

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Fisioterapia

Emília Eduarda Duarte Neves
Mariani Artur Leite Meirelles

**O USO DO AUDIT NA IDENTIFICAÇÃO E
ESTRATIFICAÇÃO DO ALCOOLISMO NO CONTEXTO DA
ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: UMA REVISÃO
LITERÁRIA**

Juiz de Fora
2014

Emília Eduarda Duarte Neves
Mariani Artur Leite Meirelles

**O USO DO AUDIT NA IDENTIFICAÇÃO E
ESTRATIFICAÇÃO DO ALCOOLISMO NO CONTEXTO DA
ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: UMA REVISÃO
LITERÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Fisioterapia
da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial para obtenção do
título de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Cláudia Helena
Cerqueira Mármora

Co-orientadora: Juliane Alvarez de Toledo

Juiz de Fora
2014

Neves, Emília Eduarda Duarte.

O uso do AUDIT na identificação e estratificação do alcoolismo no contexto da atuação do fisioterapeuta : uma revisão literária / Emília Eduarda Duarte Neves, Mariani Artur Leite Meirelles. – 2014.

42 f. : il.

Orientador: Cláudia Helena Cerqueira Marmorá.

Coorientadora: Juliane Alvarez de Toledo.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)–
Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

1. Fisioterapia. 2. Alcoolismo. I. Meirelles, Mariani Artur Leite. II. Marmorá, Cláudia Helena Cerqueira. III. Toledo, Juliane Alvarez de. IV. Título.

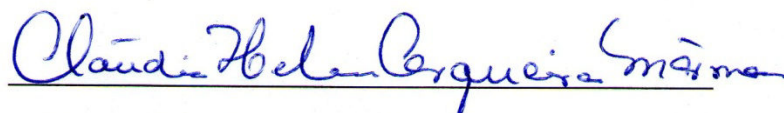
CDU 615.8

Emília Eduarda Duarte Neves

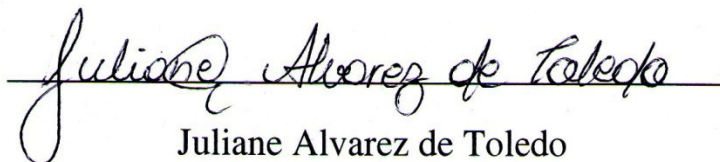
Mariani Artur Leite Meirelles

**“O USO DO AUDIT NA IDENTIFICAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO
DO ALCOOLISMO NO CONTEXTO DA ATUAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA: UMA REVISÃO LITERÁRIA.”**

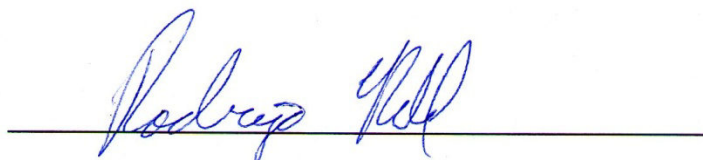
O presente trabalho, apresentado como pré-requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, da Faculdade de Fisioterapia da UFJF, foi apresentado em audiência pública a banca examinadora e **aprovado** no dia 24 de janeiro de 2014.



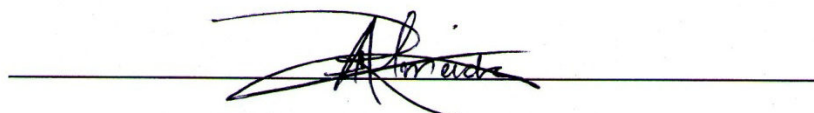
Profa. Cláudia Helena Cerqueira Mármora



Juliane Alvarez de Toledo



Rodrigo Hohl



Rodrigo Soares de Almeida

AGRADECIMENTOS

Foi uma grande caminhada para chegar até esse momento, e muitas pessoas estiveram comigo durante esse tempo e a elas devo meu agradecimento.

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por sempre me dar forças para continuar, me iluminar e guiar na busca dos meus ideais, e me dar paciência e sabedoria para superar os obstáculos.

Agradeço aos meus pais, Lêda e Paulo César, pelo incentivo e apoio que sempre me deram, principalmente quando quis entrar na faculdade e escolhi a Fisioterapia. Obrigada pela educação que me proporcionaram e pelo amor incondicional. Vocês são meu alicerce, meu maior exemplo!

Ao Miguel, pela compreensão nos meus momentos de ausência ou de estresse, por sempre me apoiar e torcer pelo meu sucesso, por me dar carinho e amor, ser meu companheiro e amigo! Te amo muito!

À minha companheira Mariani, de quem fui me aproximando ao longo do curso e descobri a pessoa maravilhosa que é. Que foi uma ótima dupla, competente, determinada e dedicada, além de compreensiva e amiga em todos os momentos difíceis que passamos. Apesar das adversidades vencemos juntas, e sempre acreditamos no nosso potencial, mesmo quando alguns não acreditavam. Te desejo muito sucesso na vida, que você alcance seus objetivos e seja muito feliz!

À Cláudia e à Juliane, nossas orientadora e co-orientadora, por acreditarem e apoiarem nossa ideia desde o início, mesmo sendo um tema “novo” na nossa área.

À banca examinadora, Rodrigo Soares e Rodrigo Hohl, pelo aceite do convite e por ter contribuído para o enriquecimento desse trabalho. Foram sugestões e críticas muito construtivas.

Emília Eduarda Duarte Neves

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, autor da minha vida, que está comigo em todos os momentos, pela saúde, inteligência, sabedoria e paciência, principalmente nos momentos de adversidade, nenhuma conquista seria possível sem Ele. Sua força me fez chegar à realização de mais um sonho, que não para por aqui.

Além de Deus quero agradecer a duas pessoas que estão sempre comigo em qualquer situação, pessoas fundamentais em minha vida que nunca me deixaram desistir e que foram escolhidos por Deus para estarem ao meu lado: minha mãe Aparecida e meu esposo Eduardo.

A minha mãe agradeço pela coragem que teve ao me incentivar a estudar, mesmo estando sozinha e sabendo que não seria nada fácil para nos manter, fez de tudo para que eu chegasse aonde cheguei. Muito obrigada minha mãe, pela educação que me deu a força, apoio, paciência em todos esses anos e por sua dedicação a mim. Dedico-te todas as minhas conquistas, a senhora será sempre o meu exemplo.

Ao meu esposo, amor da minha vida, gostaria de agradecer pelo apoio, paciência, companheirismo, amizade, cumplicidade e principalmente por compreender minha ausência em muitos momentos. Obrigada meu amor por me incentivar e lutar comigo pela busca dos meus ideais. Simplesmente te amo!

Gostaria de agradecer também aos amigos que foram importantes para a conclusão desse trabalho.

À amiga Emília, minha companheira de trabalho, obrigada pela cumplicidade, você foi a melhor dupla que eu poderia ter escolhido para construir um trabalho assim. Você é uma pessoa autêntica, criativa e muito competente, me ajudou nos momentos de aflição e nos momentos em que parecia ser difícil alcançar esse ideal não me deixando desanimar. Amei te conhecer melhor, te desejo muitas conquistas em nossa profissão, que Deus continue iluminando os seus caminhos, você merece o melhor.

À Cláudia e Juliane, pela oportunidade dada mesmo quando esse trabalho ainda era apenas uma ideia. Obrigada por acreditar em nosso potencial, vocês são grandes exemplos de profissionais, aprendi muito com vocês.

A banca examinadora, Rodrigo Soares e Rodrigo Hohl, pelo aceite do convite e por ter contribuído para o enriquecido desse trabalho. Foi um grande prazer ter recebido riquíssimas sugestões desde o TCC1.

E por fim, a todos os professores da faculdade de fisioterapia que me ajudaram a enxergar essa profissão tão maravilhosa com outro olhar e por ser um estímulo para mim enquanto futura profissional fisioterapeuta.

Mariani Artur Leite Meirelles

"Sonhe com o que você quiser. Vá para onde você queira ir. Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida e nela só temos uma chance de fazer aquilo que queremos. Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldades para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E esperança para fazê-la feliz".

Clarice Lispector

RESUMO

O uso de álcool é um problema da saúde pública mundial, e dentre as drogas psicotrópicas é a mais consumida. Para entender as consequências de seu uso na saúde de um indivíduo, é de extrema importância saber em qual padrão de consumo ele se encontra. O AUDIT é o instrumento de rastreamento mais indicado para realizar a detecção desse padrão. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi realizar uma revisão literária sobre o uso do AUDIT por parte dos profissionais fisioterapeutas em relação ao uso e abuso de álcool na população e sua repercussão na prática clínica. Para tal, foi realizado um levantamento de artigos em cinco bases de dados, associando os descritores alcoolismo, fisioterapia e avaliação, seguido de uma análise cuidadosa dos estudos selecionados. Nos resultados não foram encontrados artigos que relacionassem o profissional fisioterapeuta com a utilização deste instrumento. Portanto, foi possível concluir que a Fisioterapia ainda não se encontra inserida de forma efetiva na prevenção e promoção de saúde aos usuários de álcool, mesmo diante de seu importante papel na saúde da população. Ressalta-se a importância de outros estudos mais refinados sobre o tema trazendo um aprofundamento acerca da inserção da atuação fisioterapêutica na área de saúde mental, contribuindo para o seu aperfeiçoamento acadêmico, científico e profissional.

Palavras-Chave: Fisioterapia, Álcool, AUDIT, Revisão Literária.

ABSTRACT

The alcohol use is a global public health problem and it's one of the most consumed psychotropic drug. To understand the consequences of the use in the individual health, it is extremely important to know the pattern of consumption. The AUDIT is the standard screening instrument which is the most suitable for the perform`s detection. Thus, the aim of this study was to review the literature about AUDIT`s use by the physical therapists regarding the use and abuse of alcohol in the population and his impact on clinical practice. An article` survey was conducted in five databases, associating the descriptors alcoholism, physical therapy and evaluation, followed by careful analysis of the selected studies. In results papers that related professional physiotherapist with this instrument were not found. Therefore, it was concluded that physical therapy is not yet effectively inserted in prevention and health promotion for alcohol users, even before his important role in population health. Highlights the importance of other more refined studies about the topic with greater depth concerning the insertion of physical therapists performance in the area of mental health, contributing to their academic, scientific and professional development.

Key words: Physical Therapy, Alcohol , AUDIT, Literary Review.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

FIGURAS

1. Núcleo Accumbens.....3
2. Consequências do beber de alto risco.....6

QUADROS

1. Critérios para o abuso do álcool segundo DSM-IV.....7
2. Critérios para a dependência do álcool segundo DSM-IV.....8

TABELAS

1. Resultado do levantamento dos artigos.....17
2. Resultados das associações dos descritores.....17
3. Artigos selecionados.....18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test
BPE - Beber Pesado Episódico
CAGE - Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10 - Classificação Internacional de Doenças
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade
CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição
EDIB - Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria
MAST - Michigan Alcoholism Screening Test
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SDA - Síndrome De Dependência De Álcool
SERDEQUIM - Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos
SNC - Sistema Nervoso Central
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Fundamentação Teórica	1
1.1. Dados Epidemiológicos	1
1.2. O Álcool e a Mídia	2
1.3. Classificação do Álcool e Mecanismo de Ação da Dependência	2
1.4. Álcool: Padrões de Consumo	4
1.4.1. O beber de baixo risco.....	4
1.4.2. “ <i>Binge drinking</i> ” ou “beber pesado episódico” (BPE).....	5
1.4.3. Uso nocivo/abuso.....	5
1.4.4. Síndrome de dependência de álcool (SDA).....	7
1.5. Alterações no SNC Inerentes ao Uso do Álcool	8
1.5.1. Efeitos agudos.....	8
1.5.2. Efeitos Crônicos.....	9
1.6. SUS e Saúde Mental	10
1.7. Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves	11
1.7.1. Instrumentos de triagem.....	12
1.7.2. Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener (CAGE).....	12
1.7.3. Michigan Alcoholism Screening Test (MAST).....	12
1.7.4. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).....	12
1.8. A Fisioterapia Enquanto Profissão	13
1.9. Justificativa do Estudo	14
2. OBJETIVO	15
3. METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	16
3.1. Tipo De Estudo	16
3.2. Busca Dos Artigos	16
3.3. Critérios Para Seleção Dos Artigos	16
3.1.1. Critérios de inclusão.....	16
3.1.2. Critérios de exclusão.....	16
4. RESULTADOS	17
5. DISCUSSÃO	21
6. CONCLUSÃO	28
7. REFERENCIAS	29
Anexo 1 – AUDIT.....	33

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Dados Epidemiológicos

O uso de álcool é um problema da saúde pública mundial, como comprovam os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), os quais evidenciam que cerca de dois bilhões de pessoas em todo o mundo consomem bebidas alcoólicas – isso corresponde a, aproximadamente, 40% da população mundial acima de 15 anos – e cerca de 76,3 milhões apresentam problemas decorrentes do uso dessa substância (MARQUES e MANGIA, 2013).

Nas últimas décadas o consumo de álcool vem aumentando consideravelmente na grande maioria dos países, sendo o uso abusivo mais frequente entre homens (GALLASSI et al., 2008). No Brasil, aproximadamente 12,3% da população pode ser considerada dependente de álcool de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Edição (DSM-IV), sendo a prevalência de 17,1% entre a população masculina e 5,7% na população feminina (GALLASSI et al., 2008). Segundo a OMS, o consumo aceitável de álcool é de até 2 doses/dia para homens e 1 dose/dia para mulheres - uma dose-padrão de bebida alcoólica (350 ml de cerveja, 150 ml de vinho ou 50 ml de destilado) contém, aproximadamente, 10g de álcool puro, sendo que o uso de álcool dentro de um padrão de 20-40 gramas por dia é um fator de risco para diversas consequências (BABOR et al., 2006; CISA, 2013).

No ano de 2004, o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou um levantamento entre os estudantes de 12 a 18 anos das 27 capitais brasileiras e verificou que a média de idade do consumo inicial de álcool é de 12,5 anos e que o uso frequente de álcool (seis vezes ou mais por mês), no conjunto das 27 capitais, foi feito por 11,7 dos estudantes, sendo Porto Alegre a cidade em que apareceu a maior porcentagem: 14,8%. O uso pesado de álcool foi feito por 6,7% dos estudantes, sendo Salvador a capital com maior porcentagem: 8,8% dos estudantes

beberam 20 vezes ou mais no mês que precedeu a pesquisa (DIEHL et. al., 2011).

1.2. O Álcool e a Mídia

Ramos apud Ronzani et al. (2009) discute o papel da opinião pública nas sociedades como fonte de informação e determinante de crenças e atitudes sobre determinado assunto. Segundo este autor:

Ao longo da história, a opinião pública deixa de ser difundida pelo encontro direto entre pessoas ou grupos e a mídia de massa se torna o mediador e divulgador de ideias sobre determinados eventos. Tal mudança se deve principalmente à urbanização e modernização das sociedades.

A imprensa, portanto, veio caracterizar-se definitivamente enquanto principal agente da opinião, tendo seu alcance e poder de influência aumentada. Desta forma, a mídia pode ser uma importante ferramenta para estratégias de prevenção ou promoção de saúde da população (RONZANI et al., 2009).

Nesse contexto, a propaganda de bebidas alcoólicas emerge como uma questão relevante para a saúde pública, dado que o consumo crescente de álcool tem se configurado como um problema social e de saúde. Porém, o controle dessa propaganda implica um debate de natureza ético-política, no qual interesses dos defensores de proteção à saúde se confrontam com interesses comerciais, mesmo diante de evidências científicas. Contudo, a propaganda de bebidas alcoólicas tende a banalizar e legitimar o consumo do álcool, apresentando-o como uma prática natural e desejável da vida (FALCÃO e RANGELS, 2010).

1.3. Classificação do Álcool e Mecanismo de Ação da Dependência

O álcool é considerado uma droga psicotrópica que causa vários efeitos no Sistema Nervoso Central (SNC). Segundo a OMS (1981), drogas psicotrópicas são aquelas que agem no SNC produzindo alterações de comportamento, cognição, humor e/ou funções cerebrais e que, ao estimularem uma região no cérebro chamada de núcleo accumbens (FIGURA

1), aumentam a produção de dopamina nesta região gerando sensação de prazer. Este prazer gera o chamado reforço, ou seja, o sujeito, ao se sentir bem após o uso da droga pode novamente buscá-la, pois sabe que irá se sentir bem. Por isso o excesso de busca pela sensação prazerosa pode gerar o abuso dessa droga podendo levar à dependência (SANCHEZ e SANTOS, 2013).

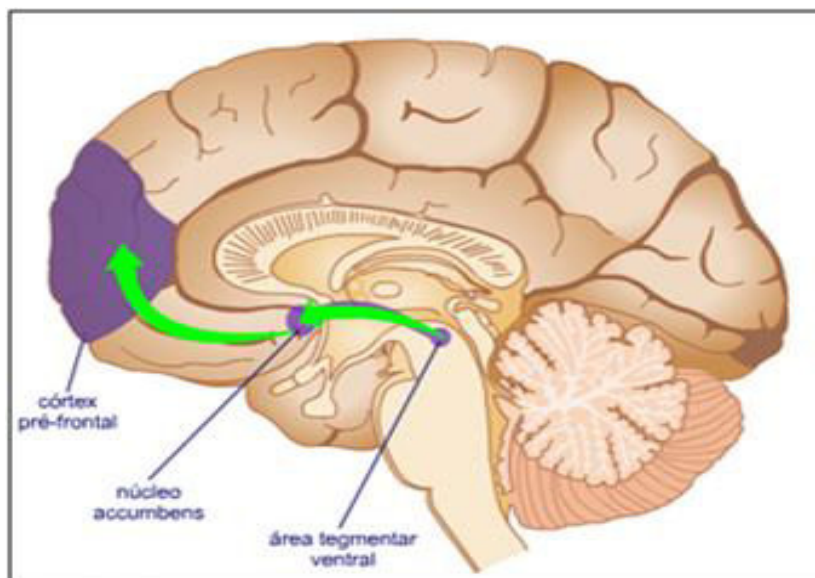


FIGURA 1 - Núcleo Accumbens (Fonte: SALUD SIGLO XXI, 2013)

As drogas psicotrópicas são divididas em drogas estimulantes, perturbadoras e depressoras. O álcool encontra-se no grupo das drogas depressoras, que diminuem a atividade do SNC e levam a um funcionamento mais lento, apresentando como consequência o aparecimento de sinais e sintomas como sonolência, lentificação dentre outros. Estas drogas alteram a neurotransmissão podendo produzir diversos efeitos de acordo com o tipo de neurotransmissor envolvido e a forma como a droga atua (CARLINI et al., 2001).

Existem duas propriedades importantes no processo de dependência: a) capacidade de gerar reforço (decorrente do efeito euforizante) e b) neuroadaptação.

- a) Capacidade de gerar reforço: O álcool é considerado uma droga reforçadora porque é capaz de manter, sustentar e/ou aumentar a chance de ocorrência de comportamentos prazerosos relacionados ao

seu consumo, o que faz com que o sujeito busque repetidas vezes essa sensação. O prazer com o consumo de álcool é alcançado através da ativação do neurotransmissor dopamina, que se localiza nas vias dopaminérgicas no sistema límbico do cérebro, gerando o reforço (SANCHEZ e SANTOS, 2013).

- b) Neuroadaptação: É a capacidade do álcool de induzir alterações no SNC com uso crônico. O consumo do álcool por tempo prolongado induz o organismo a agir como se a droga fizesse parte de suas funções básicas. Quando um dependente do álcool tenta parar de usar a droga, uma vez que seu organismo tinha estabilidade com o funcionamento basal do álcool, passa a experimentar os sintomas da síndrome de abstinência como irritabilidade, alterações de apetite e sono, ansiedade e até algumas dores (SANCHEZ e SANTOS, 2013).

1.4. Álcool: Padrões de Consumo

Para entender o que o álcool pode causar na saúde de um indivíduo é de extrema importância conhecer seus padrões de consumo. Estudos com base na OMS constataram que na maior parte dos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, verifica-se em uma parcela significativa da população a ocorrência de padrões de consumo de álcool com elevado grau de risco para diversos problemas de saúde, psicológicos e sociais (MAGNABOSCO, FOMIGONI e RONZANI, 2007).

Podemos distinguir, de acordo com a literatura, quatro níveis de padrões de consumo de álcool que são: o beber de baixo risco, “*binge drinking*” ou “beber pesado episódico” (BPE), uso nocivo/abuso e a síndrome de dependência de álcool (SDA) (SANCHEZ e SANTOS, 2013; DIEHL et al., 2011; MAGNABOSCO, FOMIGONI e RONZANI, 2007).

1.4.1. O beber de baixo risco

É consenso na literatura que não existe consumo de álcool isento de riscos. Sabe-se que o uso de álcool está associado a diversos problemas, mas qual seria a quantidade de consumo necessário para que isso ocorra? Apesar de essa ser uma questão bastante polêmica e não claramente respondida,

existe um nível de consumo associado a um baixo risco de desenvolver problemas. Esse consumo é diferente para homens (21 unidades de álcool no período de uma semana) e para mulheres (14 unidades de álcool no mesmo período) (DIEHL et al., 2011).

1.4.2. “*Binge drinking*” ou “beber pesado episódico” (BPE)

Este padrão costuma ser caracterizado pelo consumo de no mínimo 4 doses de álcool em uma única ocasião para mulheres e 5 doses para homens, o que leva a uma concentração de etanol no sangue de 0,08% ou superior. Os efeitos do beber em *binge* podem ser influenciados por uma série de fatores, como: peso, quanto maior o peso do indivíduo menor é a concentração sanguínea de álcool; idade, quanto mais precoce o início do consumo de bebidas alcoólicas maiores são as chances de danos cerebrais e problemas relacionados ao beber; velocidade de consumo, quanto mais rápido o consumo de bebidas alcoólicas maior o tempo de metabolização e eliminação do conteúdo alcoólico ingerido; presença de alimento no estômago, que diminui a chance de rápida intoxicação alcoólica; número de doses consumidas, quanto maior o número maior a tendência à intoxicação (DIEHL et al., 2011).

Esses episódios de BPE não apenas tem influência na mortalidade geral, mas contribuem para consequências agudas, particularmente acidentes e atos violentos, colocando em risco o intoxicado e a coletividade (SANCHEZ e SANTOS, 2013).

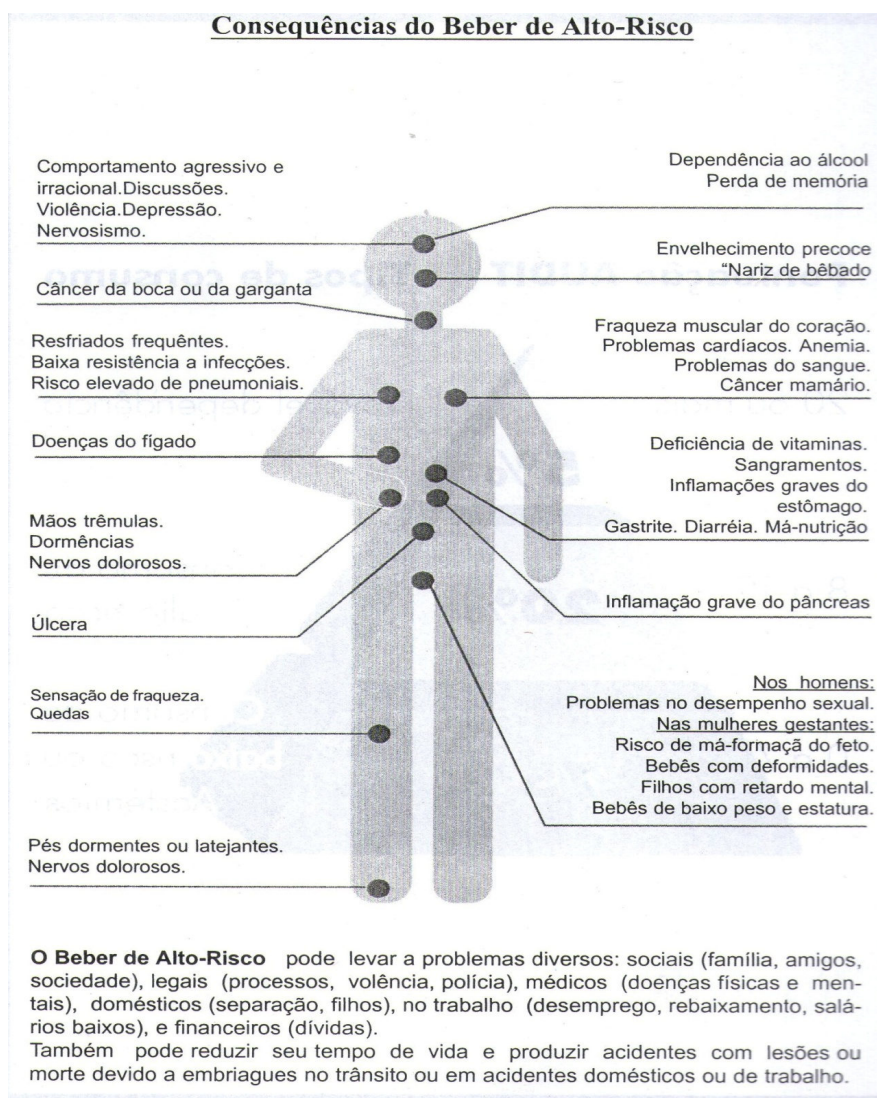
1.4.3. Uso nocivo/abuso

O uso nocivo de álcool pode ser diagnosticado como padrão de beber disfuncional ou mal-adaptativo capaz de interferir na vida do indivíduo, provocando problemas interpessoais, legais, psicológicos e problemas clínicos associados ao padrão de consumo, em período igual ou superior a um ano, mas que, no entanto, não satisfaçam critérios para dependência de álcool (DIEHL et al., 2011).

Segundo Silveira et al. (2008), o uso abusivo do álcool pode trazer diversas consequências como problemas com a família, amigos e com a

própria sociedade, além de violência de todos os tipos e acidentes de trânsito, podendo ser causa também de desemprego, traumas físicos e psicológicos, doenças como câncer, cirrose, úlceras, polineuropatias, sexo desprotegido, disfunção sexual, gravidez indesejada, risco de aborto ou danos ao feto como anomalias físicas, distrofismo e diminuição do crescimento fetal (em especial perímetro cefálico e o cérebro). Essas e outras consequências estão exemplificadas na FIGURA 2.

Figura 2 - Consequências do Beber de Alto Risco



Fonte: BABOR, Thomas F. et al. **AUDIT**: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool. Ribeirão Preto: PAI-PAD - FMRP - USP, 2006.

O DSM-IV define critérios que preenchidos enquadram o indivíduo no padrão de abuso de álcool (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Critérios para o abuso do álcool segundo DSM-IV.

A – Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a um prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

- a. Uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos);
- b. Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância);
- c. Problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira relacionada a substância);
- d. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais).

B – Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para dependência para esta classe de substância.

1.4.4. Síndrome de dependência de álcool (SDA)

A SDA é uma condição clínica caracterizada por sinais e sintomas comportamentais, fisiológicos e cognitivos na qual o uso de álcool alcança uma grande prioridade na vida do indivíduo, tendo as demais atividades um plano secundário (DIEHL et al., 2011).

De acordo com Carneiro, Jorge e Batista (2005) é caracterizado por quatro fases: na primeira, fase social, não há dependência física, mas existe a dependência emocional. Inicia-se na primeira vez em que o sujeito consome em pequena quantidade e socialmente, não apresentando problemas físicos. Na segunda fase, ainda considerada fase social, o usuário continua sem dependência física, mantendo somente a dependência emocional, mas o organismo modifica-se aumentando a tolerância. Já na terceira fase, caracterizada como fase problemática, o indivíduo apresenta dependência física e alterações emotivas. Ocorrem muitos problemas emocionais, familiares e de relacionamento em decorrência da bebida. Inicia-se a síndrome de abstinência podendo ocorrer internações. Finalmente, na quarta fase, também problemática, o indivíduo consome menos do que na primeira fase e apresenta dependência física e emocional. Inicia-se a atrofia do cérebro, podendo ocorrer

delírios, tremores nas mãos durante períodos longos, problemas físicos e emocionais extremos e esquizofrenia.

O DSM-IV define critérios que preenchidos enquadram o indivíduo no padrão da SDA (QUADRO 2).

QUADRO 2 – Critérios para a dependência do álcool segundo DSM-IV-TR.

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a. Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
 - b. Acentuada redução do efeito com o uso continuada da mesma quantidade de substância.
2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - a. Síndrome de abstinência característica para a substância;
 - b. A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
3. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo que o pretendido;
4. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;
6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
7. O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

1.5. Alterações no SNC Inerentes ao Uso do Álcool

1.5.1. Efeitos agudos

Os efeitos nocivos do álcool no funcionamento cognitivo são bem estudados nos estágios finais da dependência alcoólica, porém, os dados na literatura sobre o uso agudo do álcool ainda são bem reduzidos.

A dependência química em seu sentido neurocientífico e ‘disfuncional’ pode ser entendida como algo além de um desequilíbrio, que oscila entre os opostos mais possíveis de se imaginar tal qual uma ambivalência. Nesta perspectiva usuários de drogas oscilam nas estratégias de tomada de decisão e invariavelmente optam por escolhas de recompensas imediatas trazidas

pelos efeitos causados pelas substâncias, ainda que pesem no futuro consequências negativas, como resultado de tais escolhas. Assim, persiste o paradoxo de que nos comportamentos aditivos os usuários exibem um comportamento *continuum* quanto ao uso da droga, apesar de reconhecerem os danos potenciais relacionados a este uso (VERDEJO-GARCÍA e BECHARA, 2009; BECHARA, 2005). Neste sentido alguns estudos recentes têm se dedicado a investigar os mecanismos cognitivos implícitos que influenciam a tomada de decisão e o comportamento de uso da droga, utilizando como exemplo os mecanismos de viés atencional e reatividade a pistas. As respostas eliciadas automaticamente potencializam deixando os indivíduos vulneráveis à dependência e possíveis recaídas quanto ao uso da droga alvo (PEUKER et al., 2013).

Os modelos de duplo processamento propõem dois sistemas semi-independentes de processamento da informação, um deles denominado ascendente nas vias cerebrais (*bottom-up*) é considerado de associação rápida, não-intencional e vinculado ao afeto, caracterizado como impulsivo e automático, envolvendo uma avaliação automática do estímulo em termos de sua relevância motivacional e emocional. O segundo, considerado descendente (*top-down*) é racional-analítico, intencional, caracterizado como reflexivo e controlado incluindo processos controlados relacionados à tomada de decisão, regulação da emoção e expectativas de resultados (BECHARA, 2005).

Segundo Lezak em Cunha e Novaes (2004), o álcool influencia negativamente nas funções executivas (capacidade de iniciar ações, planejamento e resolução de problemas, antecipação de consequências e mudanças flexível de estratégias de ação, monitoramento do planejamento original), além interferir nas tarefas de reconhecimento espacial. Para Baddeley (2007) em seu clássico *Working Memory*, as funções executivas caracterizam um tipo de atenção controlada, como um *top-down* frontal no controle da ação. Para ele, a atenção envolveria também processos automáticos *bottom-up* relacionados à percepção de estímulos preferencialmente visuais. Tal subdivisão da atenção pode ser entendida na literatura como memória no primeiro caso e no segundo a atenção propriamente dita, sendo considerada como um processo perceptual independente da memória.

É conhecido que o uso de substâncias psicoativas promove alterações em substratos neurais relacionados à emoção e à motivação. Com a exposição repetida à substância, o sistema impulsivo (*bottom-up*) reage se tornando sensibilizado aos efeitos da droga e às pistas relacionadas a ela (PEUKER et al., 2013).

1.5.2. Efeitos Crônicos

Embora alguns indivíduos que consomem álcool de modo abusivo possam manter o nível intelectual praticamente intacto, a literatura tem mostrado que o uso de álcool em longo prazo gera alterações em várias funções neurocognitivas, mesmo após períodos em abstinência, e esses déficits são piores quanto maior o padrão de uso. As alterações mais comuns são aquelas relacionadas com os problemas de memória, aprendizagem, abstração, resolução de problemas, análise e resolução visuoespacial, velocidade psicomotora, velocidade do processamento de informações e eficiência cognitiva. Apresentam ainda mais erros nas tarefas e levam um tempo maior para completar determinadas atividades. São encontrados também déficits nas funções executivas e na memória de trabalho. As alterações encontradas nos dependentes de álcool parecem representar danos cerebrais difusos e, embora melhorem substancialmente durante a abstinência, há a manutenção de alguns déficits mesmo anos após a última ingestão de álcool (CUNHA e NOVAIS, 2004).

1.6. O Álcool no SUS e na Saúde Mental

Na década de 1980 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como finalidade garantir a promoção e qualidade de vida para a população, no intuito de assegurar o acesso de todos a uma assistência universalista, integral e equitativa. No campo da saúde mental, essa finalidade foi alcançada somente em 2001, pela aprovação da Lei 10.216/2001. Nesse mesmo ano, o seminário realizado em Brasília sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas teve como foco a discussão sobre a organização da rede em saúde mental, visando sempre o aprimoramento da assistência, no âmbito do SUS. Como consequência do Seminário e da III Conferência Nacional de Saúde

Mental, o Ministério da Saúde, em 2002, instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, por meio da portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002. Neste contexto, os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPSad – são considerados equipamentos estratégicos para essas novas práticas de saúde (OLIVEIRA et al., 2010).

1.7. Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para o Controle do Uso de Álcool

O Ministério da Saúde brasileiro considera o controle do uso de álcool como uma das prioridades da Saúde Pública e, para isso, foram criadas estratégias de diagnóstico e intervenções breves (EDIB), que tem como objetivo reconhecer e assistir esses indivíduos no processo de tomada de decisão e em seus esforços para reduzir ou parar de beber antes que desenvolvam sérios problemas físicos, psicológicos e/ou sociais (BABOR et al., 2006). A literatura mais recente evidencia que o cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) tem se tornado, ao longo dos últimos anos, um importante espaço para o uso das EDIB, uma vez que privilegia as ações de promoção e prevenção em saúde (MINTO et al., 2007). Um estudo que utilizou essas estratégias demonstrou eficácia em seus resultados (MORETTI-PIRES e CORRADI-WEBSTER, 2011).

O poder público tem implantado políticas de saúde voltadas para prevenção ao consumo de álcool e aos problemas associados, tendo como exemplo os CAPS, que oferecem atendimento à população, realizam acompanhamento clínico e auxiliam na reinserção social dos usuários (PORTAL DA SAÚDE, 2013). Entretanto, a negação da dependência de álcool por parte dos consumidores, o despreparo dos profissionais da saúde, a necessidade de um diagnóstico precoce e a falta de critérios para determinar quando o consumo de álcool é excessivo resultam na dificuldade de reconhecimento do alcoolismo. Estes obstáculos tornam o diagnóstico impreciso e subestimado, fazendo com que o mesmo ocorra quando o indivíduo alcoolista já está em um estágio de dependência avançado, com comprometimentos físicos, psíquicos e sociais (RUBIATTI, 2008). Na tentativa

de colaborar com a identificação destes casos, foram elaborados dispositivos para detecção precoce do uso e abuso do álcool.

1.7.1. Instrumentos de triagem

Como instrumentos de triagem, foram desenvolvidos vários questionários padronizados voltados à detecção dos transtornos decorrentes do uso de álcool como o CAGE, o MAST, e o AUDIT (BABOR et al., 2006; PAZ FILHO et al., 2001).

1.7.1.1. Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener (CAGE)

O questionário CAGE é constituído por quatro questões, cada uma com a possibilidade de uma resposta positiva ou uma negativa, com ponto de corte de duas ou mais respostas afirmativas, o que sugere “rastreamento positivo” para abuso ou dependência de álcool (ROCHA e DAVID, 2011).

1.7.1.2. Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

O MAST permite a detecção precoce do uso patológico do álcool (POMBO, 2010). Composto por 25 questões, é capaz de identificar os casos mais graves de alcoolismo no passado ou no presente, sendo um instrumento autoaplicável e de rápida duração. O ponto de corte estabelecido para a possibilidade de alcoolismo é de treze pontos. Como desvantagem desse instrumento pode-se citar o fato de o mesmo ser composto por um número maior de questões e por não apresentar perguntas relacionadas ao consumo de álcool e episódios de *binge drinking*, muito comum entre jovens e em consumidores não-dependentes (MANÇO, 2008).

1.7.1.3. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

O AUDIT é um instrumento de rastreamento do uso problemático de álcool que foi desenvolvido pela OMS (PILLON e CORRADI-WEBSTER, 2006), e esta organização preconiza seu uso como instrumento de rastreamento em serviços de saúde (MORETTI-PIRES e CORRADI-WEBSTER, 2011). É composto por dez questões (ANEXO 1) e as respostas são pontuadas de 1 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de uso problemático da substância.

Classifica-se o usuário em uma de quatro zonas de risco de acordo com o escore obtido: zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: indica uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e zona IV (acima de 20 pontos: mostra uma possível dependência). É um instrumento de fácil e rápida aplicação, necessitando apenas de um treinamento simples para codificação dos dados. Foi validado em diversos países, inclusive no Brasil, apresentando bons níveis de sensibilidade (87,8%) e especificidade (81%) para detecção do uso nocivo de álcool (MAGNABOSCO, FOMIGONI e RONZANI, 2007).

Devido à APS atingir a maior parte da população, este seria o nível de atenção estratégico para aplicação do AUDIT e realização na intervenção breve, que podem ser utilizadas para a diminuição dos problemas associados ao consumo de álcool entre pacientes destes serviços (RONZANI, MOTA e SOUZA, 2009).

Em posse desses instrumentos de avaliação, os profissionais da saúde têm melhores possibilidades de detectar, prevenir e tratar os possíveis riscos aos quais os usuários de álcool estão expostos, tanto na fase inicial quanto na fase tardia do consumo desta substância. A responsabilidade da identificação e do tratamento desses indivíduos é de vários profissionais da área da saúde, dentre eles médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas (MOREIRA et al, 1999).

1.8. A Fisioterapia Enquanto Profissão

Nos últimos anos a Fisioterapia tem demonstrado a importância de seu papel no cuidado à saúde da população, inserindo-se de forma cada vez mais expressiva, nos três níveis de atenção à saúde. Entre esses três níveis, a APS é a que se encontra em pleno processo de construção, visto que o fisioterapeuta mesmo com uma alta demanda de usuários que necessitam de seus cuidados relacionados à dor e à limitação física, ainda é considerado por muitos profissionais e usuários ainda como um profissional com suas práticas centradas nos níveis secundário e terciário (NOVAIS e BRITO, 2011), remetendo-o ao estigma de reabilitação e a um olhar reducionista (AVEIRO et al ., 2011).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia apontam que a formação de fisioterapeutas no Brasil deve, entre outros aspectos, ser “generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitando o egresso a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual” (NOVAIS e BRITO, 2011).

1.9. Justificativa do Estudo

Neste contexto o uso abusivo de álcool e os instrumentos utilizados para avaliação de seus usuários são questões pouco abordadas na área de Fisioterapia, tanto na fase de graduação quanto na atuação clínica. Sendo assim, o presente estudo visa selecionar os trabalhos na literatura que justificam a importância do uso do AUDIT na atuação dos fisioterapeutas em relação aos usuários de álcool ao verificar se o mesmo está sendo utilizado por estes profissionais.

2. OBJETIVO

Realizar uma revisão literária sobre o uso do AUDIT por parte dos profissionais fisioterapeutas em relação ao uso e abuso de álcool na população e sua repercussão na prática clínica.

3. METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de revisão literária de artigos científicos segundo descritores referentes à Fisioterapia, Alcoolismo e Avaliação.

3.2. Busca dos artigos

A composição do presente trabalho resultou de pesquisas nas bases de dados Bireme (Biblioteca Virtual da Saúde), Scielo, PubMed, Lilacs e Cochrane. A busca foi restrita a um período de 10 anos para publicação nas bases de dados, entre os anos de 2003 e 2013, a partir dos seguintes descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): alcoolismo, fisioterapia e avaliação.

A busca de artigos foi limitada ao material publicado nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

3.3. Critérios para seleção dos artigos

3.3.1. Critérios de inclusão

Os artigos foram analisados através de seus títulos, primariamente, e de seus resumos, secundariamente. Foram selecionados artigos originais que relacionavam alcoolismo/ atuação da fisioterapia na identificação e/ou prevenção e/ou tratamento dos usuários de álcool.

3.3.2. Critérios de exclusão

Foram desconsiderados artigos de revisão literária, revisão sistemática, metanálise, capítulos de livro e artigos com acesso restrito.

4. RESULTADOS

A seleção dos artigos que compuseram o presente estudo foi realizada entre agosto e novembro de 2013, encontrando-se um total de 10047 artigos, dos quais 27 foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (TABELA 1).

Artigos/ Bases de Dados	PubMed	LILACS	Bireme	SciELO	Cochrane	Total
Encontrados	6014	214	3424	45	350	10047
Selecionados	9	5	6	5	2	27
Descartados	6005	209	3418	40	348	10020

O levantamento e seleção dos artigos foi realizado nas bases de dados Bireme (Biblioteca Virtual da Saúde), Scielo, PubMed, Lilacs e Cochrane associando os descritores alcoolismo, Fisioterapia e avaliação, conforme já mencionado (TABELA 2).

Associações	Bases de Dados				
	Bireme	PubMed	SciELO	LILACS	Cochrane
Fisioterapia e Alcoolismo	31/1	117/1	1/0	0/0	0/0
Alcoolismo e Avaliação	3.393/5	5885/8	43/5	214/5	347/2
Fisioterapia, Alcoolismo e Avaliação	0/0	12/0	0/0	0/0	0/0

Após o filtro inicial realizado sobre os 10047 artigos encontrados nas bases de dados, 27 foram eleitos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Em um segundo filtro, foram realmente selecionados e utilizados na

elaboração da revisão apenas 11 artigos, a partir de uma leitura mais criteriosa, por se adequarem melhor à proposta do estudo. Em termos percentuais, esses equivalem a aproximadamente 0,11% do total de 10047, evidenciando a grande escassez de estudos sobre o tema.

Vale ressaltar a baixa prevalência de artigos encontrados a partir da associação dos descritores “Fisioterapia e Alcoolismo”, além de um número ainda menor com a associação dos três descritores, sendo este um fator considerado limitante para o desenvolvimento da pesquisa.

Dos 11 artigos utilizados, 7 eram na língua portuguesa e 4 na inglesa. A tabela 3 a seguir descreve o título, autor, periódico e ano de cada um.

Tabela 3 - Artigos selecionados (continua)

Título	Autor	Periódico	Ano
Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG)	Molise de Bem Magnabosco, Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni, Telmo Mota Ronzani	Revista Brasileira de Epidemiologia	2007
Web Based Treatment of Alcohol Problems Among Rural Women: Results of a Randomized Pilot Investigation	Deborah Finfgeld-Connett, Richard Madsen	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services	2008
Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais	Telmo Mota Ronzani, Daniela Cristina Belchior Mota, Isabel Cristina Weiss de Souza	Revista Saúde Pública	2009
Moralização sobre o uso de álcool entre estudante de curso de saúde	Leonardo Fernandes Martins, Pollyanna Santos da Silveira, Rhaisa Gontijo Soares, Henrique Pinto Gomide, Telmo Mota Ronzani	Estudos de Psicologia	2010
Práticas Assistenciais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool, Tabaco, e outras Drogas	Elda de Oliveira, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Heloísa Garcia Claro, Heloisa Barboza Paglione	Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo	2010

Tabela 3 - Artigos utilizados (conclusão)			
Título	Autores	Periódico	Ano
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	Alcohol & Alcoholism	2010
Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico.	Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Clarissa Mendonça Corradi-Webster	Revista Latino-Americana de Enfermagem	2011
Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool	Marina Castro de Oliveira; Telmo Mota Ronzani	Psicologia: Ciência e Profissão	2012
The CAP study, evaluation of integrated universal and selective prevention strategies for youth alcohol misuse: study protocol of a cluster randomized controlled trial	Nicola C Newton, Maree Teesson, Emma L Barrett, Tim Slade, Patricia J Conrod	BMC Psychiatry	2012
Widening Access to Treatment for Alcohol Misuse: Description and Formative Evaluation of an Innovative Web-Based Service in One Primary Care Trust	Elizabeth Murray, Stuart Linke, Elissa Harwood, Sophie Conroy, Fiona Stevenson, Christine Godfrey	Alcohol and Alcoholism	2012
Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana	Pedro Henrique Antunes da Costa, Daniela Cristina Belchior Mota, Erica Cruvinel, Fernando Santana de Paiva e Telmo Mota Ronzani	Revista Panamericana Salud Publica	2013

Os assuntos mais abordados dentre os artigos selecionados foram: uso de risco do álcool; o uso do AUDIT para identificar os padrões do uso; EDIB; moralização sobre o uso do álcool; equipe multidisciplinar; APS; agente

comunitário de saúde (ACS), saúde mental. A palavra Fisioterapia, bem como sua atuação profissional não foi mencionada em nenhum dos estudos.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo foi pioneiro ao realizar uma revisão literária sobre a utilização do AUDIT pelos fisioterapeutas auxiliando na identificação e estratificação do uso de risco de álcool. Nos resultados obtidos não foram encontrados estudos que relacionassem o profissional fisioterapeuta com a utilização deste instrumento.

No entanto, são encontradas referências na área de Fisioterapia que mostram a atuação deste profissional através da relação entre os descritores Saúde Mental, Fisioterapia e Alcoolismo ou Fisioterapia (Especialidade), Reabilitação e Saúde Mental. Tais referências trazem propostas de intervenção e de possibilidades de atuação de fisioterapeutas dentro do novo cenário de atenção e cuidado ao usuário de Saúde Mental (MORALEIDA e NUNES, 2013; SILVA, PEDRÃO e MIASSO, 2012) e mais timidamente com foco em iniciativas relacionadas ao uso abusivo de álcool na população (SILVA e LEMOS, 2011).

Este último teve como objetivo comparar a percepção de doença antes e após a implantação de um programa de Fisioterapia, além da percepção dos outros profissionais sobre a inclusão desta profissão como uma agregadora na recuperação desses indivíduos no Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos (SERDEQUIM) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A pergunta norteadora final utilizada nas entrevistas foi: “Como você percebe o trabalho do fisioterapeuta em um local destinado à desintoxicação de pacientes dependentes químicos?” Como resultado, todas as respostas analisadas mostraram a importância da presença do fisioterapeuta como integrante da equipe para a recuperação dos sujeitos. O estudo de Silva e Lemos (2011) inclusive avança no sentido de inserir a atuação fisioterapêutica no contexto da dependência química junto ao conceito de funcionalidade da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) proposto pela OMS (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

Com relação ao AUDIT, foi encontrado que os autores Ronzani, Mota e Souza (2009); Finfgeld-Connett e Madsen (2008); e Hermansson et al. (2010), aplicaram o questionário em grupos de indivíduos voluntários de três

municípios da Zona da Mata mineira, em 104 municípios da zona rural dos Estados Unidos e em uma empresa de transporte sueca, respectivamente, para a detecção dos padrões de uso de álcool desses indivíduos. Em todos eles foi comprovada a alta sensibilidade do instrumento para essa detecção, e também sua aplicabilidade transcultural.

Já o estudo de Magnabosco, Formigoni e Ronzani (2007), avaliou os padrões de uso de álcool em usuários de serviços de APS de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG), nos quais profissionais da saúde foram submetidos a um treinamento de 16 horas sobre como aplicar o AUDIT na rotina de trabalho e como realizar a intervenção breve para pacientes classificados na zona de risco. Tais profissionais eram médicos (9,6%), enfermeiros (0,7%), psicólogos (1,3%), auxiliares de enfermagem (4,3%) e agentes comunitários de saúde (27,9%), bem como estudantes de psicologia (39,8%). Estudos apontam os ACS como o principal ator na aplicação do AUDIT. Esses profissionais exercem posição de destaque perante a comunidade, conferindo a eles um papel de elo entre o serviço e a população, participando de forma ativa do contexto das equipes (COSTA et al., 2013; MORETTI-PIRES e CORRADI-WEBSTER, 2011). Tais artigos exemplificam a não inclusão dos fisioterapeutas enquanto profissionais de saúde nas equipes que lidam com pacientes usuários de substâncias psicoativas.

De que forma poderia ser explicitada esta não inclusão de fisioterapeutas? Seria a inserção do profissional na equipe ou a formação acadêmica que tem se desviado nos últimos anos da atuação na área de Saúde Mental?

Daí a importância do levantamento desta discussão, uma vez que a Fisioterapia, segundo a definição de seu Conselho Federal (COFFITO), é uma ciência da saúde, que fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, não só na área de distúrbios cinéticos funcionais, mas também no campo das disciplinas de cunho comportamental e social. Sendo assim, este profissional estando habilitado a desenvolver suas atividades em serviços privados, públicos e domiciliares, poderá se deparar com situações que demandem o enfrentamento com problemas relacionados ao uso abusivo de

álcool e outras substâncias psicoativas. Em uma matéria publicada no site do COFFITO faz-se referência à Política Nacional de Saúde Mental vigente no Ministério da Saúde (COFFITO, 2009).

Ainda no âmbito dos órgãos reguladores uma publicação no site do Conselho Regional de Fisioterapia (CREFITO 10) com sede em Florianópolis convoca seus filiados a publicar artigos científicos na Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD) (Edição em Português) mantida pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Em outra publicação feita no site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em 2010, faz-se referência à tradicional fragmentação e representação social da Saúde Mental, por especialidades clássicas como Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem Psiquiátrica, Terapia Ocupacional e Serviço Social, introduzindo no II Congresso Brasileiro de Saúde Mental realizado no Rio de Janeiro em 2010 novos atores presentes neste campo, entre eles o educador físico, o pedagogo, o artista plástico e o fisioterapeuta, além de outros setores, como sistemas de Educação, de Cultura e de Justiça.

Embora não tenha havido tempo hábil para realizar uma avaliação mais extensa no campo da formação acadêmica no presente estudo, pode-se verificar que são poucos os cursos de graduação em Fisioterapia que mantêm na grade curricular obrigatória disciplinas de Fisioterapia e Saúde Mental e ainda mais a abordagem do tema “álcool e outras drogas”, ou qualquer item semelhante que ao menos despertasse o interesse do acadêmico sobre questões tão atuais e presentes na sociedade brasileira. Ainda assim, temas como o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil que teve início no Rio Grande do Sul embasado nas políticas de saúde do país, assentadas no marco teórico e político da 8ª Conferência Nacional de Saúde e na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que apontam as diretrizes gerais tais como a descentralização, o controle social e o conceito de saúde como direito à cidadania, estão citados e presentes nos estudos de Silva e Lemos (2011); Moraleida e Nunes (2013); Silva, Pedrão e Miasso (2012).

Justifica-se assim o número reduzido de estudos neste âmbito e, portanto, também a falta de referências baseadas no trabalho do fisioterapeuta

e como este utiliza o AUDIT em sua prática clínica ou no campo da pesquisa, uma vez que este profissional quase desconhece a existência deste instrumento. Sendo assim, a inserção do assunto é fundamental nas grades curriculares dos cursos de graduação em Fisioterapia, já que o consumo excessivo e prolongado do álcool é comprovadamente um problema comum, e que este usuário pode vir a necessitar de uma intervenção breve, e sendo o fisioterapeuta um profissional presente na equipe de saúde, pode contribuir nesta mediação.

O estudo de Martins et al. (2010), realizado com estudantes dos cursos de saúde de uma universidade federal, distribuídos em Enfermagem (30,1%); Medicina (22,6%); Serviço Social (24,0%); Psicologia (23,3%) teve como objetivo avaliar quatro aspectos: estereótipos acerca da dependência do uso de álcool; modelo de atribuição de responsabilidade por essa condição, dificuldade pessoal do estudante em lidar com dependentes de álcool; e informações recebidas pelos estudantes durante a graduação em relação aos efeitos do uso de álcool. Os resultados mostram que a dependência de álcool é uma das condições mais moralizadas pelos estudantes, e que a falta de conteúdo acerca deste tema, pode conduzir os estudantes a desenvolverem concepções errôneas sobre os alcoolistas, podendo influenciar sua futura prática profissional. Tal influência é comprovada por Oliveira e Ronzani (2012), que realizaram uma pesquisa envolvendo 170 profissionais da APS que trabalhavam em programas de saúde da família e na assistência social de três municípios de pequeno porte da Zona da Mata de Minas Gerais. Foi verificado que há uma estigmatização do consumo de álcool por parte dos profissionais, o que pode acarretar em um menor empenho na realização de atividades que promovam a prevenção e promoção de saúde para esses indivíduos. Mais uma vez, ressalta-se a não inclusão de estudantes de fisioterapia na análise.

Em contrapartida, merece referência o trabalho de Riva et al. (2011) no incentivo às atividades extensionistas feitas no município de Ijuí,RS, ao descrever as vivências acadêmicas extracurriculares de estudantes de Fisioterapia na área da saúde mental com os usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como objetivo apoiar e incentivar os usuários portadores de transtornos mentais na continuidade e efetivação do tratamento

e na melhoria de sua qualidade de vida. A inserção do aluno de fisioterapia neste tipo de ação possibilita ao mesmo vivenciar e refletir sobre a postura estigmatizante frente ao uso de álcool ainda na fase acadêmica.

Moretti-Pires e Corradi-Webster (2011), e Newton et al. (2012), discutiram sobre as EDIB, que são intervenções implantadas na APS para o uso problemático de álcool. De fato, os autores evidenciaram a importância das EDIB na redução do consumo de álcool e que essa intervenção pode ser aplicada por todos os profissionais da saúde atuantes nesse nível de atenção. O primeiro autor comprovou ainda que as intervenções breves atreladas ao uso do AUDIT produzem grandes resultados. Ronzani, Mota e Souza (2009) chegaram às mesmas conclusões, porém demonstraram que há uma dificuldade de implementação das EDIB em decorrência da falta de capacitação e/ou interesse por parte dos profissionais. Nesse contexto, Murray et al. (2012) fazem referência ao despreparo desses profissionais em lidar com o uso problemático de álcool, e que os mesmos apresentam dificuldades na abordagem dos indivíduos alcoolistas.

Outro fator a ser levado em consideração é que as articulações intersetoriais e a atuação multiprofissional são imprescindíveis para incidir sobre os determinantes sociais do processo de uso de álcool e promover a saúde. Sabe-se que essa questão remete a diversas causas e dimensões, não sendo resolvida apenas pelo esforço setorial isolado da saúde. Sendo assim, deve-se aproximar a equipe e a rede assistencial para um trabalho interdisciplinar/intersetorial (COSTA et al., 2013). Outro estudo vem corroborando com a ideia de que a intersetorialidade é importante na implementação da rede de atenção integral à saúde dos usuários de álcool, uma vez que as necessidades dos indivíduos são diversas e o uso destas substâncias é um fenômeno multifacetado. Assim, a universalidade de acesso, a integralidade e o direito à assistência devem ser asseguradas a esses usuários, por meio de redes assistenciais descentralizadas, mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática a população. Há também a necessidade da aproximação de outras políticas sociais, com o objetivo de trabalhar com o indivíduo em todos os fatores que envolvem a assistência em saúde e o uso de álcool. Isso não é diferente no

campo da saúde mental, o SUS tem como finalidade garantir a promoção e qualidade de vida para toda população, no intuito de assegurar acesso a todos uma assistência universalista, integral e equitativa (OLIVEIRA et al., 2010). O fisioterapeuta como um agente de saúde também deveria estar inserido no trabalho com esses indivíduos, entretanto, mais uma vez, esse profissional não é visto compondo a equipe multidisciplinar atuante na saúde mental.

Apesar de um cenário de atuação ainda reducionista em muitos aspectos, podem ser vislumbradas algumas ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as quais contam com a presença do fisioterapeuta. Tais ações propõem a reorganização do serviço, dentre elas a participação em atividades já existentes (grupo de usuários com algia de coluna, gestante, atividade física, acolhimento, visita domiciliar, puericultura, reuniões de conselho gestor) e a construção de novos projetos incluindo sua participação no grupo de usuários de psicotrópicos, no grupo de idosos, sala de espera, periódicos da unidade, parcerias/integração com outros equipamentos sociais, elaboração de eventos, proposição de práticas corporais não convencionais, diagnóstico do território. No entanto, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), regulamentados pela Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, já contam com a inclusão do fisioterapeuta.

Outra perspectiva promissora que se anuncia neste novo cenário que articula a saúde e a academia são os programas PET-Saúde¹ e PET/Saúde Mental/Crack, Álcool e outras Drogas², como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS, com a inserção de estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do

¹ O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação (Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

² O PET-Saúde/Saúde Mental/Crack tem como pressuposto a educação pelo trabalho e é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Atenção em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais para a atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas, bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação da área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em fase implementação no país desde 2005.

Diante do exposto, algumas possíveis limitações deste trabalho agora podem ser entendidas, não só pela escassez de estudos que vinculem a Fisioterapia à prevenção e intervenção no uso abusivo de álcool (justamente a hipótese que impulsionou sua realização), mas sim por não ter sido proposta uma associação mais ampla de descritores que vinculem inicialmente a atuação da profissão na área de saúde mental para depois haver um refinamento no uso do instrumento AUDIT. Associado a esse fato está o grande número de artigos de acesso restrito, o que limita o acesso dos profissionais e graduandos a esse material.

6. CONCLUSÃO

A partir dos resultados observados foi possível concluir que a Fisioterapia não está inserida no contexto da prevenção e promoção de saúde aos usuários de álcool, mesmo sendo importante sua participação de forma global na saúde da população. Ressalta-se a importância de outros estudos mais refinados sobre o tema trazendo um aprofundamento acerca da inserção da atuação fisioterapêutica na área de saúde mental, contribuindo para o seu aperfeiçoamento acadêmico, científico e profissional.

7. REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/busca.php>>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.
- AVEIRO, Mariana Chaves et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.
- BABOR, Thomas F. et al. **AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool**. Ribeirão Preto: PAI-PAD - FMRP - USP, 2006.
- BECHARA, Antoine. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. **Nature Neuroscience**, v. 8, n. 14, p. 1458–1463, 2005.
- Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. **Campanha de Prevenção de Acidentes nas Estradas**. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/58alcoolismo.html>>. Acesso em: 19 de julho de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde. **Pró-Saúde**. Brasília, DF, 2010.
- CARLINI, Elisaldo Araújo et al. Drogas psicotrópicas - o que são e como agem. **Revista Imesc**, São Paulo, n. 3, p.9-35, 2001.
- CARNEIRO, Francisco Vilemar Pinto; JORGE, Maria Salete Bessa; BATISTA, Fátima Lúcia Ramos. O alcoolismo e suas consequências: aspectos físicos e psíquicos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, n.1 , p.54-61, abr. 2005.
- Centro de Informações sobre saúde e álcool (CISA). **Padrões de consumo de álcool**. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/236/padroes-consumo-alcool.php>>. Acesso em: 03 de agosto de 2013.
- COFFITO. **Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <http://coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1664&psecao=7>. Acesso em 11 de janeiro de 2014.
- COSTA, Pedro Henrique Antunes da et al. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Revista Panamericana Salud Publica**, Juiz de Fora, v. 5, n. 33, p.325-331, 2013.
- CREFITO. **Fisioterapia: Definição**. Disponível em: <<http://www.crefito4.org/>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2014.

CUNHA, Paulo J; NOVAES, Maria Alice. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, p.23-27, 2004.

DIEHI, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Álcool**. São Paulo: São Paulo, 2011. Cap. 12, p. 129-144.

FALCÃO, Isa Cristina Lopes; RANGEL-S, Maria Ligia. Controle sanitário da propaganda de bebidas alcoólicas no Brasil: estudo dos projetos de lei de 1988 a 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, p.3433-3442, 2010.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.2, n.8, p.187-193, 2005.

FINFGELD-CONNETT, Deborah; MADSEN, Richard. Web Based Treatment of Alcohol Problems Among Rural Women: Results of a Randomized Pilot Investigation. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, Missouri, p.1-11, 2009.

GALDURÓZ, José Carlos F; SANCHEZ, Zila van der Meer; Noto, Ana Regina. **Epidemiologia do Uso, do Abuso e da Dependência de Substâncias Psicoativas**. São Paulo: São Paulo, 2011. Cap. 4, p. 49-58.

GALLASSI, Andrea Donatti et al. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n.35 , p.25-30, 20 fev. 2008.

HERMANSSON, Ulric et al. Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-Year. **Alcohol & Alcoholism**. Sweden, p. 252-257, 2010.

MAGNABOSCO, Molise de Bem; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza; RONZANI, Telmo Mota. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Juiz de Fora, p.637-647, 2007.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MANGIA, Elizabete Ferreira. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface**, Botucatu, v.17, n.45, p.433-444, abr./jun. 2013.

MARTINS, Leonardo Fernandes et al. Moralização sobre o uso de álcool entre estudante de curso de saúde. **Estudos de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 1, n. 15, p.33-41, 2010.

MINTO, Elaine Cristina et al. Intervenções Breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, p.207-220, jul./set.2007.

MORALEIDA, Fabianna Resende J.; NUNES, Ana Carla Lima. Cuidado em Saúde Mental: Perspectiva de Atuação Fisioterapêutica. **Fisioterapia e Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 2, n.1 p. 3-5, Jan/Jun. 2013.

- MOREIRA, Mônica Lavado et al. Abordagem Fisioterapêutica nas Manifestações Neurológicas Decorrentes do Alcoolismo. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 3, n. 7, p.104-107, 1999.
- MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.497-509, mar. 2011.
- MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, p.813-820, 2011.
- MURRAY, Elizabeth et al. Widening Access to Treatment for Alcohol Misuse: Description and Formative Evaluation of an Innovative Web-Based Service in One Primary Care Trust. **Alcohol And Alcoholism**, Oxford, v. 6, n. 47, p.697-701, 2012.
- NEWTON et al. The CAP study, evaluation of integrated universal and selective prevention strategies for youth alcohol misuse: study protocol of a cluster randomized controlled trial. **Bmc Psychiatry**, Randwick, v. 12, n. 118, p.1-10, 2012.
- NOVAIS, Bruna Kenya Leite de Oliveira, BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de. Percepções sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção primária. **Revista APS**, Paraíba, v.4, n.14, p. 424-434, 2011.
- OLIVEIRA, Elda de et al. Práticas Assistenciais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool, Tabaco, e outras Drogas. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, p.247-254, 2010.
- OLIVEIRA, Marina Castro de; RONZANI, Telmo Mota. Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Juiz de Fora, v. 32, n. 2, p.648-661, 2012.
- PAZ FILHO, G.j. Da et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Cajuru, Curitiba, p.65-69, 2001.
- PEUKER, A. C. et al. Processamento Implícito e Dependência Química: Teoria, Avaliação e Perspectivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29 n. 1, p. 7-14, Jan-Mar 2013.
- PILLON, Sandra Cristina; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.325-332, jul./set. 2006.
- POMBO, Samuel. Estudo das características psicométricas do Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) numa população clínica de dependentes do álcool. **Revista Toxicodependências**, Lisboa, v. 16, n. 2, p.71-78, 2010

Portal da saúde. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2010)**. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=32086>. Acesso em: 03 de agosto de 2013.

RIVA, Denis et al. Experiências acadêmicas do curso de Fisioterapia nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de IJUÍ/RS. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 975-980, Jan./Jun. 2011.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Questionários sobre o uso de álcool e drogas entre trabalhadores: revisão da literatura. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 7, p.107-116, mai./ago. 2011.

RUBIATTI, Angélica de Moraes Manço. **Alcoolismo** - estudo epidemiológico na cidade de Araraquara (SP). 129 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, 2008.

SALUD SIGLO XXI. **La mente alegre**. Disponível em:

<<http://elmercaderdelasalud.blogspot.com.br/2012/12/la-mente-alegre.html>>. Acesso em: 28 de dezembro de 2013.

SANCHEZ, Zila van der Meer; SANTOS, Mariana Guedes Ribeiro.

Classificação e Efeitos Farmacológicos das Drogas. Minas Gerais: Juiz de Fora, 2013. Cap. 1, p.19-51.

SILVA, Candissa Silva; LEMOS, Jadir Camargo; TREVISAN, Maria Elaine.

Repercussão dos efeitos da assistência fisioterapêutica em um serviço de recuperação de dependentes químicos. **Fisioterapia Brasil**, v. 12, n. 6, p. 410-418, nov/dez. 2011.

SILVA, Soraya Batista; PEDRÃO, Luiz Jorge; MIASSO, Adriana Inocenti. O impacto da fisioterapia na reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 8, n.1, p. 34-40, jan/abr. 2012.

SILVEIRA, Camila Magalhães et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 1, n. 35, p.31-38, 2008.

VERDEJO-GARCÍA, Antonio; BECHARA, Antoine. A somatic marker theory of addiction. **Neuropharmacology**, n. 56, p. 48-62, 2009.

ANEXO 1 - AUDIT

Versão original e versão em português após backtranslation do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).

Versão original	Versão validada
<p>1. How often do you have a drink containing alcohol?</p> <p>(0) Never (1) Monthly or less (2) 2 to 4 times a month (3) 2 to 3 times a week (4) 4 or more times a week</p> <p>2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?</p> <p>(0) 0 or 1 (1) 2 or 3 (2) 4 or 5 (3) 6 or 7 (4) 8 or more</p> <p>3. How often do you have six or more drinks on one occasion?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p>Skip to questions 9 and 10 if total score for questions 2 and 3 = 0.</p> <p>4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p>5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected from you because of drinking?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p>6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p>7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p>8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?</p> <p>(0) Never (1) Less than monthly (2) Monthly (3) Weekly (4) Daily or almost daily</p> <p>9. Have you or someone else has been injured as a result of your drinking?</p> <p>(0) No (2) Yes, but not in the last year (4) Yes, during the last year</p> <p>10. Has a relative or friend or a doctor or another health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?</p> <p>(0) No (2) Yes, but not in the last year (4) Yes, during the last year</p>	<p>1. Com que frequência tu consumes bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p>2. Pensa em um dia em que tu bebes. Qual bebida bebes? Quantas ___ tu bebes?</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p> <p>3. Quantas vezes tu tomas mais que ___ em uma mesma ocasião?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.</p> <p>4. Pensa no período de ___ (mês em que tu estás) do ano passado até hoje. Quantas vezes tu achaste que não conseguirias parar de beber depois de ter começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p>5. Pensa no período de ___ (mês em que tu estás) do ano passado até hoje. Quantas vezes depois de ter bebido, tu deixaste de fazer alguma coisa que normalmente faria?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p>6. Pensa no período de ___ (mês em que tu estás) do ano passado até hoje. Quantas vezes tu precisaste beber pela manhã para se sentir bem depois ter bebido muito/pesadamente no dia ou na noite anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p>7. Pensa no período de ___ (mês em que tu estás) do ano passado até hoje. Quantas vezes te sentiste culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p>8. Pensa no período de ___ (mês em que tu estás) do ano passado até hoje. Quantas vezes não foste capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido na noite anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p>9. Já aconteceu de tu ferir ou magoar alguém ou de te ferir ou te magoar por causa de ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p>10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que tu bebes ou sugeriu que tu diminuisses?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>