol-related emergency room admissions. *J Stud Alcohol* 1989; 50:155-61.
20. Degutis LC. Screening for alcohol problems in emergency department patients with minor injury: results and recommendations for practice and policy. *Contemp Drug Probl* 1998; 25:463-75.
21. Li G, Keyl P, Rothman R, Chanmugam A, Kelen G. Epidemiology of alcohol-related emergency department visits. *Acad Emerg Med* 1998; 5:788-95.
22. D'Onofrio G. Screening and brief intervention for alcohol and other drug problems: what will it take? *Acad Emerg Med* 2000; 7:69-71.
23. Maio R, Shope J, Blow F, Copeland L, Gregor M, Brockman L, et al. Adolescent injury in the emergency department: opportunity for alcohol interventions. *Ann Emerg Med* 2000; 35:252-7.
24. Riley L, Marshall M. Alcohol and public health in 8 developing countries. Geneva: Substance Abuse Department, World Health Organization; 1999.
25. Borges G, Mondragon L, Casanova L, Rojas E, Zambrano J, Cherpitel C, et al. Substance and alcohol use and dependence in a sample of patients from an emergency department in Mexico City. *Salud Ment* 2003; 26:23-31.
26. Borges G, Mondragon L, Cherpitel C, Ye Y, Rosovsky H. Alcohol consumption and the emergency department: studies carried out by the 19 National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente - 1986-2003. *Salud Ment* 2003; 26:19-27.
27. Cherpitel C, Geisbrecht N, MacDonald S. Alcohol and injury: a comparison of emergency room populations in two Canadian provinces. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999; 25:463-75.
28. MacDonald S, Giesbrecht N, Cherpitel C. Demographic and substance use factors related to violent and accidental injuries: results from an emergency room study. *Drug Alcohol Depend* 1999; 55:53-61.
29. Wright S, Moran L, Meyrick M, O'Connor R, Touquet R. Intervention by an alcohol health worker in an accident and emergency department. *Alcohol Alcohol* 1998; 35:651-6.
30. Wright J, Kariya A. An etiology of assault with respect to alcohol, unemployment and social deprivation: a Scottish accident and emergency department case control study. *Injury* 1997; 28:369-72.
31. McLeod R, Stockwell T, Stevens M, Philips M, Jelineck G. The influence of alcohol and drug use, setting and activity on the risk of injury - a case-control study. Perth: Curtin University of Technology; 2000.
32. Roche A, Watt K, McClure R, Purdie D, Green D. Injury and alcohol: a hospital emergency department study. *Drug Alcohol Rev* 2001; 20:155-66.
33. Chen S, Lin F, Chang K. Body region prevalence of injury in alcohol non-alcohol related traffic injuries. *J Trauma* 1999; 47:881-4.
34. Robinson G, Leslie H, Robinson B. Detection of problem-drinkers in an emergency department using a breathalyser and questionnaire. *Drug Alcohol Rev* 1992; 20:155-66.
35. Humphrey G, Casswell C, Han D. Alcohol and injury among attendees at a New Zealand emergency department. *N Z Med J* 2003; 116:298-306.
36. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2002; 9:627-38.
37. Cherpitel CJ, Bond J, Ye Y, Borges G, MacDonald S, Stockwell T, et al. Alcohol-related injury in the ER: a cross-national meta-analysis from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *J Stud Alcohol* 2003; 64:641-9.
38. Chaves AG, Pereira EA, Anicete GC, Ritt AG, Melo ALN, Nunes CA, et al. Alcoolemia em acidentes de trânsito. *Rev HPS* 1989; 35:27-30.
39. Kerr-Corrêa F, Inaty S, Rossini R, Boccuto C, D'Barri RAG, Sousa L.B. Alcoolismo: associação com hospitalizações por trauma/lesões e doença do aparelho digestivo. *J Bras Psiquiatr* 1993; 42:285-9.
40. Kaplan HI. Transtornos relacionados a substâncias. In Kaplan, HI, Sadock, BJ, Grebb JA, organizadores. *Compêndio de psiquiatria do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 381-95.
41. Wallerstedt S, Denison H, Sandstrom J, Westin J. The prevalence of alcoholism and its relation to cause of hospitalization and long-term mortality in male somatic inpatients. *J Intern Med* 1995; 237:339-44.
42. Marques ACPR, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 Suppl 1:28-32.
43. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract* 1999; 48:378-84.
44. De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50:305-13.
45. Finney JW, Moos RH. Matching patients with treatments: conceptual and methodological issues. *J Stud Alcohol* 1986; 47:123-34.
46. Chafetz ME, Blane HT, Abrams HS, Golner J, Lacy E, McCourt WF, et al. Establishing treatment relations with alcoholics. *J Nerv Ment Dis* 1962; 134:395-409.
47. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988; 297:663-8.
48. Anderson P, Scott E. The effect of general practitioners advice to heavy drinking men. *Br J Addict* 1992; 87:891-900.

49. Babor T, Grant M; WHO Collaborating Investigators Project on Identification and Management of Alcohol Related Problems. Combined analyses of outcome data: cross national generalizability of brief interventions. Report on phase II: randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Copenhagen: World Health Organization; 1992.
50. Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Andwebster I. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995; 90:119-32.
51. Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, Booker S, Miller V, Gingrich R, et al. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20:1443-50.
52. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997; 277:1039-45.
53. Freemantle N, Gill P, Godfrey C, Long A, Richards C, Sheldon TA, et al. Brief interventions and alcohol use. *Qual Health Care* 1993; 2:267-73.
54. Formigoni MLOS. A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira. São Paulo: Contexto; 1992.
55. Miller WR, Brow JM. Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviors. In: Heather N, Miller WR, Greeley J, editors. *Self-control and the addictive behaviors*. Sydney: Pergamon Press; 1991.
56. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991.
57. Prochaska JO, DiClemente CC. *Transtheoretical therapy: toward a more interactive model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 1982; 19:276-88.
58. Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G, editors. *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame. University of Notre Dame Press; 1993.
59. Organización Mundial de la Salud. *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria*. Valencia: Conselleria de Benestar Social, Generalitat Valenciana; 2001.
60. Hungerford DW, Williams JM, Furbee PM, Manley 3rd WG, Helmkamp JC, Horn K, et al. Feasibility of screening and intervention for alcohol problems among young adults in the ED. *Am J Emerg Med* 2003; 21:14-22.
61. Institute of Medicine. *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington DC: National Academy Press; 1990.
62. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 127:1121-3.
63. D'Onofrio G, Bernstein E, Bernstein J, et al. Patients with alcohol problems in the emergency department. Part 2: intervention and referral. *Acad Emerg Med* 1998; 5:1210-7.
64. Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:989-94.
65. Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CW, et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999; 230:473-80.
66. Longabaugh R, Woolard RE, Nirenberg TD, Minugh AP, Becker B, Clifford PR, et al. Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *J Stud Alcohol* 2001; 62:806-16.
67. Spirito A, Monti P, Barnett N, Colby S, Sindelar H, Rohsenow D, et al. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *J Pediatr* 2004; 145:396-402.

Submetido em 22/Mar/2006

Versão final reapresentada em 07/Fev/2007

Aprovado em 15/Fev/2007