



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**Intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores de um
serviço de transportes urbanos**

Lícia Maria Batista Teixeira

Coimbra, fevereiro de 2021



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**Intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores de um
serviço de transportes urbanos**

Lícia Maria Batista Teixeira

Orientadora: Professora Doutora Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, fevereiro de 2021

AGRADECIMENTOS

A realização de uma dissertação de mestrado é sem dúvida um longo caminho a percorrer, que nos coloca à prova de diversas formas. É necessário superar obstáculos, desafios e incertezas, mas com esforço e dedicação, acabamos por chegar à meta.

Este desafio só foi exequível graças ao apoio de diversos intervenientes, aos quais faço questão de agradecer do fundo do meu coração.

Especialmente à professora Doutora Tereza Barroso, orientadora desta dissertação de mestrado, pelo seu profissionalismo, rigor científico, disponibilidade e extraordinária capacidade de motivação e afeto. Desde o final da minha licenciatura em Enfermagem me desafiou e incentivou a aprender mais sobre a área de que nutro um gosto especial, sendo que sem o seu apoio não seria possível realizar o desafio com sucesso.

A todos os trabalhadores do serviço de transportes urbanos que se voluntariaram e despenderam do seu tempo para participar no estudo.

Ao meu irmão Rafael, que desde a candidatura no curso me apoiou e pelo constante incentivo dado pela procura da concretização dos nossos sonhos.

Aos meus pais, pelo pilar inabalável mesmo nos momentos mais difíceis.

À colega e amiga Daniela Pinto, que esteve presente desde o início e sempre se demonstrou disponível e colaborante durante este percurso.

Aos meus amigos e colegas, que de uma forma ou de outra puderam contribuir para a realização do trabalho.

A todos vós, fico grata.

LISTA DE SIGLAS

ACT- Autoridade para as Condições do Trabalho

APA- *American Psychiatric Association*

APC- *Álcool Per Capita*

ASSIST- *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

AUDIT- *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAD- Comportamentos Aditivos e Dependências

CID-10- Classificação internacional de Doenças- 10

DALYs- *Disability-Adjusted Life Years*

DGS- Direção Geral de Saúde

DSM-V- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V*

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

GSRAH- *Global Status Report on Alcohol and Health*

IB- Intervenção Breve

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAT- Programa de Assistência aos Trabalhadores

PLA- Problemas Ligados ao Álcool

PNRCAD- Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências

SBIRT- *Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment*

SICAD- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

WHO- *World Health Organization*

RESUMO

O consumo de bebidas alcoólicas tem vindo a acompanhar a humanidade há muitos anos. A sua produção, comercialização e consumo cresceu em grande escala a nível mundial, e, com isso, começou a desenvolver-se o que viria a ser um enorme problema de saúde pública. Em Portugal, no ano de 2017, ocorreram 2442 óbitos por doenças atribuídas ao álcool, cerca de 2,22% da mortalidade no país (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2019).

Em meio laboral, o consumo de álcool apresenta-se como fator influenciador para a diminuição do desempenho do trabalhador, aumentando o risco de acidentes, erros, atrasos, absentismo e podendo inclusive culminar no desemprego. Um ambiente de trabalho de grande esforço, stress, baixo salário entre outros, pode eventualmente conduzir ao consumo de bebidas alcoólicas, na medida em que a pessoa procura nos efeitos do álcool uma forma de atenuar o sofrimento mental e a sobrecarga emocional (Brites et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Mcpherson et al., 2010).

O objetivo do presente estudo é avaliar se as Intervenções Breves têm um efeito positivo na redução do consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas, em trabalhadores de um serviço de transportes urbanos.

Recorreu-se a um desenho de nível IV, de natureza quase-experimental, com avaliação antes e após com um único grupo. Foi implementado o protocolo *Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment* (SBIRT) e foi utilizado como instrumento de avaliação o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). As intervenções foram realizadas mediante o score obtido neste. A avaliação das intervenções foi realizada em *follow-up*, 4 meses depois.

Dos 45 participantes na primeira intervenção, 39 constituem a amostra, sendo que destes 7 apresentam nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas e as restantes 32 estão inseridas num nível de consumo de baixo risco.

No *follow-up*, foi apurado que 5 participantes reduziram o seu nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas e 34 mantiveram o mesmo nível (sendo que estes já se encontravam no nível de baixo risco). Estes resultados indicam um efeito positivo na redução do nível

de risco associado à intervenção realizada, sendo que existiu uma redução ao nível da quantidade e frequência de consumo de bebidas alcoólicas, uma redução da frequência de consumo de 6 ou mais bebidas numa única ocasião, uma redução da frequência com que não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido e uma redução da frequência da preocupação por parte de um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde pelo seu consumo de álcool.

Quanto às questões limitadoras/dificuldades na realização do estudo, foi apontado um número limitado da amostra, a inexistência de um grupo de controlo, do curto espaço de tempo desde a implementação da intervenção até à sua avaliação, do estigma e da desajustabilidade social como fatores influenciadores nos resultados da intervenção.

Palavras-chave: bebidas alcoólicas; intervenções breves; meio laboral; enfermagem.

ABSTRACT

The consumption of alcoholic drinks has been following humanity for many years. Its production, commercialization and consumption has grown on a large scale worldwide, and with that, began to develop what would become a huge problem of public health. In Portugal, in 2017, there were 2442 deaths from diseases attributed to alcohol, about 2.22% of the country's mortality (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2019).

More specifically in the workplace, alcohol consumption appears as an influential factor for decreasing worker performance, increasing the risk of accidents, errors, delays and absenteeism, which can culminate in unemployment. A work environment of great effort, stress and low wages, among others, can eventually lead to the consumption of alcoholic beverages, as the person seeks in the effects of alcohol a way to mitigate mental suffering and emotional overload (Brites et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Mcpherson et al., 2010).

The aim of the present study is to assess whether Brief Interventions have a positive effect on reducing the risky and harmful consumption of alcoholic drinks, in workers of an urban transports service.

A level IV design was used, of quasi-experimental nature, with assessment before and after with a single group. The Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment protocol was implemented and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) was used as an assessment tool. Interventions were performed using the score obtained in this. Their evaluation was carried out at follow-up, 4 months later.

Of the 45 participants in the first intervention, 39 of these made up the sample, with 7 people presenting a risk level of consumption of alcoholic drinks and the remaining 32 a level of low risk consumption.

At the follow-up, it was found that 5 participants reduced their level of risk of alcohol consumption and 34 maintained the same level (since they were already at the low risk level). These results demonstrate a positive effect in reducing the level of risk associated with the intervention performed, with a reduction in the amount and frequency of consumption of alcoholic drinks, a reduction in the frequency of consumption of 6 or

more drinks on a single occasion, a reduction in the frequency with which you did not remember what happened the night before because of drinking and a reduction in the frequency of concern by a family member, friend, doctor or health professional about alcohol consumption.

As for the limiting issues / difficulties in conducting the study, a limited number of the sample was pointed out, the lack of a control group, the short time from the implementation of the intervention to its evaluation, stigma and desirability as influencing factors in the results of the intervention.

Keywords: alcoholic drinks; brief interventions; workplace; nursing.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Níveis de resposta dada ao trabalhador dependente de álcool	35
Figura 2 - Guideline após avaliação do nível de risco por score do AUDIT (Adaptado de Babor & Higgins-Biddle, 2001).....	51
Figura 3 - Estágio de mudança e IB associada (adaptado de Babor & Higgins-Biddle, 2001; Sequeira & Sampaio, 2020)	53
Figura 4 - Conteúdos que o AUDIT avalia	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Característica sociodemográfica da amostra referente à idade	55
Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra.....	55
Tabela 3 - Teste Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da amostra, para a variável Score do AUDIT	60
Tabela 4 - Caracterização dos comportamentos de saúde da amostra	61
Tabela 5 - Caracterização da amostra quanto à frequência de quantidades de consumo de álcool.....	63
Tabela 6 - Caracterização da amostra quanto às consequências do consumo de álcool	65
Tabela 7 - Relação da amostra antes e após a aplicação das Intervenções Breves, quanto ao tipo de consumo de bebidas alcoólicas	66
Tabela 8 - Evolução da amostra relativamente ao nível de risco, antes e após intervenção	67
Tabela 9 - Evolução da amostra relativamente à caracterização dos consumos antes e após intervenção.....	68
Tabela 10 - Evolução da amostra relativamente aos sintomas de dependência e às consequências dos consumos antes e após intervenção	69

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
CAPITULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL	23
1.1.ÁLCOOL E PADRÕES DE CONSUMO.....	23
1.2.O CONSUMO DE ÁLCOOL: BREVE HISTÓRIA E EVOLUÇÃO SOCIOLÓGICA	26
1.3. O CONSUMO DE ÁLCOOL COMO PROBLEMA EM PORTUGAL E NO MUNDO	27
1.4. O CONSUMO DE ÁLCOOL E O MEIO LABORAL.....	30
1.5. POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO EM MEIO LABORAL	32
CAPITULO 2 – INTERVENÇÕES BREVES PARA O CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	37
2.1. CONCEITO DE INTERVENÇÕES BREVES.....	37
2.2. PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES BREVES E A SUA EFICÁCIA.....	41
2.3. EVIDÊNCIA DA EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES BREVES EM MEIO LABORAL	43
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO	47
CAPITULO 3 – EFEITO DAS INTERVENÇÕES BREVES NOS TRABALHADORES DE UM SERVIÇO DE TRANSPORTES URBANOS	49
3.1. INTRODUÇÃO	49
3.2. METODOLOGIA	50
3.2.1. Tipo de estudo	50
3.2.2. Operacionalização das variáveis em estudo	50

3.2.3. Participantes.....	54
3.2.4. Instrumentos de colheita de dados	56
3.2.5. Procedimentos éticos e formais.....	58
3.2.6. Procedimentos de análise de dados	60
3.3. RESULTADOS.....	60
3.4 DISCUSSÃO	71
CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Análise dos estudos	
APÊNDICE II - Questionário sobre comportamentos de saúde	
APÊNDICE III - Autorização de realização do estudo nos trabalhadores de um serviço de transportes urbanos	
APÊNDICE IV - Apreciação da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	
APÊNDICE V - Cartão a preencher com os valores obtidos da intervenção	
APÊNDICE VI - Guiões das intervenções a realizar	
APÊNDICE VII - Álcool e limites	
APÊNDICE VIII - Guia para um consumo de baixo risco	
APÊNDICE IX - Poster de promoção de Intervenção	
APÊNDICE X - Consentimento informado	

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool tem vindo a acompanhar a humanidade desde os seus primórdios, sendo ao longo dos tempos utilizado como um elemento dotado de simbolismo, tornando-se essencial nas práticas culturais, religiosas e sociais, proporcionando ainda uma sensação de “prazer” a muitos consumidores, por ser uma substância psicoativa (*World Health Organization* [WHO], 2018).

A sua produção, comercialização e consumo cresceu em grande escala a nível mundial, e, com isso, começou a desenvolver-se o que viria a ser um enorme problema de saúde pública. Os danos associados ao consumo de álcool foram surgindo, as quantidades de consumo aumentando e, por conseguinte, emerge a necessidade de intervir nesta área. Foram criados movimentos sociais e políticos em vários países, com o intuito de limitar o consumo de bebidas alcoólicas e até mesmo proibi-las.

Segundo o *Global Status Report on Alcohol and Health* (GSRAH), o consumo de álcool foi responsável por 132,6 milhões de DALYs (*disability-adjusted life years*), anos de vida saudáveis perdidos devido a doença, no ano de 2016, em todo o mundo (WHO, 2018).

Em Portugal, no ano de 2017, a taxa de anos potenciais de vida perdidos por doenças atribuíveis ao álcool foi de 202,4 anos por 100 000 habitantes (349,9 nos homens e 62,5 nas mulheres). No mesmo ano, relativamente ao número de óbitos por doenças atribuídas ao álcool foi de 2442, representando cerca de 2,22% da mortalidade no país (SICAD, 2019).

De salientar ainda que as “proporções mais elevadas de óbitos por doenças atribuíveis ao álcool no total de óbitos dos respetivos grupos etários”, surgem nas faixas etárias dos 35-44 anos (5%), dos 45-54 anos (8%) e dos 55-64 anos (7%) (SICAD, 2019, p.68). Indivíduos nas faixas etárias referidas, pertencem à população ativa, sendo esses que mantêm os seus empregos.

Assim, e tendo em consideração que o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (PNRCAD) 2013-2020 elaborado pelo SICAD, considera o meio laboral como um contexto de intervenção na área dos

Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) e que em Portugal não existem dados representativos de base empresarial, torna-se fulcral intervir nesse contexto.

O consumo elevado de álcool no meio laboral pode trazer consequências para a saúde dos trabalhadores, bem como para a empresa onde exercem as suas funções. Trabalhar sob a influência de álcool diminui o desempenho e aumenta o risco de acidentes e de erros, resultando num aumento de desemprego e baixos rendimentos. Muitas vezes podem ainda ser as condições e/ou organização de trabalho o influenciador para o consumo, procurando desta forma atenuar o sofrimento mental e a sobrecarga emocional (Brites et al., 2019).

Mcpherson et al., (2010) referem ainda que o uso do álcool no ambiente de trabalho se apresenta como uma das principais causas de acidentes nesse contexto, de atrasos, absentismo, sendo ainda associado a uma menor produtividade. Outros autores fazem ainda alusão aos fatores de stress, estruturais e de grande esforço no trabalho como consequentemente baixo salário, que podem também conduzir ao consumo (Ferreira et al., 2016).

Assim, pelas várias razões já referidas anteriormente, e pela necessidade de diminuir o consumo de álcool, são-nos apresentadas por Babor et al., (2001), as Intervenções Breves (IB), como meio de definir padrões de consumo, estabelecer valores *standard* mediante estes e intervir sob os mesmos. Os mesmos autores, mencionam ainda que estas intervenções apresentam custos reduzidos e uma eficácia indicada na saúde dos indivíduos a quem são implementadas.

No mesmo sentido, a Direção Geral de Saúde (DGS) emite uma circular normativa para ser implementada nos serviços de saúde (nº 30/2012 e atualizada em 2014), com o assunto “Deteção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool” (p.1). Esta circular é formulada com o intuito de realizar uma triagem do consumo de álcool dos indivíduos, detetar o padrão associado ao mesmo e, consequentemente, planear as intervenções breves a realizar e/ou referência para tratamento, em função do nível de consumo de bebidas alcoólicas.

Como já referido anteriormente, o consumo de álcool no local de trabalho pode trazer aos trabalhadores e à empresa inúmeras consequências. Existem alguns estudos realizados em vários países do mundo, relativamente à temática do consumo de álcool em meio laboral que integram protocolos tipo SBIRT e que indicam a sua eficácia. Em Portugal,

apenas existem sobre as IB noutros contextos, não tendo sido encontrada evidência científica no contexto de trabalho.

Deste modo, considerou-se fulcral avaliar o efeito das IB, com protocolo SBIRT (adaptado de Barbor & Higgins-Biddle, 2001), nos trabalhadores de um serviço de transportes urbanos.

Recorreu-se a um estudo de natureza pré-experimental, com desenho antes-após com grupo único. O método utilizado para a recolha de dados foi através de uma entrevista estruturada, composta por questionário, sendo este constituído por três partes: uma primeira parte constituída por questões de caracterização sociodemográfica, uma segunda parte constituída por questões sobre comportamentos de saúde e uma terceira parte, constituída pelo AUDIT.

Estruturalmente este trabalho está organizado em duas partes fundamentais: a primeira, que consiste na fundamentação teórica, é constituída por dois capítulos: contextualização da problemática do consumo de álcool e descrição das IB, bem como o protocolo existente para a utilização das mesmas e a evidência científica existente acerca da sua eficácia. A segunda parte é constituída por um capítulo, onde consta o estudo empírico e da qual faz parte a descrição do mesmo, a sua metodologia, os resultados, a discussão e a conclusão.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL

1.1. ÁLCOOL E PADRÕES DE CONSUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), bebida alcoólica, é “todo o líquido que contém álcool (etanol) e que está destinado ao consumo” (1994, p.20).

Já no que concerne ao termo “álcool”, Valente (2014), refere que:

O álcool é uma substância psicoativa que afeta a função e neurotransmissão cerebral, tem efeito depressor do Sistema Nervoso Central e afeta os sistemas hormonais, estando envolvido no desenvolvimento de diversas perturbações orgânicas, psíquicas, da vida familiar, profissional e social com as suas repercussões económicas, legais e morais (p.367).

No GSRAH, “álcool” é ainda definido como sendo “uma substância psicoativa com propriedades indutoras de dependência” (WHO, 2014, p. 2).

Ao longo dos tempos, surgiu a necessidade de criar categorias diagnósticas, relativamente ao uso do álcool, caracterizadas por critérios de inclusão e exclusão, permitindo deste modo criar uma comunicação clara e ter um valor preditivo.

Assim, todas as alterações que possam surgir como consequência do consumo de álcool, são classificadas como “perturbações relacionadas com o uso de álcool”, sendo atualmente agrupadas pela Classificação internacional de Doenças 10 (CID-10) da OMS e pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V* (DSM-V) da *American Psychiatric Association* (APA).

Muitos dos problemas relacionados com álcool são determinados, essencialmente, pelo padrão de consumo. Deste modo, revela-se fundamental conhecer os distintos padrões de consumo de álcool.

Babor et al., (2001), são pioneiros em refletir sobre a necessidade de definir padrões de consumo e estabelecer valores *standard* dos mesmos. Uma possível falta de conhecimento dos limites e dos riscos associados ao excesso de consumo de álcool são

dos principais fatores que contribuem para o desenvolvimento de problemas relacionados com esta substância.

No que diz respeito ao padrão de consumo, este é um conceito multifatorial, pois abrange vários aspetos de relevância cultural, designadamente os contextos de consumo, o local, a frequência, as bebidas de eleição, as características individuais do consumidor (biológicas/genéticas, sociodemográficas ou socioeconómica), entre outras (Andrade & Oliveira, 2009).

Um outro conceito, que é necessário definir, é o conceito de bebida padrão. Segundo as Recomendações Clínicas para a Detecção e Intervenções Breves (Anderson et al., 2005) o uso do termo bebida ou unidade-padrão é utilizado para simplificar a medição do consumo de álcool, devendo ser sempre expresso em gramas de álcool absoluto, para assim facilitar a comparação internacional.

Em Portugal, foi atribuído um valor à unidade-padrão de bebida alcoólica. Assim, segundo a DGS (2014), a nível nacional, este é definido como volume de bebida alcoólica contendo 10g de álcool puro.

De entre os vários padrões de consumo, começa-se por tentar perceber o conceito de “consumo episódico excessivo”, denominado também por “*binge drinking*”. Este é definido 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”, tendo sempre presente que este padrão é inerente ao padrão de consumo considerado como sendo de risco (DGS, 2014, p.7).

Aquando um consumo elevado de bebidas alcoólicas, existe uma concentração elevada de álcool no sangue que “provoca prejuízo psicológico e físico clinicamente significativo, que desaparece quando é eliminado do organismo” (Valente, 2014, p.377). O mesmo autor, refere que diferentes quantidades de álcool no sangue, produzem diferentes efeitos esperados, tais como:

- 50-100 mg/100 ml: alterações mínimas;
- 100-200 mg/100 ml: euforia, excitação, loquacidade, diminuição do rendimento intelectual, alongamento dos tempos de reação;
- 200-300 mg/100 ml: graves alterações da coordenação como ataxia, disartria, obnubilação;
- >300-500 mg/100 ml: coma e morte em 5% (sobretudo por depressão respiratória).

Relativamente ao padrão de consumo de baixo risco, considerando que o álcool é uma substância psicoativa com potencial aditivo e efeitos tóxicos, não existe um risco zero no seu consumo. Tal como referido nas orientações da WHO, não são estabelecidos limites específicos para o consumo de álcool “porque a evidência mostra que a solução ideal para a saúde não é beber” (Broholm et al., 2016, p.29). Já a DGS refere, na avaliação através do AUDIT, um consumo de baixo risco, com a obtenção de pontuações inferiores a 4 e 5, que correspondem a um padrão de consumo de 1 a 2 bebidas repartidas (DGS, 2014).

Neste sentido, aborda-se de seguida o padrão designado como “consumo de risco”, o qual se define como “nível ou padrão de consumo que acarreta risco de consequências prejudiciais para a saúde, se o consumo persistir, mas ainda sem manifestação clínica” (DGS, 2014, p.6).

No que concerne ao termo “consumo nocivo de álcool”, este é definido pela CID-10 (F10.1), como sendo um padrão de consumo de bebidas alcoólicas que causa danos à saúde, podendo ser de ordem física (por exemplo danos no fígado) ou mental (por exemplo episódios depressivos). Babor e Higgins-Biddle (2001) acrescentam ainda que este tipo de consumo pode ter graves consequências para a saúde, mas ainda não cumpre os critérios de dependência.

O consumo continuado de álcool pode conduzir à “tolerância”. Esta, segundo a DSM-V (2013), é caracterizada como sendo o momento em que para se obter o efeito desejado de uma substância no organismo é necessário aumentar a sua dose, ou, quando existe um efeito reduzido da substância no organismo, após o consumo de uma dose habitual. O grau de tolerância varia de pessoa para pessoa e de substância para substância.

Por sua vez, com o consumo continuado de álcool, pode-se criar dependência. Esta, segundo Babor e Higgins-Biddle (2001) é caracterizada por: um forte desejo ou sensação de compulsão para consumir álcool (*craving*); a existência de dificuldade no controlo do consumo de álcool; um estado de privação fisiológica quando o uso de álcool termina ou é reduzido (a APA (2013), refere no DSM-V que poderão ocorrer sintomas tais como náuseas/vómitos, sudorese, tremor distal, alucinações, ansiedade, agitação, convulsões); evidência da criação de tolerância; abandono ou diminuição da realização de atividades de interesse em detrimento da procura de álcool para consumo; uso persistente de álcool apesar das consequências nocivas para a saúde.

Desta forma, conseguimos perceber melhor os vários conceitos associados ao consumo de álcool e aos padrões de consumo, para assim podermos compreender mais facilmente o seguimento do presente estudo.

1.2. O CONSUMO DE ÁLCOOL: BREVE HISTÓRIA E EVOLUÇÃO SOCIOLÓGICA

O consumo de bebidas alcoólicas faz parte dos hábitos de consumo de diversas culturas, desde há milhares de anos. As bebidas alcoólicas fermentadas, por exemplo, são reconhecidas previamente à era moderna por todas as sociedades, exceto na Oceânia e na América do Norte (WHO, 2014).

Nas sociedades onde o consumo de álcool não era habitual, nos momentos em que este sucedia, uma grande quantidade de bebidas alcoólicas era ingerida gerando grandes problemas. Já noutras, onde o consumo era algo comum e tradicional, a sua produção era realizada em pequena escala, aparecendo assim integrada, como uma atividade familiar ou artesanal. O consumo de álcool foi, assim, uma atividade frequentemente associada a festas e convívios comunitários (WHO, 2014).

Existem, ainda, na sociedade atual, diversos locais do mundo onde este padrão tradicional de consumo persiste. No entanto, substituindo este padrão tradicional, surgem os padrões de produção que se desenvolveram durante o período da industrialização. Estes, caracterizavam-se pela produção de novas bebidas, novas formas de fabrico, de distribuição, promoção e, ainda, novos hábitos de consumo (WHO, 2014).

Com o desenvolvimento desta indústria, as bebidas alcoólicas tornaram-se cada vez mais acessíveis à população, através de um aumento da sua oferta e disponibilidade. Esta crescente facilidade de acesso, resultou principalmente em problemas económicos e de saúde pública, quer na Europa tal como em outros lugares do mundo.

Para esta realidade, contribuiu o consumo de álcool pelos operários das indústrias, que se apresentava como um grande impedimento para a subsistência das mesmas, pois era necessária uma força de trabalho sóbria e atenta (WHO, 2014).

O consumo de álcool, para além de um problema de saúde, passou a ser reconhecido como um grande problema social. Surgem assim, em vários países, movimentos sociais e

políticos para limitar o consumo de bebidas alcoólicas e até mesmo proibi-lo. Na maior parte destes países, foram posteriormente implantadas políticas de controlo de álcool. Por exemplo, nos Estados Unidos da América, em 1920, foi criada a chamada “lei seca”, que proibia a fabricação, venda, importação e exportação de bebidas alcoólicas. Esta lei foi criada na sequência de que o consumo de álcool se tornou um problema de saúde pública, tendo sido considerado a principal causa de violência familiar e social.

Contudo, a aplicação desta lei exigia elevados recursos humanos e materiais, sendo praticamente impossível controlar fronteiras e impedir o contrabando e a criação de indústrias de produção clandestina. Assim, embora com a implementação desta lei fosse incontestável a existência de uma diminuição nos consumos, ao fim de alguns anos, em 1933, a lei foi revogada (Pinto, 2018).

1.3.O CONSUMO DE ÁLCOOL COMO PROBLEMA EM PORTUGAL E NO MUNDO

Segundo a WHO (2018), o consumo mundial, em 2016, em indivíduos acima dos 15 anos, foi uma média de 6,4 litros de álcool puro por pessoa, por ano, o que corresponde a 13,9 gramas de *Álcool Per Capita* (APC), por dia.

Porém, este consumo não está normalmente distribuído a nível mundial. Por norma, quanto maior a riqueza económica de um país, maior é o consumo de APC e menor é o número de não consumidores. Assim, o consumo mais elevado continua a ser na região Europeia e na América, enquanto que o consumo intermédio ocorre na zona do Pacífico Ocidental e África e o consumo mais baixo predomina na região do Sudeste Asiático e na região do Mediterrâneo Oriental.

No que concerne ao género, este consumo também se encontra diferenciado, sendo consideravelmente superior no género masculino (WHO, 2018).

Já em Portugal, de acordo com a WHO (2018), para esta faixa etária (indivíduos com mais de 15 anos) existia em média, um consumo de 12,3 litros de álcool puro por pessoa, no ano de 2016. Se apenas se considerassem os consumidores de bebidas alcoólicas, estes valores subiriam para 17,8 litros de álcool puro por pessoa, no ano de 2016 (25,4 litros nos homens e 8,7 litros nas mulheres), correspondendo a um consumo diário médio de

38,4 gramas de álcool puro por pessoa (54,3 gramas nos homens e 18,8 gramas nas mulheres).

Observando estes dados, verifica-se que a média de consumo de APC nacional, é aproximadamente duas vezes superior à média de APC mundial.

O consumo de álcool varia amplamente em todo o mundo, e, por conseguinte, os problemas resultantes do mesmo variam também. O álcool, encontra-se entre os cinco principais fatores de risco para a saúde, deficiência e morte em todo o mundo, sendo um importante fator influenciador em mais de 200 doenças, como neoplasias, doenças hepáticas, gastrointestinais, depressão, entre outras (WHO, 2018).

Apesar de não ser uma relação causa-efeito, é pertinente referir que entre as doenças acima mencionadas, se encontram as doenças sexualmente transmissíveis como o Vírus da Imunodeficiência Humana. Esta associação ocorre devido à presença de comportamentos de risco, que podem surgir aquando do consumo desmedido de álcool.

Conforme descrito no mesmo relatório, o consumo de álcool foi responsável por cerca de 3 milhões de mortes (5,3% do total de mortes) a nível global em 2016 foi o causador de 132,6 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY's).

Existe também uma variação geográfica quanto ao número de óbitos atribuíveis ao álcool, sendo a região europeia, a que mais se destaca. No entanto, é de referir que o impacto da doença e da morte permanece significativo na maioria dos países (WHO, 2018).

O consumo de álcool tem impacto não só na incidência de doenças como está associado a outras consequências. A DGS identifica o álcool como um dos responsáveis pelo aumento dos níveis de criminalidade, violência doméstica e sinistralidade rodoviária (DGS, 2014).

São vários os fatores identificados, tanto a nível individual, como social, que podem aumentar o risco de ocorrência de danos resultantes do uso de álcool.

Como fatores sociais, destacam-se a cultura, o desenvolvimento económico, a facilidade de acesso ao álcool e o nível de eficácia das políticas de consumo. Já, no que respeita aos fatores individuais, embora não exista um único fator de risco que seja dominante, considera-se que quanto mais vulnerável uma pessoa é, maior será a probabilidade de vir a desenvolver problemas relacionados com o consumo de álcool (WHO, 2014).

Assim, surge como um fator importante, a idade. Crianças, adolescentes e idosos são geralmente mais vulneráveis a danos causados pelo álcool do que outras faixas etárias, porém, os danos causados em pessoas idosas não se devem aos mesmos motivos que os danos causados entre os jovens (WHO, 2014).

Neste sentido, o consumo, quando iniciado em idades muito jovens, além de ser considerado um preditor de deterioração do estado de saúde, está também associado a um maior risco de dependência e abuso de álcool em idades posteriores (WHO, 2014).

Por outro lado, no que concerne ao consumo de álcool pelos idosos, verifica-se que à medida que as pessoas envelhecem, a eficiência do seu organismo, na metabolização dos mesmos níveis de álcool, vai diminuindo, o que se traduz num aumento de acidentes, como quedas, por exemplo. Além disso, embora o consumo de álcool geralmente diminua com a idade, estes consomem-no com mais frequência do que os outros grupos etários (WHO, 2014).

Um outro fator de risco, pertinente de ser referido, é o género. Como já constatado anteriormente, a porção de óbitos, doenças, além de outras consequências relacionadas com o consumo de álcool, é consideravelmente superior no género masculino, em comparação com o feminino. Esta diferença é visível no ponto dos homens consumirem álcool com mais frequência e em maiores quantidades (WHO, 2014).

Numa outra perspetiva, a vulnerabilidade das mulheres pode ser explicada por diversos fatores, nomeadamente fatores biológicos. As mulheres geralmente têm menor capacidade hepática para metabolizar o álcool e uma maior proporção de gordura corporal, que juntos contribuem para que a concentração de álcool no sangue obtida neste género, seja superior à dos homens, quando consumida a mesma quantidade de álcool (WHO, 2014).

Para além de todos estes aspetos que influenciam a probabilidade de danos resultantes do consumo de álcool, a gravidez, é uma condição extremamente relevante, também ela considerada como fonte de vulnerabilidade. Todavia, esta vulnerabilidade além de se notar na própria mulher, é também transmitida através das gerações, motivo pelo qual é tão importante. Assim, as mulheres que bebem durante a gravidez podem aumentar o risco de problemas no desenvolvimento do feto, síndrome alcoólica fetal e outras alterações no recém-nascido (WHO, 2014).

Alguns destes grupos vulneráveis, designadamente, crianças, adolescentes e grávidas, apresentam-se já identificados nos rótulos de advertência de saúde, obrigatórios em recipientes de bebidas alcoólicas (WHO, 2014).

Para a deteção do grau de gravidade dos CAD, mais especificamente ligados ao consumo de álcool, poderão ser utilizados instrumentos de diagnóstico, como o AUDIT e o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*).

1.4. O CONSUMO DE ÁLCOOL E O MEIO LABORAL

Consta no PNRCAD elaborado pelo SICAD (2013), a existência de vários contextos de intervenção ao nível dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA), nomeadamente, o meio comunitário, familiar, escolar, recreativo, laboral, rodoviário, prisional e o meio desportivo.

Focando a atenção no meio laboral, e tendo em conta que em Portugal não existem dados representativos de base empresarial, sabe-se que os PLA em contexto laboral, constituem um problema de grandeza significativa, com consequências na saúde dos trabalhadores, na sua segurança e das empresas, no absentismo e na produtividade.

O consumo de bebidas alcoólicas durante o período laboral surge muitas vezes, associado às condições de trabalho, como por exemplo “trabalhos perigosos, horários prolongados, trabalho por turnos, ritmos excessivos, stress, frustração, falta de estímulo, baixos salários, insegurança no emprego” (SICAD, 2014, p.17). Estas condições, acabam por influenciar negativamente os funcionários das empresas, alterando a sua capacidade psicológica, a sua motivação e por sua vez, interferir no seu desempenho.

Segundo o autor referido anteriormente, exercer uma atividade profissional, sob o efeito de alguma substância psicoativa, pode “colocar em risco a integridade física dos trabalhadores e do equipamento; interferir com o exercício da atividade profissional; prejudicar a segurança e a saúde do trabalho e a aptidão para o desempenho; gerar um fardo administrativo e ocasionar problemas financeiros; criar uma imagem negativa, desacreditar e desprestigiar a organização” (p.17).

A Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) em 2008, alerta para as possíveis repercussões do consumo de substâncias, nomeadamente de álcool, por parte dos trabalhadores, em meio laboral. Esta fonte, faz ainda alusão a uma maior probabilidade

de ocorrência de acidentes, sendo que, até 40% do total de acidentes de trabalho estão relacionados com o consumo de álcool e relacionados com um aumento do absentismo, pois os trabalhadores tendem a ausentar-se mais e com maior frequência do trabalho, principalmente à segunda-feira e por mais que oito dias seguidos.

A mesma fonte menciona ainda, que os consumidores de substâncias psicoativas são os que cometem mais erros, apresentam mais comportamentos de risco (negligência e diminuição da capacidade de julgamento) e envolvem-se mais frequentemente em conflitos, comportamentos violentos, furtos e são mais repetidamente alvo de queixas.

É importante ainda referir que os colegas de trabalho acabam por ficar diversas vezes sobrecarregados, na tentativa de compensar a menor produtividade dos trabalhadores consumidores.

A ACT (2008) salienta também que “existem certos empregos em que o consumo de álcool ou drogas no local de trabalho pode aumentar os riscos para a saúde e segurança não apenas para o trabalhador em questão e os seus colegas, mas também para o público” (p.19). São alguns exemplos disso os trabalhadores em transportes (marítimos, aéreos, ferroviários e rodoviários), trabalhadores das forças policiais, bombeiros, trabalhadores dos serviços de saúde e ainda trabalhadores de indústrias perigosas.

Para além de todas estas alterações e influências do consumo de bebidas alcoólicas a nível laboral, Oliveira e Souza (2018), referem ainda que o consumo de álcool influencia também as relações familiares, as relações sociais, resultando em prejuízos para a saúde.

Os mesmos autores identificam algumas profissões cujas condições de trabalho podem favorecer o consumo de bebidas alcoólicas, tais como: cozeiros, enfermeiros, camionistas, trabalhadores autónomos e trabalhadores públicos de manutenção. Ainda acerca deste estudo aplicado a 72 pessoas, 78% destas consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses e destes 78%, 44% tinham um padrão de consumo abusivo ou possível dependência.

Ainda na tentativa de compreender melhor o padrão de consumo de álcool ao nível laboral, analisou-se um estudo, realizado na Índia, em 2013, que nos remete para a realidade dos trabalhadores de uma oficina de reparação automóvel.

Neste contexto, onde todos os entrevistados eram do sexo masculino e a maioria (43,80%) pertencia à faixa etária dos 30 aos 39 anos, foi aplicado o instrumento AUDIT. Como

resultado, foi visível uma alta percentagem de consumo, sendo cerca de 79% do total de inquiridos, dos quais 8,5% tinham um consumo nocivo e 33.3% tinham uma possível dependência (Dasgupta et al., 2013).

Perante as diversas consequências já mencionadas, resultantes do consumo de álcool, é fulcral a existência de políticas de intervenção aos vários níveis de consumo e nos vários contextos, de forma a reduzir o seu impacto na saúde dos indivíduos.

1.5. POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO EM MEIO LABORAL

Segundo o SICAD (2013), as opções estratégicas para a redução do consumo passam pela redução da oferta e pela redução da procura.

Relativamente à redução da oferta, pretende-se que o acesso por parte dos consumidores seja feito de forma segura, devendo deste modo existir uma fiscalização e regulação do mercado, de forma a que, através de medidas legislativas, da aplicação da lei e da autorregulação, se garanta a sua proteção.

A proibição da venda de bebidas alcoólicas a determinados grupos, como por exemplo: menores de 18 anos, pessoas embriagadas ou com aparente anomalia psíquica, bem como a proibição de consumo, venda ou disponibilização de bebidas alcoólicas em determinados locais, como por exemplo: máquinas automáticas, centros de saúde, cantinas ou autoestradas visa proteger as pessoas, reduzir o número de acidentes rodoviários e permitir que o acesso seja feito de forma segura, não induzindo o consumo.

O SICAD (2013) enuncia que, quanto à redução da procura, estratégias como a prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção são delineadas.

A prevenção assenta na avaliação do risco/vulnerabilidade da ocorrência de uma doença, a instituir em 4 níveis de intervenção:

- Universal (orientado para a população em geral e não é avaliado o grau de risco);
- Seletiva (dirigida a grupos que partilham os mesmos fatores de risco);
- Indicada (é delineada mediante o risco individual avaliado previamente);
- Ambiental (criação de estratégias que intervêm ao nível dos sistemas sociais, alterando ambientes culturais, sociais, físicos e económicos, interferindo com as escolhas

individuais. Por exemplo a criação de taxas fiscais, idade estabelecida para venda e a apresentação de mensagens publicitárias).

A dissuasão representa estratégias globais, nas quais é somente aplicada a lei.

A redução de riscos é orientada segundo dois princípios: do humanismo (visa o acesso a programas de tratamento, reconhecendo dignidade e integridade aos indivíduos, minimizando a sua exclusão) e do pragmatismo (intervenções que minimizem os efeitos dos consumos e que ressalvem a inclusão social).

Como já pudemos perceber anteriormente, é visível um consumo de álcool em meio laboral que, como já foi referido, acarreta consequências para a saúde dos trabalhadores, para a sua segurança e das empresas e se traduz numa menor produtividade e maior absentismo.

Assim, integrar a questão dos PLA nas políticas de promoção da segurança e saúde no trabalho, surge como ponto fulcral no que respeita à “prevenção e ao acompanhamento de situações concretas detetadas no seio da empresa ou organização. O problema do consumo de substâncias psicoativas existe nas empresas ou organizações, tal como na sociedade em geral” (SICAD, 2014, p.19).

Surgem assim, políticas dirigidas à promoção da segurança, da saúde e do bem-estar dos trabalhadores das empresas, integrando programas de assistência aos mesmos, campanhas informativas e outras intervenções nesta área (SICAD, 2014).

Neste sentido, surge o Programa de Assistência aos Trabalhadores (PAT):

Criado (opcionalmente) por algumas organizações, para abordar a dimensão psicossocial da saúde dos trabalhadores. (...) prevê o apoio a trabalhadores e, frequentemente, às suas famílias, com problemas que afetam ou podem vir a afetar o seu desempenho profissional. (...) O PAT poderá utilizar os recursos da comunidade para a abordagem dos problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas. (...) O objetivo último desta abordagem é a melhor adaptação social do indivíduo, designadamente nas suas relações pessoais, saúde física, estabilidade emocional e familiar e na própria adaptação profissional (SICAD, 2014, p.19).

Existe ainda, uma política de saúde e segurança da organização, que:

Reflete um compromisso de todos os atores sociais das organizações e pretende dar a conhecer quais os objetivos, as respostas disponibilizadas no decurso da ação e quais os procedimentos a adotar, caso esta política venha a ser infringida. (...) Através dele, todos os trabalhadores deverão ficar a saber que a organização está empenhada em criar um ambiente de trabalho promotor da segurança e da saúde (...). A política de saúde e segurança pode incluir a redação de um regulamento. As questões relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas devem ser considerados como problemas de saúde, e conseqüentemente ser tratados tal como outras alterações de saúde no contexto laboral (SICAD, 2014, p.20).

Segundo o mesmo autor, a realização da deteção de substâncias em meio laboral, só poderá ser realizada em contexto da medicina do trabalho e apenas pode ser executada se constar no regulamento interno, sendo que este deverá ser claro em relação a vários pontos, como por exemplo, quais os profissionais que poderão ser submetidos ao teste de deteção.

No referido regulamento deve estar descrito qual a frequência com que irão ser realizadas as deteções, as condições sob as quais ocorrem, quais os profissionais que devem realizar o teste, qual a substância que se pretende detetar, qual a conduta a adotar em caso de teste positivo e ainda deverá mencionar a possibilidade existente de contraprova por uma entidade credenciada (SICAD, 2014).

Segundo a Comissão Nacional de Proteção de Dados (que vai igualmente ao encontro da interpretação da Plataforma Ética do Grupo Pompidou) a execução de testes para deteção de substâncias apenas deve ser dirigida a determinados profissionais que, mediante a função exercida, possam provocar riscos aos próprios, a terceiros ou à sociedade. Contudo, deve sempre apresentar-se de forma claramente fundamentada. (SICAD, 2014).

Exemplos de atividades que possam provocar riscos aos próprios, a terceiros ou à sociedade são as seguintes: “os agentes de segurança, os técnicos de energia, os motoristas de transportes pesados e ligeiros, os pilotos de aeronaves comerciais e pilotos de navios da marinha mercante e todas as atividades que constam da Lei 102/2009 de 10 de setembro” (SICAD, 2014, p.33).

Segundo o SICAD (2014), os pressupostos das intervenções dirigidas aos PLA e a outras substâncias em contexto laboral, assentam na ideia de que os consumos são um problema tanto para a saúde do trabalhador, como para a sua segurança e, por isso, devem ser

detetados o mais precocemente possível e realizado o devido encaminhamento para tratamento, se assim o justificar e com o menor tempo possível de afastamento do seu trabalho.

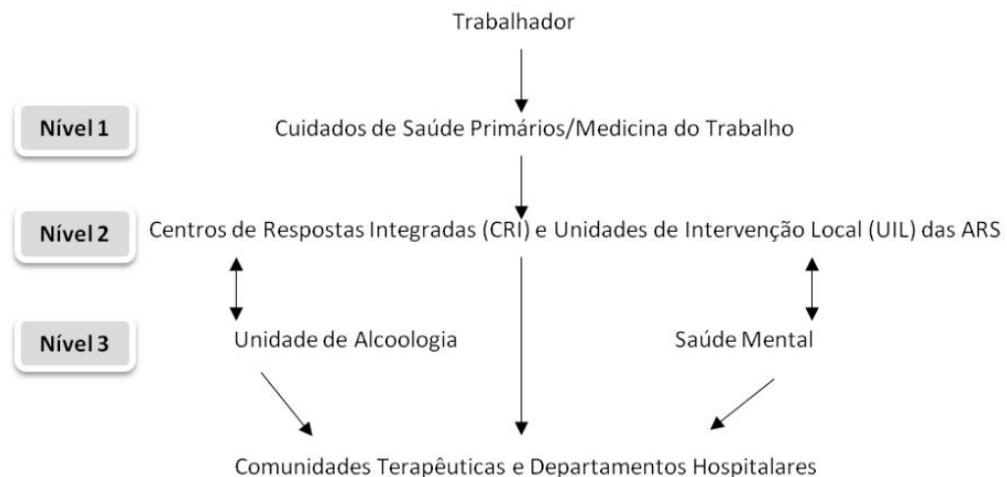
Os trabalhadores, que necessitem e aceitem voluntariamente tratamento, não devem ser alvo de discriminação por parte do empregador, devem ser dotados da mesma oportunidade de promoção que os colegas e deverá ser mantido o seu posto de trabalho.

A dependência de álcool deve ser considerada como uma doença e abordada como tal. Os trabalhadores que possuam esta doença devem usufruir de todos os benefícios sociais de direito, tal como o subsídio de doença e a incapacidade temporária para trabalhar, principalmente nos momentos em que a pessoa está a realizar tratamento (SICAD, 2014).

De seguida, através da figura 1, são indicados os vários níveis de intervenção pelos quais os trabalhadores devem passar para obter uma resposta mais eficiente às suas necessidades em termos de diagnóstico, tratamento e reabilitação (SICAD, 2014).

Figura 1

Níveis de resposta dada ao trabalhador dependente de álcool



Os níveis referidos são constituídos por: serviços de saúde da própria empresa (medicina do trabalho); cuidados de saúde primários; centros de respostas integradas e unidades de intervenção local das Administrações Regionais de Saúde e saúde mental.

Deste modo:

num primeiro nível o trabalhador deverá recorrer à medicina do trabalho ou ao médico de família para um diagnóstico precoce, de forma a determinar o modo de intervir junto do indivíduo em causa. A referenciação destes casos deverá ser feita para os Centros de Respostas Integradas (CRI) e Unidades de Intervenção Local (UIL) das ARS; Unidades de Alcoologia das ARS ou outras estruturas especializadas, como é o caso dos Serviços de Saúde Mental dos Hospitais (SICAD, 2014, p.30).

Após a realização de tratamento é necessário existir uma continuidade de cuidados e uma boa reintegração do trabalhador no meio laboral de forma a poder evitar recaídas. Durante o período de readaptação deve ser salvaguardado que o desempenho do próprio irá depender do seu processo de recuperação.

Todas as medidas abordadas ao longo deste ponto do estudo têm como foco principal a saúde e a segurança dos trabalhadores, mais especificamente na área do consumo de substâncias psicoativas. Estas, têm como objetivo melhorar a qualidade de vida do trabalhador, aumentando por sua vez a eficácia e produtividade na sua atividade, possibilitando assim a criação de melhores condições de trabalho e uma melhor imagem da empresa.

CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÕES BREVES PARA O CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

2.1. CONCEITO DE INTERVENÇÕES BREVES

Sendo o consumo de álcool um problema de grande dimensão a nível mundial, pretendeu-se criar estratégias ao longo dos tempos, na tentativa de reduzir o seu consumo de risco e nocivo.

Inicialmente, as IB foram concebidas para auxiliar os profissionais dos cuidados de saúde primários a intervir juntos de indivíduos que apresentassem problemas relacionados com o álcool. Contudo, revelaram-se úteis também noutros contextos, sendo deste modo alargada a sua aplicabilidade.

As Intervenções Breves são “práticas que têm por objetivo a identificação de um problema relacionado com o álcool – real ou potencial- e motivar o individuo a tomar uma atitude, visando a sua resolução” (Babor & Higgins-Biddle, 2001, p.6). Segundo os mesmos autores, estas intervenções apresentam custos reduzidos e uma eficácia indicada na saúde dos indivíduos a quem são implementadas.

Também Joseph e Basu, em 2016, tentaram definir o conceito de IB e perceber a sua eficácia, numa revisão sistemática da literatura. Nesta, definiram as IB como sendo uma forma de tratamento na qual “a terapia estruturada de curta duração (tipicamente de 5 a 30 minutos) é oferecida com o objetivo de ajudar um indivíduo a interromper ou reduzir o uso de uma substância psicoativa para lidar com outras questões da vida” (p.57).

Os mesmos autores, referem ainda que as intervenções breves sugerem benefícios na redução do consumo de risco e nocivo de álcool (5 estudos em 9 analisados) e que são baseadas nos princípios da entrevista motivacional, utilizando técnicas que iremos abordar no decorrer desta dissertação. Ainda na referida revisão da literatura, consta que a maioria dos estudos utilizaram o AUDIT como ferramenta de triagem para detetar os padrões de uso de álcool, para posterior aplicação das IB.

Em Portugal, é validada em 2002 a versão portuguesa do AUDIT, sendo este um instrumento de avaliação desenvolvido pela OMS, cujo objetivo é detetar diferentes

níveis de consumo de álcool, podendo obter-se o resultado de consumo de baixo risco, de risco, nocivo e provável dependência. É deveras importante utilizar um instrumento deste tipo para realizar uma adequada triagem e diagnóstico de problemas ligados ao álcool, de forma rápida, simplificada e que permita a execução de IB consoante o score obtido (SICAD, 2002).

Uma avaliação mais completa e aprofundada, além da aplicação do instrumento AUDIT, pode ser uma importante ajuda para a aplicação das IB. O diagnóstico dos problemas ligados ao álcool “envolve uma ampla análise dos fatores que contribuem e mantêm o padrão de consumo elevado do doente, da gravidade do problema e das consequências a ele associadas. Outro tipo de avaliação é o estado de motivação do doente” (Babor & Higgins-Biddle, 2001, p.24).

A motivação do indivíduo refere-se à vontade que o próprio manifesta, ou não, de mudar, neste caso, os seus hábitos de consumo. A abordagem psicoterapêutica preferencial a adotar em pessoas com problemas ligados ao álcool é a cognitivo-comportamental.

Valente (2014), sugere iniciar-se uma entrevista motivacional, de forma a auxiliar o indivíduo a refletir (sem existir confrontação) acerca dos aspetos negativos e positivos do consumo de bebidas alcoólicas na sua vida, alertando-o para os possíveis riscos a nível pessoal, profissional, social, entre outros, que o mesmo pode provocar e ainda formular em conjunto com o mesmo, alternativas para a mudança.

O mesmo autor refere ainda que o objetivo da entrevista motivacional é persuadir o indivíduo a argumentar a sua própria situação para assim poder alterar os seus hábitos de consumo. Uma das entrevistas utilizadas para esse efeito é a FRAMES (acrónimo inglês), que significa “F”- *Feedback* (identificar os problemas associados ao álcool e esclarecer os riscos); “R”- *Responsability* (encorajá-lo a assumir responsabilidade para o processo de mudança); “A”- *Advice* (prestar conselhos face à abstinência); “M”- *Menu* (fornecer comportamentos alternativos); “E”- *Empathy* (interagir de forma empática) e “S”- *Self-efficacy* (promover e aumentar a autoeficácia).

Prochaska e Diclemente, em 1979, como referido por Felicíssimo et al., (2014), mencionam que o Modelo Transteórico da Mudança é baseado na premissa de que “a mudança comportamental ocorre em estádios, através dos quais os indivíduos passam por vários níveis de prontidão para mudar. (...) depende essencialmente da consciência da

pessoa sobre a necessidade de mudança e requer um comprometimento e mobilização pessoal” (p.10).

Os mesmos autores referem que os estádios de mudança são 5: pré-contemplação (não existe intenção de mudar- a maioria das pessoas não sabe que o uso de álcool representa um problema); contemplação (ambivalência, pois os indivíduos já consideram as implicações que essa mudança acarretará para si e para a vida das pessoas ao seu redor); preparação (a decisão de mudar é tomada, mas o indivíduo não tem estratégias para colocá-la em prática); ação (estratégias de mudança são postas em prática); manutenção (a mudança de estilo de vida dos indivíduos é eficaz).

Chegado ao estágio de manutenção, é fulcral manter as mudanças alcançadas, sendo necessário continuar a existir um acompanhamento do indivíduo com o intuito de evitar recaídas. Se tal acontecer, este voltará a estádios iniciais de mudança. A recaída deve ser encarada como um processo dinâmico e não linear, existindo assim a possibilidade iminente de regressar a estádios anteriores (Felicíssimo et al., 2014).

No sentido de melhor caracterizar a Entrevista Motivacional e relacionando intimamente com a Relação de Ajuda na Enfermagem, é fulcral destacar 4 princípios. Estes, segundo Barroso (2020) baseiam-se na expressão de empatia (estar em contacto próximo com a pessoa, colocar-se no seu lugar, tentar ver o mundo como esta o vê), no desenvolvimento de discrepâncias (ajudar a pessoa a resolver a ambivalência, desenvolvendo uma discrepância entre o ponto em que a pessoa se encontra e o ponto onde deseja estar), lidar com a resistência (acompanhar a pessoa na sua ambivalência. A resistência da pessoa pode significar que devemos proceder de forma diferente) e no reforço da autoeficácia (a autoeficácia refere-se à crença das capacidades pessoais para realizar determinada tarefa. Para ajudar a promover a autoeficácia pode-se explorar episódios da vida da pessoa nos quais tenha sido bem-sucedida num processo de mudança).

Integrando a mudança e a alteração de comportamentos nas teorias de Enfermagem, conseguimos perceber que a Teoria das Transições de Meleis será a que melhor se aplica às IB a indivíduos com consumo de álcool de risco e/ou nocivo. Este modelo conceptual, como o próprio nome indica, fala-nos de transições. Estas estão presentes ao longo da vida e podem ocorrer a vários níveis.

Para Meleis (2010), transição é a passagem de um estado para outro, desencadeado por um processo de mudança. As transições são caracterizadas por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem.

As pessoas passam por transições quando surge a necessidade de se adaptarem a novas circunstâncias, de forma a incorporar o evento de mudança na sua vida. Tais adaptações surgem em áreas como o desenvolvimento pessoal (ciclo de vida), os relacionamentos e mudanças socioculturais ou ambientais, mas nem toda a mudança resulta em transição e nem sempre esta é necessariamente natural ou desejável.

Chick e Meleis (1986) enfatizam que a transição, é por vezes iniciada com acontecimentos que escapam ao controlo individual, enquanto que noutros casos, pode ser procurada deliberadamente (por exemplo a mudança de profissão ou mudança de estilo de vida).

Segundo Chaves (2014) os processos de transição podem ser situacionais (como a situação de viuvez ou de mudança para um lar); desenvolvimentais (como a adolescência ou a paternidade) e ainda podem ser de saúde-doença, (como adoecer, ou existir de alguma forma uma alteração do estado de saúde). Estes processos podem gerar instabilidade na vida da pessoa, produzindo efeitos negativos e profundas alterações, que podem ser momentâneas ou permanentes.

O enfermeiro lida frequentemente com pessoas em períodos instáveis devido a qualquer um dos processos citados (Zagonel, 1999), mas detém especial contacto com transições saúde-doença, como neste caso se relaciona diretamente com o consumo de álcool de risco e nocivo. Cabe ao enfermeiro entender o processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda à pessoa, proporcionando-lhe estabilidade e sensação de bem-estar.

Meleis (2010) enuncia algumas características das transições como sendo “consciência”, “compromisso”, “mudança e diferença”, “intervalo de tempo” e “pontos/ eventos críticos”. Podemos, desta forma, relacionar estas com os estádios de mudança já referidos anteriormente.

A tomada de “consciência”, ou consciencialização, está relacionada com o indivíduo possuir uma perceção e reconhecimento da experiência de transição. Quanto maior for o nível de consciência, maior a congruência com o processo. Se por outro lado, o indivíduo

não percebe que está em transição, significa que ainda não a iniciou. Fase do estágio de mudança: pré-contemplação.

A “mudança, diferenças e pontos/eventos críticos” subentendem de que para existir uma transição, existe obrigatoriamente uma mudança, podendo esta ser despoletada por pontos/eventos críticos. Aqui, o indivíduo tem uma outra visão do mundo e pode colocar em hipótese uma mudança de comportamentos (ambivalência). Fase do estágio de mudança: contemplação.

O “compromisso” refere-se ao envolvimento que o indivíduo demonstra nos processos inerentes à transição e está intimamente ligado com o nível de consciência (o nível de consciência influencia o nível de compromisso), pois o compromisso pode não existir sem a tomada de consciência. Aqui, a pessoa decide mudar e perante a consciência e estratégias que tem, passa para a ação. Fase do estágio de mudança: preparação/ação.

Por último, Meleis (2010) menciona o “intervalo de tempo” como uma das características das transições, pois estas decorrem sempre num determinado período de tempo, que não tem de ser necessariamente definido. Este varia, pois pode existir a necessidade de reavaliar ou reformular o plano de ação e/ou demorar mais ou menos tempo em cada estágio de mudança, pois esta característica acompanha todas as etapas.

Tendo em conta todas ideias/modelos/teorias referidas anteriormente, consideramos que, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP) é o profissional de saúde com competências para implementar intervenções de tipo psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional ao indivíduo ao longo do ciclo de vida e auxiliar, melhorar, manter ou recuperar a sua saúde. Seguindo esta linha de orientação, as IB inserem-se nas competências do EESMP.

2.2. PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES BREVES E A SUA EFICÁCIA

Foi criado, em 2001, por Babor e Higgins-Biddle, um guia prático para ajudar os profissionais de saúde, onde são incluídos os enfermeiros, “a lidar com indivíduos cujo consumo de álcool se tornou perigoso ou nocivo para a sua saúde” (p.3).

Desta forma, pretendeu-se criar ligação entre o conhecimento científico e a prática clínica, “descrevendo a forma como realizar intervenções breves destinadas a doentes com problemas de abuso de álcool e àqueles em risco de os virem a desenvolver” (p.3).

Assim, e em congruência com a WHO, preconiza-se a utilização do protocolo de atuação “*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*” (SBIRT), que pretende ser uma norma de utilização para a triagem, Intervenção Breve e Referenciação para o tratamento de pessoas com problemas ligados ao álcool. Este será o protocolo que irá ser aplicado no presente estudo.

Um instrumento a utilizar será o AUDIT. O mesmo é constituído por 10 questões e o score total pode variar entre 0 e 40 pontos, onde scores entre 0-7 corresponde a um consumo de bebidas alcoólicas de baixo risco, de 8-15 corresponde a um consumo de risco, de 16-19 corresponde a um consumo nocivo e de 20-40 corresponderá a uma provável dependência.

As primeiras 3 questões (AUDIT-C) avaliam a quantidade e a frequência do consumo de bebidas alcoólicas. Na existência de scores inferiores a 5 nos Homens e 4 nas Mulheres e idades superiores a 65 anos nas primeiras 3 questões, apontam para a não realização das restantes, pois significa que os indivíduos apresentam um padrão de consumo que se traduz num consumo de baixo risco. As 3 questões seguintes avaliam a existência de possíveis sintomas de dependência e por fim, as 4 últimas questões do AUDIT pretendem reconhecer alterações/problemas recentes na vida, relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas.

Após realização da triagem do padrão de consumo de álcool (através do instrumento mencionado), deverá ser realizada o tipo de intervenção referente ao mesmo.

Existem vários estudos que indicam a eficácia das IB. Mencionando alguns deles: Minto et al., (2007); Aliane (2012); Rosa et al., (2015); Patrício et al., (2016); Jorge et al., (2017); Esgaio e Barroso (2018).

De salientar que os últimos 4 estudos foram realizados em Portugal e indicam a eficácia das IB. Também de referir que a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, detém um projeto dedicado a esta temática que se denomina “Saúde sem reservas- Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para a Redução do Consumo de Álcool Nocivo (Risco/Nocivo)” e conta já com uma vasta produção na literatura.

2.3. EVIDÊNCIA DA EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES BREVES EM MEIO LABORAL

Para o *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2020), a prática baseada na evidência é um campo em grande expansão, caracterizado por uma abordagem vocacionada para o cuidado clínico e ensino, procurando o seu fundamento no conhecimento e na qualidade da evidência. A existência de diferentes tipos de objetivos de revisão e questões de pesquisa, aliados a diferentes formas de evidência, exige a aplicação de novas formas de abordagem para sintetizar a evidência da maneira mais rigorosa e eficaz possível.

Segundo os mesmos autores, as avaliações detalhadas são providências no estudo de evidências emergentes quando a resposta a questões específicas possa ter lançando novas questões de investigação. Para uma abordagem de questões relativamente precisas, a revisão integrativa da literatura orienta para a definição de questões precisas e critérios de inclusão adequados, tais como intervenções, comparações e resultados, com ou sem interesse.

A mesma fonte evidencia que a síntese de evidências, sob a forma de revisão integrativa, está no centro da evidência prática. As revisões integrativas tradicionalmente reúnem tradicionalmente provas da literatura quantitativa para responder a perguntas sobre a eficácia de uma intervenção específica, para uma condição específica.

Neste sentido, e tendo em atenção a problemática do consumo de álcool em meio laboral, na tentativa de perceber se existe ou não, evidencia científica e/ou estudos elaborados nesse âmbito, considera-se pertinente aplicar a metodologia indicada no JBI (2020). Através dos resultados encontrados, conseguiremos compreender melhor o contexto onde iremos intervir.

Foi realizada uma pesquisa através do motor de busca *EBSCOhost* nas bases de dados *Academic Search Complete*; *Business Source Complete*, *CINAHL complete*; *MedicLatina*; *MEDLINE Complete*, *Regional Business News*. Para complementar a pesquisa, esta foi alargada à base de dados *Scielo* e *LILACS* com o propósito de identificar o máximo de estudos que contemplassem os objetivos da pesquisa.

Esta foi realizada com os seguintes termos: *Alcohol* (TI), *Brief Intervention* (TI), e *Work or workplace or workers or employees or firm or company or enterprise* (AB). Foram ainda definidos os seguintes critérios de inclusão: estudos realizado a partir de 2009,

exclusivamente executados em contexto laboral, apenas com indivíduos com mais de 18 anos e com aplicação do protocolo das IB.

Os critérios de exclusão foram: estudos executados fora do contexto laboral, indivíduos com menos de 18 anos e a não aplicação do protocolo das IB.

Assim, foram selecionados 6 estudos, do total de 130 encontrados, que fossem considerados apropriados para a revisão integrativa, devido à sua metodologia. Do total dos 130 artigos encontrados, 111 foram excluídos pela leitura do título, 10 pela leitura do resumo e 3 pela leitura integral.

Dos estudos encontrados no âmbito do consumo de álcool em meio laboral, nenhum deles foi realizado em Portugal. Os resultados analisados constam em apêndice I, para facilitar o processo de análise e compreensão do conteúdo dos mesmos.

Estudos que abordassem a temática das IB de uma forma geral, ou noutros contextos, foram encontrados inúmeros, contudo, apenas 6 integram a revisão.

Após análise detalhada dos 6 estudos, conseguiu-se compreender que todos eles fazem referência à existência de trabalhadores com vários padrões de consumo de bebidas alcoólicas, nomeadamente com o padrão de consumo de risco, com o padrão de consumo nocivo (sobre os quais recaem as IB) e ainda o consumo em que existe já uma provável dependência.

Do total de estudos analisados, apenas foi verificado em dois, a não aplicação do instrumento AUDIT para a triagem do padrão de consumo de bebidas alcoólicas. Richmond et al., (2000) utilizaram para a deteção do padrão de consumo de álcool, um questionário mais abrangente de saúde e condição física (onde integraram itens como o exercício físico, peso, o uso do tabaco e do álcool). Baby et al., (2020) utilizaram no seu estudo o instrumento ASSIST.

No estudo de Hermansson et al., (2010) é demonstrado que uma triagem do padrão de consumo de bebidas alcoólicas e IB, realizadas em conjunto com exames de rotina de saúde e estilos de vida no local de trabalho, podem demonstrar-se eficazes na redução do consumo de álcool. Assim, Richmond et al., (2000), integraram a sua triagem num questionário mais abrangente de saúde e condição física, como já referido anteriormente. Desta forma, integra-se a temática num contexto mais abrangente e facilitador, promovendo a adesão dos trabalhadores.

Relativamente à aplicação das IB, estas demonstraram-se eficazes na redução do consumo de bebidas alcoólicas, em todos os estudos analisados. Esta diminuição pode ser verificada através da redução da quantidade de consumo (Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Richmond et al., 2000; Watson et al., 2014), da sua frequência (Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Watson et al., 2014), e conseqüentemente, através de uma redução no score obtido pelo AUDIT (Brites et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Hermansson et al., 2010; Watson et al., 2014) e pelo ASSIST (Baby et al., 2020).

Hermansson et al., (2010) salientam a não existência de diferenças marcantes nos resultados entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, apesar de ambos terem reduzido os seus consumos de álcool no follow-up. Os autores alertam ainda para a possibilidade da triagem inicial, poder por si só, iniciar uma redução no consumo.

Brites et al., (2019) fizeram ainda referência à diminuição do sentimento de culpa ou remorso após consumir álcool e também da incapacidade de lembrar o que aconteceu devido aos efeitos do álcool. Os mesmos autores associam ainda o sucesso das IB à sua associação com a entrevista motivacional.

A realização de IB em contexto de trabalho evidencia vários benefícios, para além dos já reconhecidos anteriormente, tais como: reduzir os danos provocados pelo álcool; economizar recursos e uma menor utilização (expressa em dias) dos serviços hospitalares e dos cuidados de saúde primários (Watson et al., 2014).

Para além dos ganhos em saúde, estas intervenções possuem ainda um custo-benefício satisfatório, podem ser realizadas num curto espaço de tempo e é possível rápida formação dos profissionais de saúde. Desta forma, é possível ampliar o seu alcance e serem implementadas em mais contextos ou empresas (Baby et al., 2020).

Alguns participantes do estudo anteriormente referido, mencionaram ainda, que antes da implementação das IB, não tinham conhecimentos acerca dos danos causados pelo consumo de álcool, não sabiam reconhecer as unidades padrão de álcool, nem conheciam os limites de baixo risco de consumo, o padrão de uso de risco/nocivo, bem como as complicações médicas, psiquiátricas e sociais resultantes do aumento do consumo do mesmo, enfatizando a importância da intervenção.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3 – EFEITO DAS INTERVENÇÕES BREVES NOS TRABALHADORES DE UM SERVIÇO DE TRANSPORTES URBANOS

3.1. INTRODUÇÃO

O presente estudo realizou-se com trabalhadores de um serviço de transportes urbanos. Este, foi fundado e desenvolvido com o intuito de prestar serviços de transportes urbanos à população abrangente da área, tendo como principal missão garantir uma oferta de transporte adequada às necessidades da população e promover o uso do transporte coletivo.

No ano de 2019, aquando da realização deste estudo, relativamente aos recursos humanos existentes nesta empresa, constavam 458 postos de trabalho ocupados, entre os quais, 6 postos na área do conselho de administração, 1 posto de diretor delegado, 343 postos na divisão de serviços de produção, 81 postos na divisão de equipamentos e manutenção e 27 postos de trabalho na divisão administrativa e financeira.

Assim, atendendo ao contexto em que se inserem (PNRCAD salienta a necessidade de intervenção em meio laboral), bem como à falta de dados representativos do consumo de substâncias em empresas e ainda, principalmente, pelo possível impacto na saúde e na produtividade dos trabalhadores, torna-se fulcral a intervenção nesta área.

Atendendo à problemática em estudo e ao local de implementação das IB, definimos:

Objetivo geral do estudo

Avaliar se as Intervenções Breves são eficazes nos trabalhadores de um serviço de transportes urbanos, que possuam problemas ligados ao álcool e aqueles em risco de os virem a desenvolver.

Objetivos específicos

- Caracterizar socio demograficamente os trabalhadores de um serviço de transportes urbanos;
- Avaliar o nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas dos trabalhadores de um serviço de transportes urbanos;

- Avaliar novamente o nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas dos trabalhadores de um serviço de transportes urbanos, após a realização das Intervenções Breves (passados 4 meses).

Hipótese de investigação

Os indivíduos sujeitos às Intervenções Breves apresentam uma evolução positiva quanto aos níveis de risco do consumo de álcool.

3.2. METODOLOGIA

3.2.1. Tipo de estudo

Para a execução deste estudo, recorreu-se a um desenho de nível IV- estudos que verificam as hipóteses causais, tratando-se de um estudo preditivo e explicativo, tendo como objetivo prever uma relação causal entre os fenómenos. É utilizado quando o investigador pretende descobrir se o efeito de uma variável independente se verifica numa situação sob controlo.

Deste modo, para avaliar o efeito das IB nos trabalhadores de um serviço de transportes urbanos, foi utilizado um estudo de natureza quase-experimental, com avaliação antes e após com um único grupo. O momento escolhido para a realização do estudo foi no mês de junho de 2019, com *follow-up* 4 meses após, ou seja, no mês de outubro de 2019.

3.2.2. Operacionalização das variáveis em estudo

- Variáveis sociodemográficas: sexo (masculino ou feminino), idade (expressa em anos), escolaridade (1º ciclo; 2º ciclo; 3º ciclo; ensino secundário, ensino superior e doutoramento), com quem vive (sozinho, família, amigos), setor de trabalho (agentes únicos de transportes coletivos: motoristas; administrativo/financeiro; produção/manutenção), estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo, união de facto).
- Variáveis de comportamentos de saúde: antecedentes prévios de saúde; índice de massa corporal; prática de exercício físico; dorme bem/o suficiente; tem dificuldade em induzir o sono ou não; se utiliza indutores de sono ou outra estratégia para

adormecer; se fuma tabaco; se sim, há quanto tempo; se já alguma vez consumiu substâncias ilícitas; se sim, se mantém esse consumo.

- Variável dependente: nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas – Score do AUDIT;
- Variável independente: intervenção (Educativa, Aconselhamento Simples, Aconselhamento Breve e Referenciação).

Relativamente à variável dependente “nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas – Score do AUDIT” preconizam-se as intervenções descritas (variável independente) na figura 2 e que passamos a explicar mais detalhadamente.

Figura 2

Guideline após avaliação do nível de risco por score do AUDIT (Adaptado de Babor & Higgins-Biddle, 2001)

Consumo de álcool	Nível de risco/Intervenção	Score AUDIT
Baixo risco	I - Educativa	0 a 7
Risco	II – Aconselhamento Simples	8 a 15
Nocivo	III – Aconselhamento Breve	16 a 19
Provável Dependência	IV – Referenciação para avaliação e tratamento especializado	20 a 40

Para scores do AUDIT de 0 a 7 pontos, a intervenção preconizada é Educativa. Esta engloba todos os participantes que apresentem um nível de consumo de baixo risco. A intervenção educativa tem como objetivos fornecer feedback acerca do resultado; informar sobre a importância de manter um consumo de bebidas alcoólicas de baixo risco; bem como ensinar acerca da bebida padrão e ainda mencionar que um consumo acima deste padrão pode vir a desenvolver consequências para a sua saúde e para a dos que o rodeiam. A intervenção é finalizada com a felicitação por este se encontrar num nível de consumo de baixo risco.

Para scores do AUDIT de 8 a 15 pontos, a intervenção preconizada é Aconselhamento Simples. Esta engloba todos os participantes que apresentem um nível de consumo de

risco. A intervenção de aconselhamento simples tem como objetivos fornecer feedback acerca do resultado; informar sobre a pirâmide do consumidor (explicar como se caracteriza cada tipo de consumidor); informar sobre efeitos do consumo de álcool (questionar se já sentiu algum deles e explicar que a melhor forma de os evitar é reduzir a frequência e a quantidade de consumo); debater com a pessoa a necessidade de interromper ou reduzir o consumo; debater limites (ensinar sobre um consumo de baixo risco, intoxicação alcoólica); explicar a definição de bebida padrão e, por fim, encorajar/apoiar à redução do seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

Para scores do AUDIT de 16 a 19 pontos, a intervenção preconizada é Aconselhamento Breve. Esta engloba todos os participantes que apresentem um nível de consumo nocivo. A intervenção de aconselhamento breve diferencia-se da intervenção de aconselhamento simples, sendo mais completa que a anterior, no sentido de possuir mais conteúdos, e por conseguinte, demorar mais tempo a ser realizada e podendo chegar aos 30 minutos.

A intervenção de aconselhamento breve tem como objetivos fornecer feedback acerca do resultado; informar sobre a pirâmide do consumidor (explicar como se caracteriza cada tipo de consumidor e em que categoria este se encontra); informar sobre efeitos do consumo de álcool (os malefícios que este traz à sua saúde); avaliar e adequar o aconselhamento ao estágio motivacional: como já referido anteriormente, a mudança comportamental desenvolve-se por estádios, sendo que as pessoas passam por vários níveis de prontidão para mudar (Felicíssimo et al., 2014).

Deste modo, é necessário verificar o estado de motivação da pessoa, sendo que este poderá variar desde o não possuir nenhum interesse em alterar comportamentos ou hábitos (estado de pré-contemplação), ao início real de um plano de alteração de comportamentos ou hábitos (estado da ação). Podemos observar os vários estádios motivacionais e respetivos elementos a referir na IB, na figura 3.

Figura 3

Estágio de mudança e IB associada (adaptado de Babor & Higgins-Biddle, 2001; Sequeira & Sampaio, 2020)

Estado	Definição	Elementos a referir na IB
Pré-contemplação	Não existe consciência do problema, o indivíduo não considera a possibilidade de mudança de comportamentos ou hábitos. Retém seletivamente consequências positivas do consumo de álcool e desvaloriza as negativas.	Feedback sobre os resultados do AUDIT e informar sobre os risco de consumo. Sensibilizar para o problema e mostrar preocupação.
Contemplação	A pessoa pode já considerar as implicações que essa mudança poderá acarretar para si e para a vida das pessoas ao seu redor, contudo ainda se encontra ambivalente.	Ajudar a analisar os prós e contras da mudança de comportamentos ou hábitos de consumo. Sumarizar afirmações automotivadoras.
Preparação	Janela de oportunidade para a mudança durante um período de tempo. Se prosseguir para a ação, o processo de mudança continua, se não, regressará ao estágio anterior.	Clarificar os objetivos e estratégias de mudança. Oferecer um menu de opções para a mudança, negociar um plano, determinar as barreiras à mudança, apoiar na procura de redes de suporte.
Ação	Estratégias de mudança são colocadas em prática. A pessoa já reduziu o consumo ou parou de consumir, mas ainda não é permanente.	Analisar estratégias de mudança, dar suporte a mudança, ajudar a identificar situações de risco, desenvolver um plano de urgência, manter contacto.
Manutenção	A pessoa já reduziu o consumo ou parou de consumir. Evitar recaída.	Manter as mudanças alcançadas, reforçar as vantagens destas, prevenir recaídas.

Babor e Higgins-Biddle (2001) sugerem a utilização da “Escala de Disponibilidade para a mudança” para avaliar em que estado a pessoa se encontra. Esta consiste em pedir à pessoa para se situar, numa escala de 1 a 10, quanto à importância que atribuem à

mudança de hábitos (onde 1 é considerado como não importante e 10 como muito importante). Um score entre 1 e 3 pode significar que se encontram “pré-contempladores”, um score entre 4 e 6 como “contempladores” e scores entre 7 e 10 consideram-se prontos para a mudança.

A intervenção de aconselhamento breve tem ainda como objetivos debater limites (ensinar sobre um consumo de baixo risco e quais as quantidades de “bebida padrão” que deste fazem parte, explicar as “equivalências” de bebidas alcoólicas); ajudar a pessoa a construir um plano de redução de consumo (questões como “que benefícios poderei ter se reduzir o consumo de bebidas alcoólicas? Em que medida irá a minha vida melhorar? Construir a balança decisional: vantagens e desvantagens); e por fim, encorajar a pessoa (frases como “Lembre-se que de cada vez que se sinta tentado a beber em demasia e que consiga resistir, está a mudar o seu hábito”. “Sempre que se sentir extremamente desconfortável, perturbado ou infeliz, repita para si mesmo que isso é passageiro”. “Se sentir a necessidade de uma bebida, faça de conta que esse desejo é o mesmo que uma dor de garganta que é preciso aguentar até ficar curado”. “Se tiver alguém que o ajude, seja honesto e diga-lhe a quantidade real que bebe por dia e admita quando conseguiu resistir à tentação e quando bebeu em demasia”. “Por fim, é bem provável que tenha alguns maus dias em que bebe em demasia”. “Quando isso acontecer não desista. Não se esqueça que as pessoas que aprenderam a beber em níveis de baixo risco passaram muitos dias maus até conseguirem atingir os seus objetivos. Com o passar do tempo tudo ficará mais fácil”).

Para scores do AUDIT de 20 a 40 pontos, a intervenção preconizada é a referenciação para serviços especializados de diagnóstico e tratamento. Neste caso, os participantes apresentam uma provável dependência alcoólica.

3.2.3. Participantes

Foram possíveis participantes do estudo todos os trabalhadores de um serviço de transportes urbanos que cumpririam os seguintes critérios de inclusão:

- Possuir capacidade comunicacional/linguística;
- Ser trabalhador do serviço de transportes urbanos;
- Não possuir o diagnóstico clínico de alcoolismo;

-Possuir idade compreendida entre os 25 e os 64 anos (uma das etapas do ciclo vital, pelo PNRCAD).

Na primeira intervenção participaram no total 45 trabalhadores, dos quais, 1 foi excluído do estudo por não cumprir os critérios de inclusão. Na segunda intervenção participaram no total 40 trabalhadores, sendo que, 1 foi excluído do estudo por não ter participado no primeiro momento. No final, a amostra é constituída por 39 participantes.

A amostra foi questionada quanto às suas características sociodemográficas. Nas tabelas 1 e 2 foi sintetizada a informação colhida.

Tabela 1

Característica sociodemográfica da amostra referente à idade

Característica Sociodemográfica	Amostra	
	Média	Desvio Padrão
Idade	50,05 anos	7,312

Tabela 2

Características sociodemográficas da amostra

Características Sociodemográficas		Amostra	
		Nº	%
Estado Civil	Solteiro	4	10,3 %
	Casado	29	74,4 %
	Divorciado	5	12,8 %
	Viúvo	0	-
	União de facto	1	2,6 %
Agente único T.C. (motoristas)		16	41%

Sector de Trabalho	Administrativo/financeiro	10	25,6%
	Produção/manutenção	13	33,3%
Escolaridade	1º ciclo	3	7,7 %
	2º ciclo	3	7,7 %
	3º ciclo	8	20,5 %
	Ensino secundário	21	53,8 %
	Ensino superior	3	7,7 %
	Doutoramento	1	2,6 %
Com quem vive	Sozinho	2	5,1 %
	Família	37	94,9 %
	Amigos	0	-
Sexo	Feminino	8	20,5 %
	Masculino	31	79,5 %

3.2.4. Instrumentos de colheita de dados

A colheita de dados foi realizada através de uma entrevista estruturada, realizada pela investigadora, composta por questionário sobre comportamentos de saúde (apêndice II), sendo este constituído por três partes: uma primeira parte constituída por questões de caracterização sociodemográfica; uma segunda parte constituída por questões sobre comportamentos de saúde e uma terceira parte, constituída pelo AUDIT.

Na primeira parte do questionário constam questões de caracterização sociodemográfica, relativas a idade, sexo, escolaridade, estado civil, com quem vive e qual o sector de trabalho no serviço de transportes urbanos.

A segunda parte do questionário é constituída por questões sobre comportamentos de saúde relativamente a problemas de saúde já diagnosticados, valores de tensão arterial, frequência cardíaca, glicémia capilar, peso, altura, índice de massa corporal, nº de refeições por dia, tipo de alimentação, hábitos intestinais, prática de exercício físico,

caracterização do sono, uso de tabaco outras drogas ilícitas e ainda uma auto-avaliação acerca do seu estado de saúde.

A terceira parte do questionário é constituída pelo instrumento AUDIT. Este é constituído por 10 questões, que permitem avaliar o uso do álcool, sintomas de dependência e problemas ligados ao consumo do mesmo. Nas questões 1 a 8 é atribuída uma pontuação de 0, 1, 2, 3 ou 4 pontos e às questões 9 e 10 é atribuída uma pontuação de 0, 2 ou 4 pontos.

As primeiras 3 questões (AUDIT-C) avaliam a quantidade e frequência do consumo de álcool. Na existência de scores inferiores a 5 nos Homens e 4 nas Mulheres e idades superiores a 65 anos de idade nas primeiras 3 questões, apontam para a não realização das restantes questões, pois significa que os indivíduos apresentam um padrão de consumo que se traduz num consumo de baixo risco.

As 3 questões seguintes (questões 4, 5 e 6), avaliam a existência de possíveis sintomas de dependência e por fim, as 4 últimas questões (questões 7, 8, 9 e 10) do AUDIT pretendem reconhecer alterações/problemas recentes na vida, relacionados com o consumo de álcool. Após a realização da triagem do padrão de consumo de álcool (através deste instrumento), deverá ser realizada o tipo de intervenção referente ao mesmo.

Na figura seguinte podemos ver resumidos os conteúdos que o AUDIT avalia (figura 4).

Figura 4

Conteúdos que o AUDIT avalia

Dimensão	Pergunta	Conteúdo do item
Caracterização dos consumos (AUDIT-C)	1, 2 e 3	-Frequência dos consumos; -Quantidade; -Frequência dos consumos excessivos;
Sintomas de dependência	4, 5 e 6	-Descontrolo dos consumos; -Limitações com o consumo; -Consumos no início da manhã;

Consequências do consumo	7,8,9 e 10	-Sentimentos de culpa após o consumo; - <i>Black-outs</i> ; -Consequências para os outros indivíduos decorrentes do consumo; -Preocupação dos outros indivíduos pelo consumo apresentado.
---------------------------------	------------	--

3.2.5. Procedimentos éticos e formais

A realização do estudo foi autorizada pelo Conselho de Administração dos Serviços de Transportes Urbanos, em Deliberação n.º 5665, de 20/05/2019, com n.º de processo 2019/800.20.001/1 (apêndice III) e obteve aprovação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, parecer n.º P574/04-2019 (apêndice IV).

Previamente ao estudo foram criados e organizados os seguintes materiais para servir de suporte ao momento da entrevista:

- Questionário sobre comportamentos de saúde*;
- Pequeno cartão para preencher com os valores avaliados no momento da entrevista e que seria fornecido ao participante (apêndice V)*;
- Guiões das intervenções a realizar mediante o nível de risco identificado de consumo de bebidas alcoólicas (apêndice VI)**;
- Folheto sobre os limites legais existentes em meio rodoviário denominado “Álcool e limites” (apêndice VII). Este foi criado com o objetivo de alertar os participantes para as possíveis consequências do incumprimento da lei, pois no ano de 2019, dos 458 trabalhadores dos transportes urbanos em estudo, 280 eram agentes únicos de transportes coletivos: motoristas);
- Folheto referente ao consumo de álcool, “Guia para um consumo de baixo risco” (apêndice VIII), fornecido ao participante no momento da entrevista.

* Material elaborado em contexto do ensino clínico na comunidade, numa Unidade de Cuidados na Comunidade e utilizado em intervenção semelhante com um grupo de bombeiros.

** Adaptado do projeto “Saúde sem reservas- Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para a Redução do Consumo de Álcool Nocivo (Risco/Nocivo)”, da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, adaptado de Babor e Higgins Biddle (2001).

Ainda como recursos utilizados, é de referir o treino da investigadora na realização das intervenções através de sessões de *role play* (realizadas nas aulas do curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e o treino na aplicação dos questionários num contexto de ensino clínico na comunidade (como já referido anteriormente).

Com o intuito de convidar os trabalhadores de um serviço de transportes urbanos a participar no estudo, foram elaborados e afixados pósteres em vários locais das suas instalações, com informação relativa aos dias nos quais iria decorrer a mesma, bem como o local e a hora (apêndice IX).

Aquando da realização do estudo, foi solicitado o consentimento informado (por escrito, em apêndice X) a todas as pessoas que voluntariamente desejaram participar na investigação e a respetiva autorização para a recolha dos dados. Foi garantida a privacidade e confidencialidade: realizada entrevista individual em gabinete fechado onde apenas permanecia o indivíduo e a investigadora e foi atribuído um código ao questionário aplicado, de forma a ser possível o emparelhamento passados 4 meses da intervenção, sendo ainda que a informação colhida apenas será utilizada como fim académico e científico.

A colheita de dados para este estudo foi realizada em duas etapas. A intervenção inicial (primeira colheita de dados) decorreu entre os dias 21 de maio e 21 de junho de 2019 no período da manhã, das 9h às 13h, ou no período da tarde, das 14h às 17h, no posto médico do serviço de transportes urbanos, consoante disponibilidade da investigadora e com agendamento prévio com a pessoa responsável pelo elo de ligação à empresa.

Nesta primeira etapa foi criada uma lista, com autorização dos participantes, com os seus nomes (não associando o nome ao questionário de respostas) de forma a ser possível contactá-los para a segunda etapa do estudo. O contacto para a segunda etapa do estudo ocorreu via telefone (para o número de serviço do trabalhador e este foi realizado através do telefone da empresa).

A avaliação final da intervenção (segunda etapa da colheita de dados) foi realizada quatro meses após a primeira, ou seja, decorreu no mês de outubro, entre os dias 14 e 29 de outubro de 2019 no período da manhã, das 9h às 13h, ou no período da tarde, das 14h às

17h, no posto médico do serviço de transportes urbanos, consoante disponibilidade da investigadora e com agendamento prévio com a pessoa responsável pelo elo de ligação à empresa. Decorreu ainda com igual garantia de privacidade e confidencialidade.

Todos os indivíduos que se dirigiram, nos dois momentos, voluntariamente ao posto médico do serviço de transportes urbanos e que cumpriam os critérios de inclusão, foram entrevistados, aplicado questionário de comportamentos de saúde, com o AUDIT neste integrado, e de seguida, mediante o nível de risco identificado pelo score obtido no AUDIT, foi aplicada a intervenção correspondente ao mesmo.

3.2.6. Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados foi realizada através do *software* aplicativo *Statistical Package for the Sciences* (S.P.S.S.), versão 26. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar se a variável a analisar tem uma distribuição normal. Como podemos observar na tabela 3, existe normalidade da amostra.

Na avaliação do nível de risco do consumo de álcool, optou-se pelo teste não paramétrico Wilcoxin para uma única amostra emparelhada, dada a natureza ordinal da variável.

Tabela 3

Teste Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da amostra, para a variável Score do AUDIT

Score AUDIT	Estatística	Significância
	0,948	0,070

3.3. RESULTADOS

Na primeira etapa do estudo participaram no total 45 trabalhadores, dos quais, 1 foi excluído do estudo por não cumprir os critérios de inclusão (não era trabalhador do serviço de transportes urbanos). Na segunda etapa participaram no total 40 trabalhadores, sendo que, 1 foi excluído do estudo por não ter participado no primeiro momento. No final, a amostra é constituída por 39 participantes.

Do total da amostra em estudo (n=39), 79,5% é do sexo masculino, (correspondendo a 31 homens), com uma média de idade de 50,05 anos e desvio padrão de 7,312. São na sua maior parte casados (74,4%) e residentes com a família (94,9%). Os participantes possuem na sua maioria o ensino secundário, correspondendo a 21 pessoas (53,8%), de seguida, 8 pessoas com o 3º ciclo (20,5%), 3 pessoas (7,7%) com o 1º ciclo, 3 pessoas (7,7%) com o 2º ciclo, 3 pessoas (7,7%) com o ensino superior e somente 1 pessoa (2,6%) com doutoramento.

Quanto ao tipo de trabalho exercido no serviço de transportes urbanos, 16 participantes trabalham como agentes únicos de transportes coletivos: motoristas (41%), 10 participantes trabalham no setor administrativo/financeiro (25,6%) e 13 participantes trabalham no setor de produção/manutenção (33,3%).

Relativamente à caracterização dos comportamentos de saúde da amostra podemos constatar que a maioria tem problemas de saúde já diagnosticados (59%), apenas 23,1% apresenta um Índice de Massa Corporal considerado saudável (os restantes têm peso a mais) e 59% pratica exercício físico. Quanto aos hábitos de sono, 30,8% dos participantes referem não dormir bem/o suficiente, 23,1% têm dificuldade em induzir o sono e 33,3% utilizam indutores de sono ou outra estratégia para adormecer.

No que ao consumo de substâncias diz respeito, 12,8% da amostra fumam tabaco, e destes, todos fumam há mais de 5 anos. De referir ainda que 17,9% dos participantes já consumiram alguma vez substâncias ilícitas, contudo, ninguém mantém o seu consumo. Estes resultados estão sintetizados de seguida, na tabela 4.

Tabela 4

Caracterização dos comportamentos de saúde da amostra

Amostra	Respostas	Nº	%
Antecedentes prévios de saúde	Sim	23	59%
	Não	16	41%
IMC (Kg/m²)	< 18,5 (Magreza)	0	-
	18,6- 24,9 (Saudável)	9	23,1%

	25- 29,9 (Sobrepeso)	22	56,4%
	30- 34,9 (Obesidade grau I)	8	20,5%
	35- 39,9 (Obesidade grau II)	0	-
	<40 (Obesidade grau III)	0	-
Pratica exercício físico?	Sim	23	59%
	Não	16	41%
Dorme bem/o suficiente?	Sim	27	69,2%
	Não	12	30,8%
Tem dificuldade em induzir o sono?	Sim	9	23,1%
	Não	30	76,9%
Utiliza indutores de sono ou outra estratégia para adormecer?	Sim	13	33,3%
	Não	26	66,7%
Fuma tabaco?	Sim	5	12,8%
	Não	34	87,2%
Se sim, há quanto tempo?	De 1 mês a 1 ano	0	-
	1 a 5 anos	0	-
	Há + de 5 anos	5	100%
Já alguma vez consumiu substâncias ilícitas?	Sim	7	17,9%
	Não	32	82,1%
Se sim, mantém esse consumo?	Sim	0	-
	Não	7	100%

De seguida, na tabela 5, passamos a apresentar os resultados relativamente às três primeiras questões do AUDIT (AUDIT-C). Na primeira questão, relativa à frequência de consumo de bebidas alcoólicas, pode-se verificar que um participante deixou de consumir, dois participantes passaram a consumir menos do que “quatro ou mais vezes

por semana”; um participante deixou de consumir “duas a três vezes por semana”; três participantes passaram a consumir “duas a quatro vezes por mês”; e um participante diminuiu o consumo para “uma vez por mês ou menos”.

Quanto à segunda questão, relativa à quantidade de bebidas consumidas num dia normal, uma pessoa deixou de consumir “cinco ou seis” bebidas; quatro pessoas deixaram de consumir “três ou quatro” bebidas; o consumo de “uma ou duas” bebidas aumentou em quatro participantes e ninguém consumia ou passou a consumir 7 ou mais bebidas.

Na terceira questão, relativa à frequência de consumo de seis ou mais bebidas numa única ocasião, podemos constatar que nenhum dos participantes consumia “diariamente ou quase diariamente” e assim se mantiveram; dos seis participantes que tinham um consumo de “pelo menos uma vez por semana” passaram a ser dois; dos cinco que consumiam “pelo menos uma vez por mês” passaram a ser três; dos catorze que consumiam “menos de uma vez por mês” passaram a ser vinte e um e dos que nunca consumiam seis ou mais bebidas numa única ocasião, passaram de nove para sete (atenção porque 1 pessoa deixou de beber, logo, reflete-se nesta questão).

Pela análise destas três questões podemos verificar que, de uma forma geral, existiu uma diminuição da frequência e da quantidade de consumo de bebidas alcoólicas após a intervenção realizada.

Tabela 5

Caracterização da amostra quanto à frequência de quantidades de consumo de álcool

Questões AUDIT	Respostas	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
		Nº	%	Nº	%
1- Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	Nunca	5*	12,8%	6*	15,4%
	Uma vez por mês ou menos	5	12,8%	4	10,3%
	Duas a quatro vezes por mês	5	12,8%	8	20,5%
	Duas a três vezes por semana	5	12,8%	4	10,3%
	Quatro ou mais vezes por semana	19	48,7%	17	43,6%

2- Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	Uma ou duas	20	53,8%	24	61,5%
	Três ou quatro	12	28,2%	8	20,5%
	Cinco ou seis	2	5,1%	1	2,6%
	De sete a nove	0	-	0	-
	Dez ou mais	0	-	0	-
3- Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	Nunca	9	23,1%	7	17,9%
	Menos de uma vez por mês	14	35,9%	21	53,8%
	Pelo menos uma vez por mês	5	12,8%	3	7,7%
	Pelo menos uma vez por semana	6	15,4%	2	5,1%
	Diariamente ou quase diariamente	0	-	0	-

* não foram aplicadas as questões seguintes

Relativamente aos sintomas de dependência não se verificou nenhuma alteração com a intervenção realizada. As 3 seguintes questões do AUDIT (4- Nos últimos 12 meses, com que frequência se aperceber que não conseguia parar de beber depois de começar?; 5- Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?; 6- Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?) avaliam os sintomas de dependência, sendo que se verificou em ambas avaliações (1ª avaliação; 2ª avaliação) que nenhum dos indivíduos da amostra em estudo apresentava sintomas de dependência.

Quanto às consequências do consumo de álcool (tabela 7), verifica-se que no que diz respeito ao sentimento de culpa ou remorsos por ter bebido, nos últimos 12 meses, uma pessoa referiu que a frequência foi de “menos de uma vez por mês” e manteve-se após intervenção; relativamente a “nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?” existiu uma pessoa, sendo que na segunda avaliação o mesmo já não se verificou, passando a zero; ninguém referiu ter ficado ferido pelo consumo de álcool tanto no antes como no após e relativamente a “alguma vez um familiar, amigo, médico, ou profissional de saúde manifestou

preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?” três pessoas mencionaram “sim, mas não nos últimos 12 meses” numa primeira avaliação, sendo que na segunda avaliação o mesmo não aconteceu com ninguém.

Tabela 6

Caracterização da amostra quanto às consequências do consumo de álcool

Questões AUDIT	Respostas	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
		Nº	%	Nº	%
7- Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido?	Nunca	33	84,6%	32	82,1%
	Menos de uma vez por mês	1	2,6%	1	2,6%
	Pelo menos uma vez por mês	0	-	0	-
	Pelo menos uma vez por semana	0	-	0	-
	Diariamente ou quase diariamente	0	-	0	-
8- Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?	Nunca	33	84,6%	33	84,6%
	Menos de uma vez por mês	1	2,6%	0	-
	Pelo menos uma vez por mês	0	-	0	-
	Pelo menos uma vez por semana	0	-	0	-
	Diariamente ou quase diariamente	0	-	0	-
9- Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido	Não	34	87,2%	33	84,6%
	Sim, mas não nos últimos 12 meses	0	-	0	-

por você ter bebido?	Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	0	-	0	-
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?	Não	31	79,5%	32	82,1%
	Sim, mas não nos últimos 12 meses	3	7,7%	1	2,6%
	Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	0	-	0	-

A tabela seguinte (tabela 7) compara a evolução da amostra antes e após a aplicação das IB, quanto ao tipo de consumo de bebidas alcoólicas. Antes da intervenção, sete participantes (17,9%) apresentavam um nível de consumo de risco e trinta e dois (82,1%) apresentavam um nível de consumo de baixo risco. Após intervenção, passaram a constar dois participantes (5,1%) num nível de consumo de risco e trinta e sete (94,9%) num consumo de baixo risco.

Tabela 7

Relação da amostra antes e após a aplicação das Intervenções Breves, quanto ao tipo de consumo de bebidas alcoólicas

	Avaliação inicial		Avaliação final (após 4 meses)	
	Nº	%	Nº	%
Baixo risco (1-7)	32	82,1%	37	94,9%
Risco (8-15)	7	17,9%	2	5,1%
Nocivo (16-20)	0	-	0	-

Como se pode verificar de seguida, na tabela 8, os resultados obtidos indicam que cinco participantes reduziram o seu nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas (negativos) e trinta e quatro mantiveram o mesmo nível de risco previamente existente à intervenção (empates). Sendo que, destes 34, 32 já se encontravam no consumo de baixo risco, verifica-se um efeito positivo, estatisticamente significativo, na redução do nível associado à intervenção realizada ($Z = -2,236$; $p = 0,025$).

Tabela 8

Evolução da amostra relativamente ao nível de risco, antes e após intervenção

	Postos	Frequências	Z	p
Nível de risco final	Negativos	5*	-2,236	0,025
Nível de risco inicial	Positivos	0**		
(n=39)	Empates	34***		

*Score total após < score total antes

** Score total após > score total antes

*** Score total após = score total antes

De seguida, iremos observar a evolução relativamente às variáveis medidas pelas questões que integram o AUDIT, utilizando o teste não paramétrico teste de Wilcoxon.

Na tabela 9, no que à frequência de consumo de bebidas alcoólicas diz respeito, é possível observar que 7 participantes diminuíram a sua frequência ($p = 0,124$), 1 participante aumentou e 31 mantiveram-se com a mesma frequência. Relativamente à quantidade de bebidas alcoólicas consumidas num dia normal, 7 participantes diminuíram as suas quantidades ($p = 0,083$), 2 aumentaram e 24 mantiveram as mesmas quantidades. Quanto à frequência de consumo de seis bebidas ou mais numa única ocasião, 10 participantes diminuíram a sua frequência ($p = 0,074$), 5 aumentaram e 18 mantiveram-se com a mesma frequência de consumo.

Tabela 9

Evolução da amostra relativamente à caracterização dos consumos antes e após intervenção

Questões AUDIT	Teste de Wilcoxon			
	Avaliação Antes e após (n=39)			
	Postos	Frequências	Z	p
1- Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	Negativos (a)	7	-1,540	0,124
	Positivos (b)	1		
	Empates (c)	31		
2- Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	Negativos (d)	7	-1,732	0,083
	Positivos (e)	2		
	Empates (f)	24		
3- Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	Negativos (g)	10	-1,789	0,074
	Positivos (h)	5		
	Empates (i)	18		

- a- AUDIT após <AUDIT antes
- b- AUDIT após > AUDIT antes
- c- AUDIT após =AUDIT antes
- d- AUDIT após< AUDIT antes
- e- AUDIT após >AUDIT antes
- f- AUDIT após =AUDIT antes
- g- AUDIT após< AUDIT antes

- h- AUDIT após >AUDIT antes
- i- AUDIT após= AUDIT antes

A tabela 10 expressa a evolução da amostra relativamente aos sintomas de dependência e às consequências dos consumos antes e após intervenção. Nas questões 4, 5, 6, 7 e 9, todos os participantes mantiveram os mesmos sintomas e/ou consequências. Quanto à questão 8, podemos observar que 1 participante, nos últimos 12 meses, diminuiu a frequência de vezes que não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido ($p=0,317$) e 32 mantiveram-se igual. Por fim, na questão 10, foram 2 os participantes que nos últimos 12 meses, deixaram de ter um familiar, amigo, médico, ou profissional de saúde com preocupação pelo seu consumo de álcool ($p=0,157$). Os restantes 31 participantes mantiveram-se na mesma pontuação.

Tabela 10

Evolução da amostra relativamente aos sintomas de dependência e às consequências dos consumos antes e após intervenção

Questões AUDIT	Teste de Wilcoxon			
	Avaliação Antes e após (n=39)			
	Postos	Frequências	Z	p
4- Nos últimos 12 meses, com que frequência se aperceber que não conseguia parar de beber depois de começar?	Negativos (a)	0	-1,000	1,000
	Positivos (b)	0		
	Empates (c)	33		
5- Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?	Negativos (d)	0	-1,000	1,000
	Positivos (e)	0		
	Empates (f)	33		

6- Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	Negativos (g)	0		
	Positivos (h)	0	-1,000	1,000
	Empates (i)	33		
7- Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido?	Negativos (j)	0		
	Positivos (k)	0	-1,000	1,000
	Empates (l)	33		
8- Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?	Negativos (m)	1		
	Positivos (n)	0	-1,000	0,317
	Empates (o)	32		
9- Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	Negativos (p)	0		
	Positivos (q)	0	-1,000	1,000
	Empates (r)	33		
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?	Negativos (s)	2		
	Positivos (t)	0	-1,414	0,157
	Empates (u)	31		

- a- AUDIT após <AUDIT antes
b- AUDIT após > AUDIT antes
c- AUDIT após =AUDIT antes
d- AUDIT após < AUDIT antes
e- AUDIT após >AUDIT antes
f- AUDIT após =AUDIT antes
g- AUDIT após < AUDIT antes
h- AUDIT após >AUDIT antes
i- AUDIT após= AUDIT antes

- j- AUDIT após< AUDIT antes
- k- AUDIT após>AUDIT antes
- l- AUDIT após= AUDIT antes
- m- AUDIT após< AUDIT antes
- n- AUDIT após> AUDIT antes
- o- AUDIT após= AUDIT antes
- p- AUDIT após< AUDIT antes
- q- AUDIT após> AUDIT antes
- r- AUDIT após= AUDIT antes
- s- AUDIT após< AUDIT antes
- t- AUDIT após> AUDIT antes
- u- AUDIT após= AUDIT antes

3.4 DISCUSSÃO

Na discussão do presente estudo pretende-se analisar e refletir criticamente acerca dos resultados obtidos no mesmo, tendo por base os objetivos delineados inicialmente.

Partindo do início e da oportunidade que nos foi proporcionada pelo serviço de transportes urbanos para a realização deste estudo, sendo este um serviço com grande influência na população, demonstra desta forma uma abertura enorme para o conhecimento e para a melhoria contínua da saúde dos seus trabalhadores.

Projetos desta ordem visam promover estilos de vida saudáveis, perceber como se encontra a saúde dos trabalhadores e intervir de forma estruturada e rigorosa, tendo sempre como objetivo primordial obter algum ganho em saúde. Por conseguinte, ganhos em saúde traduzem-se em menor absentismo, minimização dos custos de saúde, minimização dos custos associados a uma alta rotatividade de trabalhadores, aumento da qualidade dos serviços prestados e aumento da sua produtividade (SICAD, 2014).

A literatura existente acredita que as intervenções nestes contextos serão melhor sucedidas se estas não se apresentarem dirigidas ao consumo de substâncias, mas sim à saúde do trabalhador. Hermansson et al., (2010) e Khadjesari et al., (2014) corroboram essa ideia explicando que as intervenções a realizar no domínio das substâncias psicoativas devem ser executadas juntamente com avaliações de saúde, pois tendem a ser mais facilmente aceites pelos participantes quando estão inseridas numa avaliação global de saúde, como se verifica neste estudo.

Primeiramente, e tendo em conta que a intervenção ao nível do consumo de álcool foi integrada numa avaliação mais ampla de saúde, é pertinente referir que, no que diz

respeito aos comportamentos de saúde avaliados, verificou-se um efeito clínico relevante, pois foram detetadas situações em que existiam alterações em parâmetros como a tensão arterial, glicémia, peso, entre outros (os participantes desconheciam as mesmas ou não tinham consciência das suas possíveis consequências) e foram alertados para seguimento.

Após uma análise dos dados colhidos, podemos observar que foram conquistados resultados positivos com a intervenção delineada, que confirmam a hipótese de investigação: “Os indivíduos sujeitos às Intervenções Breves apresentam uma evolução positiva quanto aos níveis de risco do consumo de álcool”.

Segundo os resultados obtidos na presente investigação, podemos verificar que relativamente ao nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas foi verificado um efeito positivo, estatisticamente significativo, na sua redução, associada à intervenção realizada ($Z = -2,236$; $p = 0,025$). Este efeito positivo foi igualmente verificado nos seguintes estudos: Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Hermansson et al., 2010; Richmond et al., 2000; Watson et al., 2014.

Esta diminuição no nível de risco é visível graças a vários pontos:

Foi observado um efeito positivo na diminuição da frequência de consumo de bebidas que contêm álcool ($Z = -1,540$; $p = 0,124$) resultados que se verificam igualmente nos estudos de Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Watson et al., 2014. Podemos destacar a importância clínica destas diminuições, pois sabe-se que o consumo prolongado de álcool afeta a saúde dos indivíduos, acarretando consequências para o organismo. Uma redução na frequência de consumo poderá aligeirar os malefícios do álcool.

Foi verificado também um efeito positivo na redução da quantidade de bebidas que contenham álcool, consumidas num dia normal ($Z = -1,732$; $p = 0,083$), como verificado similarmente nos estudos de Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Richmond et al., 2000; Watson et al., 2014. Trabalhar sob o efeito de álcool provoca no trabalhador alterações na coordenação e no equilíbrio, bem como no aumento do tempo de reação. Altera ainda a capacidade visual, de perceção, de concentração e de raciocínio. Uma diminuição do consumo de álcool, diminui, por sua vez, uma tendência para a ocorrência de acidentes (20 a 25% dos acidentes de trabalho em todo o mundo ocorrem com trabalhadores que estão sob o efeito de álcool ou drogas), conflitos e poderá ainda diminuir o absentismo e aumentar a produtividade no trabalho, entre outros (Brito & Cardoso, 2020; Oliveira & Souza, 2018).

Quanto à frequência de consumo de 6 ou mais bebidas numa única ocasião, foi verificado um efeito positivo na sua diminuição ($Z = -1,789$; $p = 0,074$), tal como nos estudos de Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Watson et al., 2014. Este consumo de 6 ou mais bebidas numa única ocasião, chamado de “consumo episódico excessivo” ou denominado também por “*binge drinking*” é considerado de risco. Um consumo elevado de bebidas alcoólicas num curto espaço de tempo provoca uma concentração elevada de álcool no sangue, podendo trazer consequências graves para o organismo, coma ou mesmo a morte. Este tipo de consumo pode também implicar consequências a nível laboral, principalmente neste contexto de intervenção (serviço de transportes urbanos) existe o manuseamento de autocarros, de máquinas e equipamentos. Estas são algumas das atividades que exigem cuidado e atenção e é necessária uma força de trabalho sóbria e atenta (DGS, 2014; Oliveira & Souza, 2018; Valente, 2014).

Foi observado um efeito positivo na diminuição da frequência com que não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido ($Z = -1,000$; $p = 0,317$), visível também no estudo de Brites et al., 2019. Apesar de não existir uma causa-efeito, é pertinente referir que entre as doenças potencialmente provocadas pelo consumo de álcool, encontram as doenças sexualmente transmissíveis. Esta associação ocorre devido à presença de comportamentos de risco, que podem surgir aquando do consumo desmedido de álcool e que pode culminar, em certas situações, no esquecimento das ações realizadas (WHO, 2018).

Verificou-se, por fim, que existiu uma tendência para a diminuição da frequência da preocupação por parte de um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde pelo seu consumo de álcool, obtendo-se um efeito positivo ($Z = -1,414$; $p = 0,157$). O consumo de álcool influencia também as relações familiares e as relações sociais, podendo criar conflitos, gerar discórdia e contribuir muitas vezes para a existência de famílias disfuncionais (Oliveira & Souza, 2018).

Focando de seguida a nossa atenção nas diferenças do consumo de bebidas alcoólicas entre género, e sendo esta uma amostra constituída maioritariamente por homens, podemos observar que não surgiu nenhuma mulher com consumos acima do nível de baixo risco.

Esta realidade foi também analisada por Scheffer e Almeida (2010), que mencionam existir diferentes características quanto à impulsividade e procura de álcool entre homens

e mulheres e que esta associação se relaciona de forma complexa, da qual fazem parte fatores biológicos, comportamentais, cognitivos e hereditários.

Os mesmos autores fazem ainda alusão a que “estas diferenças podem ser observadas na menor tolerância ao álcool por parte das mulheres, sendo que estas tendem a iniciar o consumo de álcool mais tarde e a consumir menores quantidades; entretanto, os homens permanecem sendo os maiores consumidores” (p.7).

Segundo o relatório anual de 2018 sobre a situação do país em matéria de álcool, e retratando este a realidade em Portugal, no ano de 2017 é visível que a prevalência do consumo de álcool continuava a ser maior no sexo masculino (tanto na população dos 15-74 anos como na dos 15-34 anos) em detrimento do sexo feminino (SICAD, 2019).

Para além de todos os fatores já abordados, Machado et al., (2017) apontam outros importantes como a influência cultural, o contexto socioeconómico, o trabalho e a ideia de que o álcool é ainda considerado um símbolo de masculinidade e culturalmente o seu consumo é associado ao sexo masculino. Deste modo, o processo de diagnóstico de PLA no sexo feminino pode ser dificultado, uma vez que existe a possibilidade de não reconhecerem os seus consumos.

Relativamente à relação existente entre o consumo de álcool e os diferentes níveis de escolaridade, os autores referidos anteriormente mencionam que esta relação pode apresentar divergências, pois existem estudos que sugerem existir relação entre uma elevada escolaridade e um consumo de risco, enquanto outros estudos evidenciaram existir relação entre uma menor escolaridade e um consumo de risco e outros estudos não encontraram qualquer relação.

Neste estudo em concreto, não existe relação entre a escolaridade e o consumo de álcool, uma vez que os consumidores de risco estão repartidos pelos diferentes níveis de escolaridade (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo e ensino secundário), não se evidenciando em nenhum.

Analisando os participantes da nossa amostra, é possível verificar que os agentes únicos de transportes coletivos (motoristas) representam a maior parte da mesma, contudo, essa representatividade não se reflete num maior número de trabalhadores deste setor com um nível de consumo de bebidas alcoólicas de risco. Contudo, foram identificados motoristas com consumos de risco.

Os riscos inerentes ao consumo de álcool na condução são inúmeros, como por exemplo a falsa sensação de confiança que o álcool provoca, as alterações a nível da atenção, da coordenação e do tempo de reação a situações imprevisíveis. Mesmo mantendo um consumo de álcool dentro dos limites legais, já podem ser observadas algumas destas alterações no trabalhador, existindo a possibilidade de culminar em acidentes (Oliveira & Souza, 2018; Valente, 2014).

O setor de trabalho do serviço de transportes urbanos no qual existe um maior número de trabalhadores com limites de risco de consumo de bebidas alcoólicas é o setor da produção/manutenção em detrimento do setor administrativo/ financeiro. Este achado vai de encontro à evidência encontrada por Ferreira, et al., (2016) no seu estudo, no qual indicam existir uma maior tendência para o consumo de álcool no setor produtivo em comparação com o setor administrativo.

De seguida, abordar-se-á uma das questões limitadoras do estudo. Esta diz respeito às respostas que cada participante deu no questionário, mais concretamente no AUDIT. Alguns dos participantes poderão ter respondido em função da desejabilidade social, sendo este o conceito mais frequente no enviesamento de respostas.

O enviesamento de respostas é caracterizado como “uma tendência sistemática de alguns sujeitos para responderem aos itens dos instrumentos de uma forma que não é coerente com o conteúdo específico do item nem com o constructo que ele pretende medir”. Estes são ainda influenciados pelas características pessoais, pelos instrumentos de avaliação utilizados e pelos contextos onde são aplicados (Almiro, 2017, p.253).

O mesmo autor menciona ainda que a desejabilidade social consiste, mais concretamente, no ato dos participantes evidenciarem atitudes e/ou comportamentos de acordo com os valores esperados socialmente. As suas respostas são mediante o que será mais correto, aceitável ou desejável, graças a uma necessidade de ser aprovado socialmente pela cultura onde se inserem.

Esta é uma questão fulcral pois este conceito, que muitas vezes é negligenciado nos estudos sobre álcool e/ou drogas, influencia a motivação dos participantes para a mudança e remete-os para uma resposta não real acerca dos seus consumos, graças à imagem social negativa sobre estes (Esgaio & Barroso, 2018).

Assim, neste estudo concretamente, e tendo em conta que este se realiza no próprio contexto de trabalho dos participantes, o efeito da desejabilidade social poderá ser mais

evidente pois está subjacente a todo um ambiente influenciador, dotado de valores desejáveis pela empresa, que o trabalhador deveria cumprir. Assim, é possível que os resultados obtidos na investigação a possam comprometer.

Somado a este fator, existem ainda níveis elevados de estigma direcionado às pessoas com consumos abusivos de bebidas alcoólicas. O abuso de álcool e o alcoolismo estão entre as perturbações mais estigmatizantes. Por sua vez, o estigma (pessoal e percebido) é considerado um obstáculo na procura de ajuda e por conseguinte, pode conduzir a um prolongamento do problema no tempo (Loureiro, 2013).

Aqui, acresce ainda uma visão que os clientes têm da empresa, pois é espectável, no caso dos motoristas, que não consumam bebidas alcoólicas pois transportam pessoas e poderiam colocar as suas vidas em risco, na eventualidade de ocorrer um acidente.

No sentido de minimizar o impacto da desejabilidade social, Mortel (2008) salienta algumas estratégias, tais como: rejeitar dados com altos scores de influência de desejabilidade social; registar o impacto da desejabilidade social mas não a controlar e corrigir os dados de sujeitos com altos scores de influência de desejabilidade social.

Até ao momento foram já relatadas algumas limitações do presente estudo, todavia, é de referir ainda que por ter sido utilizado um estudo de natureza quase-experimental, com apenas um único grupo e sem grupo de controlo, poderá ter limitado a investigação. Também se sugere que, em investigações futuras, a avaliação da intervenção se realize passado mais tempo (em vez dos 4 meses, prolongar-se por exemplo a 6 e 12 meses).

Idealmente aconselha-se a criação e uniformização de protocolos de intervenção específicos em meio laboral, pois intervenções deste tipo têm vantagens relativamente aos custos associados, ao curto espaço de tempo necessário, à sua implementação e ao menor número de profissionais necessários, em comparação com outras intervenções (Baby et al., 2020).

É visível a importância e necessidade do enfermeiro na literatura existente (Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Oliveira & Souza 2018). Por sua vez, o profissional mais capacitado para desenvolver este tipo de intervenções é o EESMP. O seu papel é imprescindível na realização destes protocolos, pois este profissional é dotado de “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, resultantes de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, p.21427). Presta cuidados de âmbito

socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, à família, grupos e à comunidade na otimização da saúde mental. Mais especificamente, detém a capacidade de coordenar, implementar e desenvolver projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

Como por exemplo, neste caso em concreto, a implementação de programas/ projetos de promoção da saúde mental em locais de trabalho, ao nível do consumo de substâncias psicoativas uma vez que é dotado da sensibilidade necessária para a criação de uma relação de ajuda e de seguimento no tempo.

CONCLUSÃO

Em meio laboral, o consumo de álcool pode apresentar-se como um fator influenciador para a diminuição do desempenho do trabalhador, aumentando o risco de acidentes, de erros, de atrasos, absentismo e podendo culminar no desemprego. Contudo, um ambiente de trabalho de grande esforço, stress, baixo salário, entre outros, pode eventualmente conduzir ao consumo de bebidas alcoólicas, na medida em que a pessoa procura nos efeitos do álcool uma forma de atenuar o sofrimento mental e a sobrecarga emocional.

Surge assim a elaboração do presente estudo, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o objetivo de avaliar se as IB são eficazes nos trabalhadores de um serviço de transportes urbanos, que possuam problemas ligados ao álcool e aqueles em risco de os virem a desenvolver.

Para a execução deste objetivo, foi utilizado um desenho de nível IV- estudos que verificam as hipóteses causais, de natureza quase-experimental, com avaliação antes e após com um único grupo. Foi implementado o protocolo SBIRT, sugerido pela OMS e pela DGS e adaptado de Barbor e Higgens-Biddle, 2001, sendo que este já foi testado em pesquisas anteriores, executadas na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O momento escolhido para a realização do presente estudo foi no mês de junho de 2019 com *follow-up* 4 meses após, ou seja, no mês de outubro de 2019. A amostra é composta maioritariamente por homens a exercerem funções no âmbito do setor dos agentes únicos de transportes coletivos: motoristas, no setor administrativo/financeiro e no setor de produção/manutenção.

A avaliação da eficácia da intervenção efetuou-se com a comparação entre o score inicial e o score final do instrumento AUDIT. Esta demonstrou um efeito positivo na redução do nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas nos trabalhadores de um serviço de transportes urbanos.

A diminuição no score total do AUDIT foi devido à existência de uma redução ao nível da frequência de consumo de bebidas que contêm álcool, uma redução da frequência de

consumo de 6 ou mais bebidas numa única ocasião, uma redução da quantidade de bebidas que contenham álcool, consumidas num dia normal, uma redução da frequência com que não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido, nos últimos 12 meses e a uma redução da frequência da preocupação por parte de um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde pelo seu consumo de álcool.

Importa realçar que alguns dos participantes do estudo indicaram que, após a intervenção, ganharam ou aumentaram os seus conhecimentos acerca dos níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas, das unidades padrão e ainda acerca dos danos causados pelo consumo de álcool, quer sejam eles somáticos/físicos, psicológicos ou relacionais, salientando a importância da intervenção.

Quanto às questões limitadoras/dificuldades na realização do estudo, podemos indicar alguma falta de disponibilidade por parte dos trabalhadores do serviço de transportes urbanos para a participação no estudo, culminando num número limitado de participantes, tornando a amostra pequena quando comparada com o número total de trabalhadores.

Este acontecimento deveu-se sobretudo à necessidade dos voluntários despendem tempo do seu intervalo ou tempo antes ou depois do turno de trabalho, para se dirigem ao posto médico. Ainda sim, e com estes constrangimentos, foi surpreendente a adesão por parte dos mesmos ao estudo e prosseguiu-se então com a avaliação da evolução destes quanto ao nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas.

Outras limitações como a inexistência de um grupo de controlo, o curto espaço de tempo desde a implementação da intervenção até à sua avaliação, o estigma e a desejabilidade social, são tidos como fatores influenciadores nos resultados da intervenção.

Sugere-se, futuramente, que sejam criados protocolos específicos de intervenção no meio laboral, fornecida a devida formação aos intervenientes da medicina no trabalho, uma vez que estes se apresentam como elementos fulcrais pois é-lhes possível manter uma continuidade nas suas avaliações, para além de que intervenções deste tipo têm ainda vantagens associadas aos custos, ao curto espaço de tempo necessário à sua implementação e ao menor número de profissionais necessários, em comparação com outras intervenções.

A realização da investigação neste contexto pretende também sensibilizar a empresa/trabalhadores para que pessoas com PLA possam considerar que a medicina no

trabalho é um local onde podem e devem referir com veracidade os seus consumos, sem risco de estigma e com garantia de confidencialidade perante a própria empresa.

Uma outra possível alternativa para a implementação deste tipo de protocolos no meio laboral é através da web/ online. Estudos sugerem vantagens, principalmente a nível de um maior número de participantes, contudo, a entrevista motivacional poderá ficar comprometida?

Em jeito de conclusão, pode-se afirmar que existiu um balanço positivo na realização deste estudo, culminado em ganhos em saúde para os participantes, apesar de algumas limitações já mencionadas. O meio laboral deve ser considerado um local de excelência para intervenção, pois grande parte do nosso tempo é passado a trabalhar. O local de trabalho deve ser um meio saudável, tranquilo e que estimule a saúde mental dos indivíduos, pois deste faz parte a população ativa, que é também a que menos acede aos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aliane, P. P. (2012). Avaliação da eficácia de intervenções breves com gestantes na redução do consumo de álcool. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/T.17.2012.tde-06032013-162719. Recuperado em 2021-02-26, de www.teses.usp.br
- Almiro, P. (2017). Uma nota sobre a Desejabilidade Social e o Enviesamento de Respostas. *Periódicos Eletrônicos em Psicologia*, 3(16). <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Porto Alegre: Artmed. https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. https://inebria.net/wp-content/uploads/2017/09/cg_1.pdf
- Andrade, A. G., & Oliveira, L. G. (2009). *Principais consequências em longo prazo relacionadas ao consumo moderado de álcool*. <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1333061365alcoolesuasconsequencias-pt-cap2.pdf>
- Autoridade para as Condições do Trabalho (2008). *Problemas Ligados ao Álcool e a Drogas no Local de Trabalho: uma evolução para a prevenção*. (Organização Internacional do Trabalho, Trad.). Lisboa, Portugal: Autor.
- Baby, S., Singh, H., Singh, R., Dixit, S., Chail, A., & Dubey, A. (2020). *Outcome of a “modified brief intervention” program delivered at work place for a population with hazardous alcohol use*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33223725/>
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief Intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67210/WHO_MSD_MSB_01.6b-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test*. Guidelines for Use in Primary Care (2ª ed.). Genebra, Suíça: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
- Barroso, T. (2020). *Entrevista Motivacional*. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 97-101). Lidel.
- Brites, R., Abreu, A., & Portela, L. (2019). Reduction of the alcohol consumption among workers using a brief intervention. Rio de Janeiro, Brasil. <https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/1980-265X-tce-28-e20180135.pdf>
- Brito, D., & Cardoso, M. (2020). *Padrões de consumo de Álcool associados a acidentes de trabalho em Portugal em 2017*. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 10, 1-30. <https://doi.org/10.31252.28.11.2020>
- Broholm, K., Galluzzo, L., Gandin, C., Ghirini, S., Ghiselli, A., Jones, L., Martire, S., Mongan, D., Montonen, M., Mäkelä, P., Rossi, L., Sarrazin, D., Scafato, E., Schumacher, J., & Steffens, R. (2016). *Good practice principles for low risk drinking guidelines*. National Institute for Health and Welfare. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131322/WP5%20Good%20practice%20ow%20risk%20guidelines.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chaves, M. (2014). Epistemologia da Enfermagem. *Teorias da Nova Geração: Afaf Meleis e Transições: Um conceito Central em Enfermagem*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Chick, N. & Meleis, A.I. (1986). *Transitions: a nursing concern*. In P. L. Chinn (Ed.). (1986). *Nursing research methodology*, (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication. <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Dasgupta, A., Ray, S., Pal, J., Biswas, R., Ray, D. & Ghosal A. (2013). Alcohol Consumption by workers in automobile repair shops of a slum of Kolkata: Na assessment with AUDIT instrument. *Nepal Journal of Epidemiology*, 3(3), 269-274. <https://doi.org/10.3126/nje.v3i3.9188>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Deteção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool*. Lisboa, Portugal: Autor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302012-de-28122012-png.aspx>

- Esgaio, T. M. G., & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). *Screening e intervenções breves na redução do consumo de álcool em utentes num serviço de urgência. Revista de Enfermagem Referência, 4(17), 85-94.* <https://doi.org/10.12707/RIV17110>
- Felicíssimo, F. B., Barros, V. V., Pereira, S. M., Rocha, N. Q., & Lourenço, L. M. (2014). A systematic review of the transtheoretical model of behaviour change and alcohol use. *Psychologica, 57(1), 7-22.* http://doi.org/10.14195/1647-8606_57_1_1
- Ferreira, M. L., Albertoni, M. R., Silva, N. B., & Sartes, L. M.,A. (2016). Avaliação da Efetividade da Intervenção Breve para a Prevenção do Uso de Álcool no Trabalho. *Psicologia em Pesquisa, 10(1), 34-43.* <https://doi.org/10.24879/201600100010045>
- Hamamura, T., Suganuma, S., Takano., A., Matsumoto, T., & Shimoyama, H. (2018). The efficacy of a web-based screening and brief intervention for reducing alcohol consumption among japanese problema drinkers: Protocol for a single-blind randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols, 7(5): e10650.* <https://doi.org/10.2196/10650>
- Hermansson, U., Helander, A., Brandt, L., Huss, A., & Rönnerberg, S. (2010). Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-Year Randomized Controlled Study. *Alcohol and Alcoholism, 45(3), 252-257.* <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq021>
- Jorge, F. M., Moreira, M. T., Pereira, M. O. & Barroso, T. M. M. D. A. (2017). Intervenções breves na redução do consumo de álcool em utentes de uma unidade de saúde familiar. *Revista de Enfermagem Referência, 4(14), 79-88.* <https://doi.org/10.12707/RIV17037>
- Joseph, J. & Basu, D. (2016). Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful Alcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Alcohol and Alcoholism, 52(1), 56-64.* <https://doi.org/10.1093/alcalc/agw054>
- Khadjesari, Z., Freemantle, N., Linke, S., Hunter, R., & Murray, E. (2014). Health on the web: randomized controlled trial of online screening and brief alcohol intervention delivered in a workplace setting. *PLOS ONE, 10(4): e0127371.* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127371>

- Loureiro, L. M. J. (2013). Estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e intenção de procura de ajuda. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 59-66. <https://doi.org/10.12707/RIII1360>
- Machado, Í. E., Monteiro, M. G., Malta, D. C., Lana, F. C. F. (2017). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre o uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(20), 408-422. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030005>
- McPherson, T., Goplerud, E., Derr, D., Mickenberg, J., & Coutthemarche, S. (2010). Telephonic screening and brief intervention for alcohol misuse among workers contacting the employee assistance program: A feasibility study. *Drug and Alcohol Review*, 9(6), 641-646. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00249.x>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Minto, E. C., Corradi-Webster, C. M., Gorayeb, R., Laprega, M. R., & Furtado, E. F. (2007). Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16(3), 207-220. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000300007>
- Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 4(25), 40-48. Recuperado de https://www.ajan.com.au/archive/Vol25/Vol_25-4_vandeMortel.pdf
- Oliveira, J. L. & Souza, J. (2018). Fatores associados ao consumo de álcool entre trabalhadores públicos da manutenção. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 17-24. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800004>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. (I. Aguado, Trad.). Madrid, Espanha: Ministerio de Sanidad Y Consumo. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf?ua=1
- Patrício, S. M., Finnell, D. S., & Barroso, T. (2016). Efeito das intervenções breves na redução do consumo de álcool em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência

- humana. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 41-49. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16052>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS*. 5ª Edição. Lisboa: Edições Silabo.
- Peters M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: E. Aromataris & Z. Munn (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinto, P. S. (2018). *Os dias da história: Fim da “Lei Seca” nos EUA*. <https://ensina.rtp.pt/artigo/fim-da-lei-seca-nos-eua/>
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República n.º 151/2018 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Richmond, R., Kehoe, L., Heather, N., & Wodak, A. (2000) Evaluation of a Workplace Brief Intervention for Excessive Alcohol Consumption: The Workscreen Project. *Preventive Medicine*, 30(1), 51-63. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0587>
- Rosa, N. R. P., Abreu, A. M. M. & Barroso, T. (2015). Effect of brief interventions in reducing hazardous alcohol consumption in users receiving methadone treatment. https://www.researchgate.net/publication/296705536_Effect_of_brief_interventions_in_reducing_hazardous_alcohol_consumption_in_users_receiving_methadone_treatment.
- Scheffer, M., & Almeida, R. (2010). Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamentos impulsivos, aspectos cognitivos e neuroquímicos. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 2(3), 1-11. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnl/v2n3/v2n3a01.pdf>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2002). *Rede de referência/articulação: AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test*. https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalhe.aspx?itemId=2&lista=SICAD_INSTRUMENTOS&bkUrl=/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducacao_CAD_2013-2020.pdf

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014). *Segurança e Saúde do Trabalho e Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas: Linhas Orientadoras para a Intervenção em Meio Laboral*. http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Lists/SICAD_DO_CUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/19/SICAD%20-%20LinhasOrientadorasParaIntervencaoEmMeioLaboral.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019). *Relatório anual 2018: A Situação do País em Matéria de Álcool*. http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/161/RelatorioAnual_2018_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf
- Valente, J. (2014). *Perturbações relacionadas com o álcool*. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Eds.). *Psiquiatria Fundamental* (pp. 367-383). Lidel.
- Watson, H., Godfrey, C., McFadyen, A., McArthur, K., Stevenson, M., & Holloway, A. (2014). Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce alcohol-related harm: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.013>
- World Health Organization (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Genebra, Suíça: Autor. https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
- World Health Organization (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Genebra, Suíça: Autor. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- Zagonel, I. P. S. (1999). *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem*. *Revista latino-americana enfermagem*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3). 25-32. <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Análise dos estudos

Análise dos estudos

Estudo 1

Título/Autor/ Ano/ País	Objeti vos	Particip antes	Metodologia	Resultados	Palavras- chave
<p>Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-Year Randomized Controlled Study (Ulric Hermansson; Anders Helander; Lena Brandt; Anders Huss and Sten Rönnerberg, 2010)</p> <p>-Suécia</p>	<p>Avaliar a eficácia das IB num padrão de consumo de bebidas alcoólicas de risco e nocivo, no período de 12 meses após uma triagem voluntária.</p>	<p>Funcionários de uma empresa de transportes que se apresentam ao serviço de saúde ocupacional para um check-up de rotina de saúde e estilos de vida (n=194).</p>	<p>Durante um período de 4 anos (1997-2001), todos os trabalhadores que acedessem ao serviço de saúde ocupacional para um check-up, seriam convidados a realizar uma triagem voluntária relativa ao seu consumo de álcool, com um possível acompanhamento em sessão e follow-up 12 meses depois.</p> <p>As sessões de triagem e follow-up seriam idênticas (aplicando o AUDIT e colhido sangue para análise de biomarcadores: a GGT e CDT).</p> <p>Após a sessão de triagem, apenas os trabalhadores que possuísem os critérios de inclusão (score AUDIT >8 e/ou prova de biomarcadores positivos) passariam à fase seguinte, sendo que, seriam alocados, aleatoriamente, a um dos seguintes grupos: de controlo, de IB ou de intervenção abrangente (oferecida a escolha de uma de três sessões: IB ou uma recordação sistemática do consumo de álcool nos últimos 14 dias, sendo utilizada uma entrevista de acompanhamento de linha do tempo ou a auto-monitorização e registo diário das bebidas alcoólicas consumidas ao longo de 4 semanas).</p> <p>As intervenções seriam realizadas pelos profissionais de saúde da medicina ocupacional, sendo fornecida formação prévia na área.</p>	<p>Do total de participantes na triagem (n=990), apenas os que preenchiam os critérios de inclusão passaram à fase seguinte (n=194). Aleatoriamente foram alocados no grupo de controlo (n=70), no grupo de IB (n=58) ou no grupo de intervenção abrangente (n=66) e realizadas as respectivas intervenções. No follow-up realizado 12 meses após a triagem inicial, participaram um total de 158 funcionários da empresa.</p> <p>No follow-up foi possível observar que todos os participantes dos 3 grupos de estudo reduziram o score do AUDIT e também os níveis dos biomarcadores. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos de intervenção e o grupo de controlo, em relação ao AUDIT ou aos biomarcadores.</p> <p>Não foi possível verificar se a IB ou a intervenção abrangente resultaria num consumo reduzido de álcool em comparação com o grupo de controlo, nem houve qualquer diferença significativa no resultado entre os dois grupos de intervenção. Uma razão para a falta de diferença entre os grupos de intervenção pode ser que a maioria indivíduos alocados para intervenção abrangente escolheram participar apenas da primeira sessão, e assim foi essencialmente idêntico a uma IB.</p> <p>Os resultados do estudo sugerem que uma triagem do padrão de consumo de álcool e IB realizada em conjunto com um exame de rotina de saúde e estilo de vida no local de trabalho pode ser eficaz na redução do consumo de álcool.</p> <p>Dado que não houve diferenças marcantes no resultado entre os grupos de intervenção e o grupo de controle, esta é uma indicação adicional de que a triagem de álcool pode, por si só, iniciar uma redução no consumo de álcool.</p>	<p>Brief Intervention; Alcohol; Workplace</p>

Estudo 2

Título/Autor/A no/ País	Objetivos	Participantes	Metodologia	Resultados	Palavras-chave
<p>Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce alcohol-related harm: A pilot randomized controlled trial (Hazel Watson, Christine Godfrey, Angus McFadyen, Katherine McArthur, Marisa Stevenson, Aisha Holloway, 2014)</p> <p>-Reino Unido</p>	<p>Explorar a viabilidade e a relação custo-benefício da triagem e implementação de IB em funcionários com consumo nocivo de álcool.</p> <p>Fornecer dados sobre o cálculo da amostra necessária para um estudo controlado randomizado e para determinar a viabilidade de conduzir tal investigação.</p>	<p>Funcionários de um conselho de autoridade local, no Reino Unido (No início do estudo empregava 7522 pessoas em quatro denominações de serviços: Serviços Corporativos, Serviços Educacionais, Serviços Sociais e Serviços Imobiliários).</p>	<p>Foram convidados a participar 1514 funcionários (sendo que este valor foi previamente calculado, na tentativa de prever uma amostra de 63 pessoas com consumos de risco). Foi enviada carta a explicar o propósito e a natureza do estudo + questionário sobre estilos de vida + AUDIT + instruções de como preencher e devolver.</p> <p>Os que demonstraram um consumo nocivo de álcool, foram convidados (por carta) a participar no estudo. Para os restantes (sem consumo nocivo), foram respondidas às questões levantadas, relacionadas com os estilos de vida, bem como realizados ensinamentos acerca de algumas temáticas, via carta.</p> <p>Os trabalhadores que aceitaram participar no estudo, foram aleatoriamente colocados num grupo de controlo (tratamento standard, n=29) ou num grupo de IB (tratamento standard + IB, n=26).</p> <p>As IB foram realizadas pelo enfermeiro de saúde ocupacional (previamente treinado para realizar as mesmas), promovendo a mudança de comportamento, baseando-se no modelo FRAMES (Feedback, Responsabilidade, Conselho, Menu de opções, Empatia, Autoeficácia) e na teoria da mudança.</p> <p>Foi ainda aplicado a ambos os grupos o instrumento EQ-5D que avalia a qualidade de vida através de indicadores como a mobilidade, os cuidados pessoais, as atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão.</p>	<p>Participaram no estudo (após triagem inicial e aceitação) 55 trabalhadores: dos quais 26 fizeram parte do grupo de tratamento standard + IB e 29 fizeram parte do grupo de controlo, apenas com tratamento standard. Existiu follow-up 6 meses depois.</p> <p>Os principais resultados sugerem que a implementação de IB no local de trabalho têm o potencial de reduzir danos provocados pelo álcool, bem como economizar recursos.</p> <p>A análise dos dados pré e pós-teste demonstrou que os funcionários do grupo que foi submetido a IB relataram reduções maiores do que os do grupo de controlo, relativamente ao nº de bebidas consumidas em 24 horas, bem como a redução do nº de dias a beber por semana e ainda a redução do nº de bebidas por semana.</p> <p>O estudo demonstrou ainda que os funcionários do grupo de IB relataram menos dias de uso de serviços hospitalares e cuidados primários do que no início do estudo, contrastando com o grupo de controlo, cujo uso pós-teste aumentou.</p> <p>O segundo objetivo do estudo foi cumprido, demonstrando que é viável a realização de um estudo controlado randomizado no contexto laboral e fornece ainda dados para calcular o tamanho da amostra necessário.</p>	<p>Alcohol consumption Workplace Screening Brief interventions Feasibility Pilot study: Randomised controlled trial</p>

Estudo 3

Título/Autor/A no/ País	Objetivos	Participantes	Metodologia	Resultados	Palavras -chave
<p>Reduction of the alcohol consumption among workers Using a brief intervention</p> <p>(Brites, R., Abreu, A., Portela, L., 2019). -Brasil</p>	<p>Analisar o efeito das IB na redução do padrão de consumo de álcool entre trabalhadores, na perspectiva da saúde do trabalhador.</p>	<p>Trabalhadores da universidade e atendimento na Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalho (CPST).</p>	<p>Foi realizado um estudo quase-experimental, não-randomizado, no período entre outubro e dezembro de 2016, na CPST, numa universidade pública do rio de janeiro, utilizando a caderneta de saúde do trabalhador.</p> <p>O estudo envolveu 100 questões relacionadas com saúde e qualidade de vida em geral + aplicação do AUDIT, sendo realizado pela pesquisadora.</p> <p>Mediante score do AUDIT, os participantes poderiam ser incluídos num grupo com um padrão de consumo de baixo risco (<8 no score), consumo de risco (entre 8 e 15), consumo nocivo (entre 16 e 19) e provável dependência (> 20).</p> <p>Aos participantes com consumo de baixo risco seria apenas fornecido feedback do resultado e oferecido flyer informativo.</p> <p>Os participantes com consumo de risco e nocivo, seriam contactados via e-mail ou telegrama para comparecerem na CPST, com dia e hora marcada para realização entrevista motivacional associada à IB .</p> <p>Seriam realizadas 3 sessões de IB, com intervalo de 1 semana, onde se abordaria temáticas como os benefícios de reduzir o consumo de álcool; quais as situações que poderiam levar ao consumo e como lidar/evitar essas situações; incentivar a abstinência.</p> <p>3 meses depois da ultima sessão, realizar-se-ia o follow-up, replicando-se o AUDIT.</p>	<p>Inicialmente efectuada triagem através do AUDIT a 316 pessoas, sendo que constituíram amostra 36 trabalhadores (seleccionados segundo score do AUDIT: com 8 ou mais pontos). Os restantes 280 não incluídos na amostra faziam parte de um padrão de consumo de álcool de baixo risco.</p> <p>Após 3 meses da aplicação das IB, os scores do AUDIT diminuíram, ou seja, existiu uma redução no padrão de consumo (sendo que 6 pessoas não compareceram ao follow-up, portanto, n=30).</p> <p>A variável que mais diminuiu foi a frequência de consumo de álcool, de seguida, diminuiu a frequência de consumo de 5 ou mais bebidas numa única ocasião, diminuiu também a quantidade consumida. A média em relação ao sentimento de culpa ou remorso após beber foi reduzida e a incapacidade de lembrar o que aconteceu devido aos efeitos do álcool, também diminuiu.</p> <p>Os resultados estudo demonstram que as IB associadas à entrevista motivacional, contribuíram positivamente para a redução do padrão de consumo de álcool nos trabalhadores.</p>	<p>Alcoholism. Workers. Occupational health. Motivational interviewing. Primary health care.</p>

Estudo 4

Título/Autor/A no/ País	Objetivos	Participantes	Metodologia	Resultados	Palavras-chave
<p>Evaluation of a Workplace Brief Intervention for Excessive Alcohol Consumption: The Workscreen Project</p> <p>(Robyn Richmond, Linda Kehoe, M, Nick Heather, and Alex Wodak, 2000)</p> <p>-Austrália</p>	<p>Avaliar os efeitos de uma intervenção nos estilos de vida no local de trabalho para reduzir o consumo excessivo de álcool</p>	<p>- Trabalhadores de uma empresa de correios na Austrália.</p>	<p>O estudo foi inicialmente promovido na empresa(em vários postos de trabalho da empresa) através de flyers, posters, placars de informação para aumentar a adesão dos funcionários.</p> <p>Numa 1ª fase existiu uma triagem-base, executada em todos os locais de trabalho onde foi aplicado o questionário de saúde e condição física (contem itens como o exercício físico, peso, o uso do tabaco e do álcool). Foram ainda criados 7 “<i>focus groups</i>” (com trabalhadores do grupo experimental e do grupo de controlo) para determinar atitudes em relação ao consumo excessivo de álcool no local de trabalho; avaliar opiniões sobre políticas e programas de álcool no local de trabalho; identificar rotinas e estruturas de trabalho que podem influenciar o consumo de álcool; identificar como a vida profissional influencia o consumo de álcool dos funcionários durante e após o trabalho; e identificar barreiras à participação nas intervenções.</p> <p>Numa 2ª fase implementou-se uma “campanha de estilos de vida” (dirigida apenas ao grupo experimental, durante 4 semanas) que consistia em 3 componentes principais: uma ampla campanha de promoção da saúde para aumentar a conscientização e aumentar a participação, avaliação individual da saúde dos funcionários e IB (aplicadas com os seguintes critérios: homens que consomem mais de 28 bebidas por semana ou mais de 8 bebidas consecutivas em duas ou mais ocasiões em 1 mês; e mulheres que bebam mais de 14 bebidas por semana ou mais de 6 bebidas consecutivas em duas ou mais ocasiões em 1 mês. Aos consumidores excessivos era-lhe pedido para responder ao “<i>Alcohol Dependence Data Questionnaire</i>” e os trabalhadores considerados consumidores excessivos com dependência baixa ou moderada e aqueles classificados como consumidores compulsivos receberam a intervenção breve).</p> <p>Numa 3ª fase (10 meses depois da triagem-base) ocorreu o <i>follow-up</i>, cujo objetivo era registrar os níveis de consumo de álcool e outros hábitos de vida de alto risco entre os funcionários das oito redes postais, como realizado na fase 1.</p>	<p>Na fase de triagem do consumo de álcool, 72 trabalhadores foram identificados com um consumo de álcool regular, excessivo e/ou “<i>binge</i>”. Desses 72, 46 continuaram o estudo e participaram na fase 2 e na fase 3.</p> <p>Não foram encontradas diferenças significativas no consumo de álcool dessas pessoas que continuaram e também não se sabe se os que mais consumiam foram os que deixaram de participar no estudo.</p> <p>Relativamente ao numero de bebidas consumidas por semana, as mulheres do grupo experimental (comparando a triagem com o follow-up) este diminuiu quando comparado com o grupo de controlo. Com os homens aconteceu o mesmo (diminuição do numero de bebidas por semana no grupo experimental quando comparado com o grupo de controlo), contudo, não estatisticamente significativo.</p>	<p>workplace; worksite; health promotion; alcohol intervention</p>

Estudo 5

Título/Autor/ Ano/ País	Objetivos	Participantes	Metodologia	Resultados	Palavras-chave
<p>Outcome of a “modified brief intervention” program delivered at work place for a population with hazardous alcohol use</p> <p>(Sojan Baby, Harpreet Singh, Ranveer Singh, Siddharth Dixit, Amit Chail, Amresh Dubey, 2020)</p> <p>-Índia</p>	<p>Avaliar a viabilidade e o resultado de um programa de intervenção breve realizado num local de trabalho, em ambiente de grupo, para consumidores com um consumo perigoso de álcool.</p>	<p>-Grupo de participantes identificados com um consumo nocivo de álcool, num determinado local de trabalho.</p>	<p>O estudo foi realizado por 3 membros de uma equipa de saúde mental e psiquiatria, de Setembro de 2017 até Abril de 2018, sendo este, um pré e pós-intervenção sem grupo de controlo.</p> <p><u>Primeira etapa:</u> sessão de Psicoeducação de 30 minutos, para explicar a importância e a natureza do estudo, a garantia de sigilo, os direitos pessoais do grupo, bem como a participação voluntária no estudo. Foi ainda obtido um consentimento informado, antes da triagem. Posteriormente, foi aplicado o questionário ASSIST. De seguida, os indivíduos com triagem positiva foram informados sobre o seu problema de forma confidencial. A sua disponibilidade, bem como a preparação para as seguintes intervenções foram confirmadas e o consentimento para a segunda etapa, obtido.</p> <p><u>Segunda etapa:</u> os participantes com triagem positiva e que aceitaram participar no estudo, foram organizados num grupo, no seu local de trabalho. Posteriormente, 2 sessões semiestruturadas (com duração de 1 hora cada uma), foram realizadas. A primeira sessão teve como objetivo aumentar a motivação dos participantes, bem como colher dados acerca do seu consumo de álcool actual. A segunda sessão focou-se na prevenção de recaídas. As duas sessões foram realizadas com 1 mês de intervalo. Os participantes foram incentivados a solicitar esclarecimento/aconselhamento em qualquer momento da sessão.</p> <p><u>Terceira etapa:</u> Avaliação dos resultados obtidos, após 3 meses da realização da última sessão de intervenção, através de uma reaplicação do ASSIST.</p>	<p>-106 pessoas aceitaram fazer parte do estudo, sendo que apenas 90 o completaram. -55,56% dos participantes ficaram abstinentes e 24,44% reduziram significativamente a quantidade e a frequência do consumo de álcool; -50% dos participantes mantiveram um consumo de álcool em ocasião de festa; -A quantidade média de álcool consumido antes da IB era de 93 ml, sendo que após a IB passou a ser de 38,67 ml (estatisticamente significativa); -A média da quantidade máxima de álcool consumida antes da IB era de 172 ml, sendo que após a mesma, passou a ser de 65,33 ml (estatisticamente significativa); -O número médio de dias de consumo de álcool, num mês, antes da IB era de 4,79 dias, sendo que após a mesma, passou a ser de 1,62 dias (estatisticamente significativa); -A pontuação média do ASSIST - álcool o subtipo antes da IB era de 17,68, sendo que após a mesma, passou a ser de 6,56, (altamente significativa); -60% dos participantes relataram a falta de conhecimento acerca dos danos causados pelo consumo de álcool, antes de receberem a IB, enfatizando a importância da intervenção; -A maioria dos participantes desconhecia as unidades padrão de álcool, os limites de baixo risco de consumo, o padrão de uso de risco/nocivo, bem como as complicações médicas, psiquiátricas e sociais resultantes do aumento do consumo de álcool.</p> <p>-O fato deste estudo ter sido realizado no local de trabalho, sem grandes custos envolvidos, sendo realizado num curto espaço de tempo e com menor número de profissionais, aponta para a necessidade de intervenções mais regulares e aprimoradas. Após uma breve formação em IB, qualquer profissional de saúde a poderá realizar, o que irá ampliar o seu alcance e os seus benefícios.</p>	<p>- ASSIST, brief intervention, hazardous alcohol use, secondary prevention</p>

Estudo 6

Título/Autor/Ano/ País	Objetivos	Participantes	Metodologia	Resultados	Palavras-chave
<p>Evaluation of the Effectiveness of Brief Intervention for Alcohol Related Disorders Prevention in the Workplace</p> <p>(Maira Leon Ferreira; Maiara Rosa Albertoni; Nayara Baptista Silva; Laisa Marcorela Andreoli Sartes, 2016)</p> <p>-Brasil</p>	<p>Avaliar a efetividade e os efeitos da IB realizada no ambiente de trabalho, numa empresa de metalúrgica.</p>	<p>- Funcionários de uma empresa de metalúrgica.</p>	<p>Estudo do tipo randomizado não controlado, de natureza quantitativa. Inicialmente, os possíveis participantes, assinaram um termo de consentimento para a sua participação no estudo e de seguida, foi realizada uma triagem: aplicado um questionário sociodemográfico, o AUDIT (para avaliar o padrão de consumo de álcool) e ainda o instrumento “<i>University of Rhode Island Change</i>” –URICA (finalidade de avaliar o estágio de motivação para a mudança em que a pessoa se encontrava, e este só foi aplicado aos participantes com consumos de risco e/ou nocivo de bebidas alcoólicas).</p> <p>Mediante score do AUDIT, existiram intervenções diferentes:</p> <p>-<u>consumo de baixo risco</u>: “<i>Educação para o álcool</i>”: incentivar o indivíduo a manter seu consumo de baixo risco.</p> <p>-<u>consumo de risco e consumo nocivo</u>: aleatoriamente distribuídos para o Grupo Feedback e Panfletos (1) ou para o Grupo IB (2).</p> <p>Grupo 1: Receberam <i>feedback</i> sobre a pontuação do AUDIT e um panfleto sobre o uso de álcool.</p> <p>Grupo 2: <i>Feedback</i> do AUDIT, panfleto informativo e ainda IB (utilizando os princípios da FRAMES).</p> <p>As IB: englobaram o <i>feedback</i> sobre a pontuação do AUDIT, a responsabilização, a balança decisional, informações sobre o álcool, identificação de crenças, opções e encorajamento. Os funcionários que participaram nos grupos 1 e 2 foram contactados após 3 meses, via telefone, para follow-up (aplicação do AUDIT, questionamento nº de bebidas consumidas e URICA).</p> <p>-<u>dependência</u>: encaminhados para tratamento especializado, conforme o interesse do participante.</p>	<p>O processo de recrutamento, triagem, aplicação das IB e <i>follow-up</i>, teve uma duração de 6 meses (18/03/2014 a 25/08/2014). Dos 120 funcionários convidados a participar no estudo, apenas 104 preencheram os critérios de inclusão. - Participantes com consumo de <u>baixo risco</u> (n=78); -Participantes com um consumo de <u>risco e/ou nocivo</u> (n=22), foram divididos em Grupo 1(n=7) e Grupo 2(n=15), sendo que todos eles participaram no <i>follow-up</i> via telefone ou presencialmente; - Participantes com <u>dependência</u> (n=4).</p> <p><u>Comparação pré e pós IB</u>: o grupo 2 reduziu o padrão de consumo de álcool em todas as medidas quando comparamos as avaliações feitas antes e depois das IB. Por outro lado, no grupo 1 não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das avaliações. A média do padrão de consumo no AUDIT no grupo 1 foi de 11 pontos antes da intervenção, passando para 7,1 pontos após a intervenção, porém esta diferença não foi significativa. O grupo 2 passou de 11,5 pontos no AUDIT para 6,6 pontos, após IB, que indica uma tendência para a redução no padrão de nocivo para baixo risco.</p> <p>-Quanto à quantidade de bebidas consumidas num dia normal, houve uma redução na quantidade destas, após a IB. O grupo 1 apresentou a média de 3,0 bebidas antes da intervenção passando para 2,1 após 3 meses da intervenção e o grupo 2, com IB, teve uma média de 3,1 bebidas antes da IB e 1,0 no <i>follow up</i>.</p> <p>-Em relação ao nº de bebidas consumidas ao fim-de-semana, o grupo 1 tinha uma média de 14,5 bebidas na linha de base passando para 5,4 no <i>follow up</i>. No entanto, não se mostrou estatisticamente significativa. No grupo 2 as médias foram de 12,1 bebidas antes da aplicação da IB e 5,1 no <i>follow up</i>, sendo estatisticamente significativas.</p> <p>-Em relação à quantidade de bebidas consumidas durante a semana, o grupo 1 bebia cerca de 1,8 bebidas, passando para 0,1 (diferença não estatisticamente significativa). O grupo 2 relatou um consumo de 3,3 bebidas antes da IB, passando para zero após a IB. Comparando os grupos 1 e 2 as diferenças não se mostraram significativas.</p>	<p>Brief psychotherapy; alcohol-related disorders; workplace; effectiveness</p>

APÊNDICE II

Questionário sobre comportamentos de saúde



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO: _____

Sexo: M F

Idade: _____

Escolaridade: _____ ° ano

Com quem vive?

Família

Sozinho(a)

Amigos

• **Problemas de saúde/ Medicação:**

• **Avaliação de T.A.:** ____ / ____ mmHg

• **Avaliação da Glicémia Capilar :** ____ mg/dl / Horas: __h__ / Jejum? Sim Não

• **Avaliação estato-ponderal**

Peso _____ Kg

Altura _____ m

IMC: _____ Kg/ m²

1. Alimentação

- Quantas refeições faz por dia? _____
- Como avalia a sua alimentação? _____
- Hábitos intestinais: ____ Vezes/dia

2. Exercício Físico

- Pratica exercício físico? Sim Não
- Modalidade _____
- Frequência _____

3. Sono

- Considera que dorme bem/ o suficiente? _____
- Quantas horas dorme por dia? ____h; Dorme de noite ou de dia? ____
- A reparação do organismo é igual dormindo de dia ou de noite? ____
- Tem dificuldades em induzir o sono? ____ Utiliza indutores do sono/estratégias? ____
- Realiza períodos de descanso entre turnos? ____ De quantas horas? _____



4. Consumo de Substâncias

- **Fuma tabaco?** Sim Não
 - Se sim, quantos cigarros fuma por dia? 1 a 4 5 a 10 + 10
 - Há quanto tempo fuma? 1 mês a 1 ano 1 a 5 anos + 5 anos
 - Já alguma vez pensou em deixar de fumar? Sim Não

- **Já alguma vez consumiu alguma das seguintes substâncias?**

	Sim	Não
i. Haxixe, erva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Estimulantes, (anfetaminas, pastilhas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. Heroína, ópio, “crack”, morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv. Medicação usada como droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi. Outra	<input type="checkbox"/>	Qual? _____

Se sim, actualmente mantém o consumo dessa substância? Sim Não

Se sim, com que frequência consome? _____

Considera-se uma pessoa saudável?

Bastante saudável Saudável Pouco saudável

Há alguma questão que me queira colocar acerca da sua saúde?

Obrigada pela sua atenção!



AUDIT

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 tarefas que habitualmente lhe exigem 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 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 causa de 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 alguém ficou ferido por você ter bebido?**
 0. Não
 1. Sim, mas não nos últimos 12 meses
 2. Sim, aconteceu 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 consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?**
 0. Não
 1. Sim, mas não nos últimos 12 meses
 2. Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
 4. Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

➤ **Somatório das 10 questões:**

1ª Avaliação Nível de risco ____ Data ____/____/____

2ª Avaliação Nível de risco ____ Data ____/____/____

APÊNDICE III

Autorização de realização do estudo nos trabalhadores de um serviço de transportes urbanos

Autorização de realização do estudo nos trabalhadores de um serviço de transportes urbanos

Responder Responder a Todos Reencaminhar X Lixo Fechar

Autorização de realização de estudo no âmbito do Mestrado da Escola Sup de Enfermagem

Enviado: 19 de junho de 2020 16:24

Para: liciateixeira93@hotmail.com

Boa tarde Lícia,

Espero que esteja tudo a correr bem consigo.

Só há uns dias obtive resposta ao seu pedido, mas não me autorizam a enviar a cópia da Deliberação por ser um documento interno.

Mas foi sugerido que lhe enviasse a seguinte informação:

O estudo de investigação em hábitos de saúde – intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores [redacted], da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito da tese de Mestrado da Enf. Lícia Teixeira, foi autorizado pelo Conselho de Administração dos Serviços [redacted] de Transportes Urbanos [redacted] em Deliberação n.º 5665, de 20/05/2019, com n.º de processo 2019/800.20.001/1.

Espero que ainda seja atempado este envio, pedindo desculpa pelo atraso na resposta.

Um beijinho e tudo de bom!

[redacted]

APÊNDICE IV

Apreciação da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer N.º P574/04-2019

Título do Projecto: Intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores de uma empresa, em Coimbra.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Lúcia Maria Batista Teixeira

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof.ª Doutora Tereza Maria M. D. de A. Barroso

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

Integrado em Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a proponente apresenta estudo com os objetivos de "1- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores de uma instituição..., da área geográfica de Coimbra; 2- Identificar o nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas dos mesmos; 3- Identificar novamente o nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas, 4 meses após a realização de intervenções breves."

O estudo é justificado com o facto de o álcool se encontrar " ...entre os cinco principais fatores de risco para a saúde, deficiência e morte em todo o mundo, sendo um importante fator de influenciador em mais de 200 doenças, como neoplasias, doenças hepáticas, doenças gastrointestinais, depressão, entre outras (World Health Organization, 2014)."

O estudo é definido metodologicamente como "... de nível IV- estudos que verificam as hipóteses causais, tratando-se de um estudo preditivo e explicativo, tendo como objetivos prever uma relação causal entre os fenómenos. Será um estudo quase-experimental, com um único grupo. A variável dependente será o consumo de bebidas alcoólicas e a variável independente serão as intervenções breves."

Os participantes são "... trabalhadores de oficinas, da área geográfica abrangente pela Unidade de Saúde Familiar Norton de Matos."

A recolha, codificação e tratamento dos dados serão efetuados pela proponente.

No documento submetido:

- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada das participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos para os participantes existindo eventuais ganhos pela deteção e encaminhamento nas situações de risco identificadas.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado. No entanto, o presente parecer não dispensa a autorização da(s) instituição(ões) onde serão recolhidos os dados.

O relator: _____

Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 22/05/2019 O Presidente da Comissão de Ética: _____

Nauro Honório Botelho

APÊNDICE V

Cartão a preencher com os valores obtidos da intervenção

Projeto Saúde sem Reservas



Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Tensão Arterial: ___/___ mmHg
Frequência Cardíaca: ___ bpm
Glicémia Capilar: ___ mg/dL
Peso: ___ kg
IMC: ___ kg/m²

A Saúde Mental compreende o pensamento,
as emoções e o funcionamento das
pessoas.

**NÃO EXISTE SAÚDE FÍSICA SEM
SAÚDE MENTAL!**



Caso tenha alguma alteração ou se apenas precisa de falar, recorra
à ajuda profissional qualificada.

Posto médico

Projeto Saúde sem Reservas



Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Tensão Arterial: ___/___ mmHg
Frequência Cardíaca: ___ bpm
Glicémia Capilar: ___ mg/dL
Peso: ___ kg
IMC: ___ kg/m²

A Saúde Mental compreende o pensamento,
as emoções e o funcionamento das
pessoas.

**NÃO EXISTE SAÚDE FÍSICA SEM
SAÚDE MENTAL!**



Caso tenha alguma alteração ou se apenas precisa de falar, recorra
à ajuda profissional qualificada.

Posto médico

Projeto Saúde sem Reservas



Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Tensão Arterial: ___/___ mmHg
Frequência Cardíaca: ___ bpm
Glicémia Capilar: ___ mg/dL
Peso: ___ kg
IMC: ___ kg/m²

A Saúde Mental compreende o pensamento,
as emoções e o funcionamento das
pessoas.

**NÃO EXISTE SAÚDE FÍSICA SEM
SAÚDE MENTAL!**



Caso tenha alguma alteração ou se apenas precisa de falar, recorra
à ajuda profissional qualificada.

Posto médico

Projeto Saúde sem Reservas



Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Tensão Arterial: ___/___ mmHg
Frequência Cardíaca: ___ bpm
Glicémia Capilar: ___ mg/dL
Peso: ___ kg
IMC: ___ kg/m²

A Saúde Mental compreende o pensamento,
as emoções e o funcionamento das
pessoas.

**NÃO EXISTE SAÚDE FÍSICA SEM
SAÚDE MENTAL!**



Caso tenha alguma alteração ou se apenas precisa de falar, recorra
à ajuda profissional qualificada.

Posto médico

APÊNDICE VI

Guiões das intervenções a realizar

APÊNDICE VII

Álcool e limites

Álcool e Limites

Condutor	Taxa de Álcool no Sangue	Contra-ordenação	Penalização
Regime probatório e condutores profissionais	0,20 g/L até 0,49 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,50 g/L até 0,79 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
Regime probatório e condutores profissionais	0,50 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,80 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
Todos	≥1,20 g/L	Crime	Pena de prisão até 1 ano ou pena de multa até 120 dias + Inibição de Conduzir entre 3 a 36 meses + Perda de 6 pontos na carta.



TAXA DE ALCOOL NO SANGUE

$$TAS = Q/(P \times K)$$

- Q – Quantidade de álcool ingerido, em gramas.
 2 bebidas = 20g
 P – Peso do indivíduo em Kg.
 K – Constante:
 - 1,1 se o consumo for à refeição;
 - 0,7 homem em jejum;
 - 0,6 mulher em jejum.



Álcool e Limites

Condutor	Taxa de Álcool no Sangue	Contra-ordenação	Penalização
Regime probatório e condutores profissionais	0,20 g/L até 0,49 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,50 g/L até 0,79 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
Regime probatório e condutores profissionais	0,50 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,80 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
Todos	≥1,20 g/L	Crime	Pena de prisão até 1 ano ou pena de multa até 120 dias + Inibição de Conduzir entre 3 a 36 meses + Perda de 6 pontos na carta.



TAXA DE ALCOOL NO SANGUE

$$TAS = Q/(P \times K)$$

- Q – Quantidade de álcool ingerido, em gramas.
 2 bebidas = 20g
 P – Peso do indivíduo em Kg.
 K – Constante:
 - 1,1 se o consumo for à refeição;
 - 0,7 homem em jejum;
 - 0,6 mulher em jejum.



Álcool e Limites

Condutor	Taxa de Álcool no Sangue	Contra-ordenação	Penalização
Regime probatório e condutores profissionais	0,20 g/L até 0,49 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,50 g/L até 0,79 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
Regime probatório e condutores profissionais	0,50 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,80 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
Todos	≥1,20 g/L	Crime	Pena de prisão até 1 ano ou pena de multa até 120 dias + Inibição de Conduzir entre 3 a 36 meses + Perda de 6 pontos na carta.



TAXA DE ALCOOL NO SANGUE

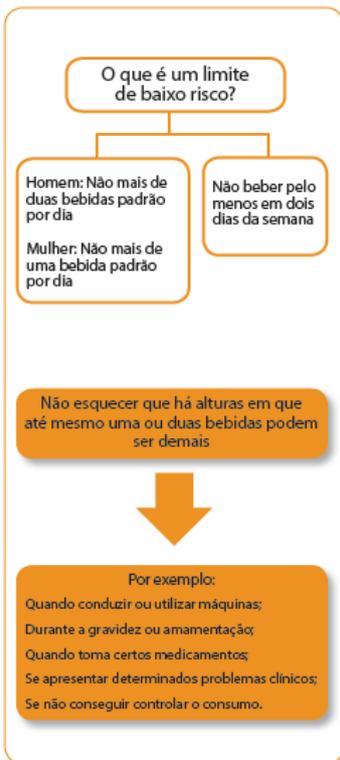
$$TAS = Q/(P \times K)$$

- Q – Quantidade de álcool ingerido, em gramas.
 2 bebidas = 20g
 P – Peso do indivíduo em Kg.
 K – Constante:
 - 1,1 se o consumo for à refeição;
 - 0,7 homem em jejum;
 - 0,6 mulher em jejum.



APÊNDICE VIII

Guia para um consumo de baixo risco



O que é uma Bebida Padrão?

1 copo de cerveja normal (ex. 200ml a 6%) tem ≈ 10g de álcool puro

1 copo de vinho (ex. 100ml a 12%) tem ≈ 10g de álcool puro

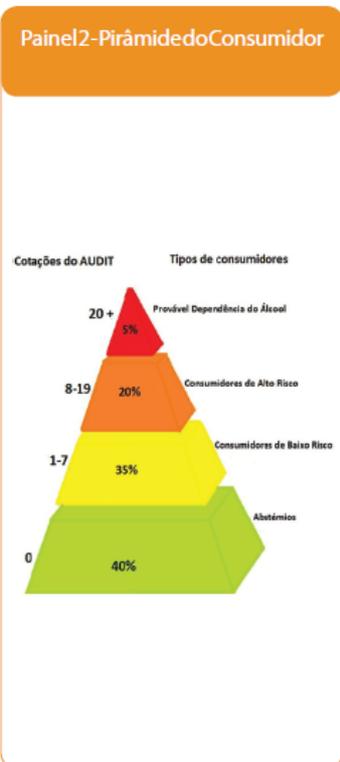
1 copo de bebida destilada (whisky, gin, vodka) (ex. 30ml a 40%) tem ≈ 10g de álcool puro

1 shot de bebidas destiladas tem sempre mais quantidade de álcool, pois mistura várias bebidas de alto teor alcoólico, num copo que habitualmente tem 30ml (ex. 30ml a 40%) tem >= 10g de álcool puro

Copyright
 Guia do projeto "SemReservas - Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para a Redução do «Consumo de Álcool Nocivo (Risco/Nocivo)», da UICISA: E, adaptado de Babor e Higgins Biddle (2001).

GUIA PARA UM CONSUMO DE BAIXO RISCO

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra



Painel 3 - Efeitos do Consumo de Alto risco

Legenda:

- Comportamento agressivo e irritável. Discussões. Violência. Depressão. Nervosismo. Dependência do álcool. Perda de memória.
- Envelhecimento precoce. Entumescimento do nariz e nariz vermelho.
- Câncer da boca e orofaringe.
- Constipações frequentes. Reduzida resistência a infeções. Risco acrescido de pneumonia.
- Enfraquecimento do músculo cardíaco. Insuficiência cardíaca. Anemia. Dificuldades de coagulação. Câncer da mama.
- Lesões do fígado.
- Deficiência vitamínica. Hemorragia. Inflamação grave do estômago. Vômitos. Diarreia. Desnutrição.
- Inflamação do pâncreas.
- Sensação de fraqueza. Quedas.
- Tremor das mãos. Formiguel nos dedos e dedos adormecidos. Neuralgias.
- Homem: Desempenho sexual reduzido. Mulher: Risco de dar à luz crianças com malformações, atrasos ou de baixo peso.
- Úlcera.
- Dedos dos pés dormentes e com formiguel. Neuralgias.

O consumo de alto risco pode conduzir a problemas sociais, legais, clínicos, familiares, profissionais e financeiros. Poderá reduzir a esperança de vida, levar a acidentes e à morte devido a condução sob o efeito do álcool.

Devo apenas deixar de beber ou reduzir o consumo?

Deverá deixar de beber se:

- Ter tremores matinais durante um período elevado de consumo
- Já tentou reduzi-lo e não conseguiu
- Ter tido um episódio de convulsões durante a gravidez ou sofrer de doença do fígado
- Se estiver sujeito a tratamentos com medicamentos que reajam com o álcool

Deverá tentar fazer um consumo de baixo risco se:

- Não sofrer de tremores matinais
- Desaja continuar a beber em níveis baixos
- Durante o último ano tiver consumido em níveis baixos a maioria do tempo

Só deverá adotar um consumo reduzido de álcool se estes três pontos de aplicarem.

APÊNDICE IX

Poster de promoção de intervenção



PROJETO SAÚDE SEM RESERVAS

VENHA SABER COMO ESTÁ A SUA SAÚDE!

RASTREIO,
ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS E
ACONSELHAMENTO

DE 22 A 24 E 27 A 31 DE MAIO DE 2019

APÊNDICE X

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor, assinar este documento.

A equipa do projeto: Intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores [] de transportes urbanos [] inscrito na UICISA:E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, coordenado pela Prof. Teresa Barroso, vem por este meio solicitar a sua colaboração para participar neste estudo. O estudo integra um questionário sociodemográfico, um questionário com questões relacionadas com a sua saúde e comportamentos de saúde designadamente os hábitos de consumo de álcool. Em função dos scores obtidos serão realizadas intervenções breves (Educativa, Aconselhamento Simples e Breve) conforme o documento informativo ao participante. A equipa de saúde propõem-se realizar uma reavaliação após 4 meses desta intervenção.

A participação neste estudo é voluntária, não havendo qualquer prejuízo ou consequência para si caso opte por não participar.

Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e pela sua empresa, que colabora em todo este processo.

Os dados obtidos serão confidenciais e serão para uso exclusivo do presente estudo. Para avaliação posterior e emparelhamento dos questionários será usado um código.

Será mantido o anonimato, a sua identificação nunca será tornada pública.

A qualquer momento poderá retirar o seu consentimento contactando a equipa.

Obrigada pela sua participação

A equipa

Lúcia Teixeira, Enfermeira, estudante mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria

Teresa Barroso, Professora Adjunta, orientadora da estudante a desenvolver a investigação de Enfermagem de Saúde Mental

Para qualquer esclarecimento adicional não hesite em contactar 967214649 ou tbarroso@esenfc.pt

Eu abaixo assinado _____ (nome completo do utente), declaro ter lido e compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar bem como do estudo em que serei incluído.

Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações de Helsinquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e os benefícios previstos, sendo que neste caso não existem potenciais riscos ou desconforto.

Além disso, foi-me afirmado que tenho direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicada a intervenção proposta pelo/a investigador/a.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____