

Como actuar perante o consumo nocivo de álcool?

Guia para cuidados de Saúde Primários



Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

Av. da República, 97-1.º – 1050-190 Lisboa

E-mail: apmcg@apmcg.pt



Associação Portuguesa
dos Médicos de Clínica Geral

Como actuar perante o consumo nocivo de álcool?

**Guia para cuidados
de Saúde Primários**

Autora

Prof. Cristina Ribeiro

Doutorada pela Faculdade de Medicina de Lisboa
Médica de Família do Centro de Saúde de Sete Rios
Representante Nacional de Projectos Europeus sobre Álcool
e Cuidados de Saúde Primários

Adaptado de

AUDIT – The alcohol Use Disorders Identification test: Guidelines for use in Primary Care

Second Edition – World Health Organization 2001. Department of Mental Health and Substance Dependence

Brief intervention. For Hazardous and Harmful Drinking: a manual for use in Primary Care

World Health Organization 2001. Department of Mental Health and Substance Dependence

PHEPA. Primary health care European project on alcohol [Internet]. PHEPA; 2005. Available from: <http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html>

Como actuar perante o consumo nocivo de álcool? Guia para Cuidados de Saúde Primários

Porque é importante detectar os consumos de álcool?
Os Problemas Ligados ao Álcool (PLA), constituem um importante problema de Saúde Pública e interferem com variados aspectos da vida do indivíduo, desde os problemas de saúde individual e familiar, ao nível laboral e social sendo causa frequente de problemas judiciais. O consumo de álcool na União Europeia, está relacionado com 20 a 40% das admissões psiquiátricas, 20 a 40% dos suicídios masculinos, 40 a 60% dos incidentes violentos e com cerca de 30% dos acidentes de viação.

Os Cuidados de Saúde Primários oferecem oportunidades para avaliar os hábitos de consumo de álcool dos utentes, tendo em conta que todos os anos cerca de 70% da população visita o seu médico de família e 90% consulta pelo menos uma vez em cinco anos. A evidência sugere que cerca de 20% dos utentes que utilizam os cuidados primários

rios serão consumidores excessivos. Na rotina diária a maioria destes consumidores excessivos não são diagnosticados.

Estes utentes consultam os seus médicos de família duas vezes mais que um utente médio com queixas gastrointestinais, psiquiátricas e por acidentes ou traumatismos, não se estabelecendo de forma oportuna a relação entre os consumos e as referidas queixas.

O potencial de detecção e intervenção na redução dos problemas ligados ao álcool foi também demonstrado em vários países, nomeadamente através da utilização de questionários de detecção e com intervenções breves.

O álcool está implicado numa variedade de doenças e problemas de natureza legal e social. Apesar de muitos destes problemas de saúde estarem relacionados com contexto dependência severa se **houver consumos de bebidas alcoólicas em quantidades de cerca de 20 a 40 gr de álcool por dia, esse facto já constitui um factor de risco para acidentes, traumatismos e problemas sociais**¹⁰.

Muitos factores contribuem para o desenvolvimento dos problemas relacionados com o álcool, como sejam o desconhecimento dos limites aceitáveis quando se consome, e dos riscos associados ao consumo nocivo. Influências so-

ciais e ambientais, como sejam aspectos culturais e, usos e costumes favoráveis aos consumos excessivos, também desempenham um factor importante.

Um dos benefícios de fazer a detecção é o facto de os utentes que não são dependentes poderem parar ou reduzir os seus consumos de álcool com adequada intervenção. Se forem dependentes alcoólicos, a abstinência torna-se indispensável, o que requer tratamento especializado¹⁰.

Classificação dos Consumos de bebidas alcoólicas da OMS

Consumo de risco (Hazardous) é definido como um padrão de consumo que pode vir a implicar dano físico ou mental se este persistir. É um padrão de consumo de muita importância em saúde pública apesar da ausência de alguma perturbação evidente no utilizador.

A intervenção no caso das pessoas cujo consumo é de risco pode prevenir o aparecimento de problemas.

Binge drinking corresponde ao consumo ocasional de risco ou esporádico excessivo e diz respeito ao consumo ocasional de mais de cinco unidades (supera 50 g de etanol) de qualquer bebida no homem numa única ocasião e quatro unidades na mulher (40 g de álcool) numa única ocasião três ou mais vezes no último mês.

Consumo nocivo (Harmful) define-se como um padrão de consumo que causa danos à saúde quer física quer mental. Todavia o transtorno não satisfaz os critérios de dependência.

Dependência define-se como um padrão de consumos constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado. O tipo de intervenção dos médicos de família na dependência inclui a identificação do problema e a discussão com o consumidor das vantagens de poder ser orientado para um especialista na área da alcoologia. A intervenção na dependência exige diferentes técnicas que justificam a referência aos cuidados secundários.

O que é Unidade de bebida padrão?

Com o intuito de quantificar o consumo de álcool foi criado o conceito de bebida *standard* ou padrão. Consiste numa forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida diariamente ou semanalmente.

Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes gradua-

ções, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool, o que corresponde a uma unidade bebida padrão com cerca de **10 a 12 gr** de álcool puro. Este facto permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas o que facilita os cálculos do total de bebidas consumidas diariamente ou semanalmente.

Em Portugal a correspondência é aproximadamente a que se apresenta no quadro seguinte:

A O.M.S preconiza actualmente como consumo de baixo risco.

Consumo baixo risco

Homem: Até duas unidades de bebida por dia

Mulher: Até uma unidade de bebida por dia

E não beber pelo menos dois dias por semana seja homem ou mulher.

Mas não se deve beber nada se:

- Se estiver grávida ou a amamentar
- Conduzir ou trabalhar com uma máquina
- Tomar medicamentos
- Em situação de doença
- Em situação de dependência alcoólica
- Com idade inferior a 18 anos

Como calcular o conteúdo de álcool numa bebida?

De modo a facilitar o cálculo vamos considerar “UMA UNIDADE DE BEBIDA PADRÃO” e a quantidade de álcool a que corresponde. Cada unidade de bebida contém cerca de 10 gr de álcool puro.

Cálculo de consumo de álcool em unidades e gramas

Tipo de bebida	Volume	Nº Unidades	Nº Gramas
Vinho	1 copo (100 ml)	1	10
	1 litro	10	100
Cerveja	1 imperial (200 ml)	1	10
	1 litro	5	50
Bebidas destiladas	1 bebida de cálice (50 ml)	2	20
	1 cocktail (50 ml)	2	20
	1 litro	40	400
Bebidas generosas	1 bebida de cálice (50 ml)	1	10
	1 vermute (100 ml)	2	20
	1 litro	20	200

Correctamente, para se saber a quantidade em gramas de álcool puro de uma bebida recorre-se à seguinte fórmula:

$$\text{Gramas de álcool puro} = \frac{\text{Quantidade consumida} \times \text{nº graus} \times 0.8}{100}$$

Ex: 1 litro de vinho a 12º contém, em gramas de álcool puro:

$$1 \text{ litro de vinho de } 12^\circ \text{ tem } 12\% \text{ de álcool} \\ 1000 \text{ ml} \times 12 \times 0.8 = 12\,000 \times 0.8 = 9600/100 = 96 \text{ gr}$$

As recomendações para baixo risco são:

No homem – Até 2 bebidas padrão/dia, ou seja não superior a 14 unidades padrão por semana

Na mulher – Até 1 unidade bebida padrão/dia, ou seja não superior a 7 unidades por semana

Homens	Mulheres
2 bebidas padrão / dia	1 bebida padrão / dia
14 bebidas padrão / semana	7 bebidas padrão / semana

Como avaliar clinicamente?

O consumo de bebidas alcoólicas pode condicionar múltiplos problemas clínicos e psicossociais pelo que é muito importante o clínico explorar estas dimensões.

Destacam-se a patologia esofágica, gástrica, do intestino delgado, do pâncreas, hepática assim como perturbações cardiovasculares, hematológicas, osteomusculares, metabólicas, infecciosas, neoplasias e alterações neurológicas. Também podem associar-se perturbações psiquiátricas (ansiedade, depressão, fobias); e outras dependências (tabagismo, benzodiazepinas, cannabis ou outras substâncias ilícitas).

No âmbito psicossocial o consumo excessivo dificulta a

adaptação familiar e sociolaboral devido ao facto do funcionamento cognitivo, emocional e comportamental se deteriorarem em proporção directa com o grau de intoxicação. As primeiras dificuldades aparecem na família e outras relações interpessoais. Existe ainda o risco de separação e divórcio, perda do emprego e um risco aumentado de sofrer acidentes (de viação, laborais ou domésticos).

Contudo, os utentes com consumo excessivo, seja de risco ou nocivo podem manifestar inicialmente poucos sintomas ou sinais clínicos e o médico pode não suspeitar da relação entre algumas queixas inespecíficas e o consumo de álcool. Na anamnese algumas queixas como cefaleias, ansiedade, humor depressivo, dores epigástricas ou abdominais, perda de memória ou cansaço devem alertar o médico para a possibilidade de poder estar perante um problema relacionado com o consumo de álcool.

Do ponto de vista do exame físico pode existir também pouca expressão clínica que sugira o consumo excessivo; alguns utentes podem ter elevação da tensão arterial e taquicárdia.

No contexto da dependência e como expressão de doença crónica pode-se encontrar hepatomegália, telangiectasias e icterícia. Podem existir manifestações neurológicas como tremor, ataxia e polineuropatias; podem também surgir arritmias cardíacas e cardiomiopatias.

Como detectar os consumos?

Primeiro é necessário ter informação suficiente sobre os hábitos de consumo dos utentes de forma a poder decidir se o tratamento depende do médico de família ou se é para referenciar para outro nível de cuidados.

Por outro lado, há que verificar se os hábitos de consumo do utente constituem ou não um problema para o próprio e se está motivado para modificar esses mesmos hábitos.

Níveis de implementação da detecção

1. **Mínima: Detecção dos consumo em populações especialmente vulneráveis (por exemplo: gestantes, adolescentes, filhos de alcoólicos)**
2. **Standard: Detecção dos consumos de subgrupos de populações com maior prevalência de consumos (homens entre os 20-50 anos)**
3. **Máxima: Detecção sistemática dos consumos**

A melhor abordagem seria a sistemática, o que por vezes se torna difícil pela pouca disponibilidade temporal no dia a dia. Nestes casos dever-se-á fazer a detecção em determinados grupos ou situações específicas. A selecção destes grupos pode ser feita tendo como base a relevância epidemiológica no que respeita aos consumos ou tendo como base os riscos para a saúde que o consumo de álcool pode provocar (grávidas, adolescentes).

Para implementar estes hábitos de detecção do consumo de álcool nos Cuidados de Saúde Primários e para otimizar os resultados, as questões relacionadas com o álcool são englobadas em exames gerais de saúde ou perguntas relacionadas com Hábitos e Estilos de Vida tais como exercício físico, hábitos alimentares ou hábitos tabágicos.

O que são questionários breves?

Não sendo instrumentos de diagnóstico, os questionários breves sobre consumo de álcool são dirigidos a pessoas que potencialmente poderão ter o problema (nomeadamente, a população em geral) – consumo nocivo ou dependência – e visam a identificação dos indivíduos que provavelmente têm o problema.

A investigação tem demonstrado que o AUDIT ou o Cage são questionários que detectam cerca do dobro dos consumidores excessivos encontrados nas consultas médicas de rotina e três vezes mais que os revelados por algumas provas laboratoriais: Gama glutamyl transpeptidase (GGT), TGO, TGP, fosfatase alcalina e a transferrina deficiente em hidrato de carbono.

A identificação do tipo de consumos é fundamental já que está demonstrado que se os consumidores nocivos forem sujeitos a intervenções breves ou aceitarem um plano de tratamento, reduz-se os níveis de consumo, sendo tanto mais

eficazes quanto mais precocemente decorrerem estas mesmas intervenções.

Inquérito sistemático do consumo de bebidas alcoólicas SIAC (*Systematic Inventory of Alcohol Consumption*)

O SIAC consta de três questões sobre quantidade e frequência do consumo.

De forma a simplificar os cálculos utiliza a unidade de bebida padrão.

1. Quando consome bebidas alcoólicas (vinho, cerveja etc.) quantos copos bebe num dia? (Expresso em unidades de bebida padrão)
2. Com que frequência o faz? (número de dias da semana)
3. Nos fins de semana (ou nos dias festivos) muda os seus hábitos de consumo?

Ficha de registo

	Quantidade	Dias	Total
Consumos diários			
Consumo dias festivos e fins de semana			

AUDIT

Aplicabilidade prática do AUDIT de dez perguntas (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) da OMS e AUDIT C (três primeiras perguntas do AUDIT)

O AUDIT foi desenvolvido pela OMS como um método simples de identificação do consumo excessivo de álcool e permite fazer a abordagem em função dos resultados do questionário com uma intervenção breve. Foi desenhado para os Cuidados de Saúde Primários e consistente com a classificação CID -10 para consumo nocivo e dependência.

Qual o procedimento mais apropriado?

Para facilitar a detecção pode começar por se utilizar o AUDIT C, que inclui apenas as três primeiras AUDIT e constitui o primeiro momento de preenchimento. Neste caso, a pontuação máxima é de 12 e acima de 4 (maior ou igual a 5), no homem, ou acima de 3 (maior ou igual a 4), na mulher já existe consumo de risco. Uma pontuação menor, abaixo destes valores, corresponde a uma classificação de consumo de baixo risco.

A primeira pergunta versa a frequência dos consumos; a segunda, a quantidade de álcool num dia de consumos e a terceira, a frequência de episódios de consumo acentuado (*binge drinking*).

Em homens cujo valor da pontuação AUDIT C seja maior

que 4 e em mulheres cujo valor da pontuação seja maior que 3, **devem ser completados os dez itens do AUDIT, para uma avaliação mais completa.** Após esta avaliação, torna-se possível situar o doente por níveis de risco e fazer uma intervenção breve.

Quanto mais alta a pontuação do AUDIT, maior a probabilidade do consumo de álcool do indivíduo estar a afectar a sua saúde e segurança e maior a probabilidade de estarmos perante uma dependência alcoólica o que justifica, para além da aplicação do instrumento AUDIT, a realização da história clínica que permite fazer o diagnóstico clínico.

Pacientes que tenham estado no passado em tratamento por dependência deverão ser avaliados e, se necessário, referenciados, com **qualquer pontuação positiva no AUDIT.** O questionário AUDIT pode ser administrado separadamente ou combinado com outras questões como parte de uma entrevista geral de saúde, um questionário de estilo de vida e fundamentalmente da história clínica que permita fazer o diagnóstico de consumo nocivo ou dependência alcoólica.

Uma vez realizada a detecção o passo seguinte é providenciar a intervenção adequada, que vai ao encontro das necessidades de cada utente.

Provas laboratoriais

Tradicionalmente o volume globular médio (VGM), a gama glutamil transpeptidase (GGT), e as transaminases glutamino oxaloacética e glutamino piruvica (TGO e TGP) têm sido recomendadas para identificar pacientes com consumo elevado de álcool. Foi ainda proposta a utilização da transferrina deficiente em hidratos de carbono (CDT).

Actualmente aceita-se que estas provas laboratoriais **não servem como método de detecção** mas constituem bons indicadores de lesão ou dano, nomeadamente hepático, e facilitam o seguimento de pacientes com valores elevados. São úteis como reforço positivo nos utentes que estão a reduzir o consumo ou que estão abstinentes no contexto da dependência alcoólica.

Assim, as provas laboratoriais, consideradas isoladamente são menos fiáveis para diagnosticar consumo nocivo de bebidas alcoólicas nomeadamente em cuidados de saúde primários. Mas para o propósito de monitorização algumas análises nomeadamente hepáticas podem ser úteis para alguns utentes. Por exemplo consumo nocivo e crónico do uso de álcool pode estar associado a elevação da GGT, o que pode ajudar na monitorização do sucesso do tratamento.

Que tipo de Intervenção deverá ser feita após a detecção?

O Ciclo da Mudança

Prochaska e Di Clemente descreveram um conjunto de fases que decorrem no processo de mudança de comportamentos. Essas fases são as de pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção. Existe ainda a recaída que corresponde ao retorno a uma etapa anterior a acção.

Neste modelo, a mudança é um processo com várias fases e a motivação para mudar vai crescendo gradualmente. O profissional de saúde será mais eficaz se identificar a fase em que se encontra o utente e ajustar a sua intervenção às características dessa fase. As várias fases também podem ser ilustradas como patamares de uma “escada”. As recaídas podem ocorrer em qualquer um dos “degraus”, num processo com avanços e recuos até chegar à meta que é a mudança.

É possível encontrar utentes que não têm consciência do problema e não estão motivados para mudar (**pré-contemplação**).

A fase seguinte é marcada pela insegurança e ambivalência face à mudança. O utente não está certo de querer mudar o seu comportamento (**contemplação**).

A terceira fase corresponde à preparação para mudar. Uma decisão foi tomada, a sua implementação foi planeada e começa a ser executada (**preparação**).

A quarta fase o utente mudou comportamento (**acção**).

A quinta fase é de manter esse comportamento (**manutenção**). É necessário enfrentar situações de risco e contar por vezes com o suporte do profissional de saúde no sentido de manter a mudança.

Mas a recaída também pode acontecer. A recaída pode ser mais um passo no sentido da mudança efectiva beneficiando da experiência já realizada.

Ciclo de Mudança

(Prochaska & DiClemente)



O que é Entrevista Motivacional?

(Miller & Rollnick 1991 & 2002)

É um modelo para abordar situações em pré-contemplação e em contemplação relativamente a uma mudança de comportamento.

O objectivo é permitir que o utente progrida no sentido da preparação para a mudança reforçando as suas preocupações com o problema.

As situações de contemplação são marcados pela ambivalência. Em vez de se considerar a ambivalência como um sinal de negação e de resistência à mudança tentando estratégias para a eliminar (o que reforça a resistência e o conflito), o profissional deve manifestar compreensão e aceitar a ambivalência como um comportamento normal.

Abordagem na entrevista será no sentido de explorar e resolver a ambivalência do utente e ajudá-lo a encontrar razões para mudar. Existem duas fases que são:

- 1 – Criar motivação para mudar
- 2 – Reforçar compromisso com a mudança

Se seguir os princípios e técnicas da Entrevista Motivacional, o profissional centra a abordagem no utente e deixa-o conduzir o processo, evitando a confrontação. Avalia assim melhor em que fase o mesmo se situa no processo de mudança e ajusta a intervenção às suas necessidades em

vez de oferecer ajuda, informação e conselhos de uma forma rotineira.

A Entrevista Motivacional pode ser utilizada igualmente para abordar outros contextos relacionadas com hábitos e estilos de vida, tais como o tabaco, a adesão à medicação, a alimentação e a inactividade física.

Existem seis princípios fundamentais na entrevista motivacional:

1 – Expressar empatia

2 – Identificar discrepâncias

3 – Gerir a resistência à mudança

4 – Evitar confrontos directos

5 – Promover a confiança e a capacidade do utente

6 – Colocar perguntas abertas

7 – Reflectir e sintetizar

• 1. Expressar empatia

Expressar empatia significa transmitir respeito e interesse pelo utente. Escutar no sentido de perceber a perspectiva do utente, sem juízos de valor ou críticas. Empatia e compreensão geram confiança, facilitando a mudança do comportamento

• 2. Identificar as discrepâncias

Ampliar as diferenças entre o comportamento presente e as metas, de forma que a mudança se torna importante.

• 3. Gerir a resistência à mudança

Envolver o utente no processo de resolução do problema.

• 4. Evitar confrontos directos

Abordar directamente o comportamento pode provocar aumento da resistência. Não impor perspectivas.

Utentes são livres para decidir o que o profissional lhe oferece e as opiniões oferecidas podem ser ou não aproveitadas.

Aparecimento de resistência é um indicador de reflexão para mudança de estratégia.

• 5. Promover a confiança e a capacidade do utente

Uma das estratégias mais importantes é reforçar a confiança do utente e acreditar que ele é capaz de mudar.

• 6. Formular perguntas abertas

É a técnica mais importante para uma boa entrevista. Uma pergunta aberta, colocada de forma genuína, sugere que o profissional está aberto a qualquer resposta; Fazer perguntas abertas leva o utente a falar, a dar informações importantes sobre o que pensa. São perguntas abertas aquelas que proporcionam uma resposta diferente de “sim” ou “não”. Exemplos de início de perguntas abertas:

O que acha? O que pensa sobre...? De que forma...? Como se sente sobre...? Como gostaria que...? Que importância...? O que sabe sobre...? Quem...? Como...? Para que...? Quando é que...?

- 7. Reflectir e sintetizar

Reflectir consiste em explorar em voz alta o que está a ser comunicado e sintetizar consiste em reforçar os aspectos mais relevantes já analisados e ligá-los entre si no sentido da mudança.

Exemplos de início de frases em que utiliza a escuta reflexiva:

Sente que...

É como se você...

Pergunta a si próprio se...

Está a dizer que...

O que são Intervenções breves de base motivacional?

O profissional de saúde deve intervir em função da severidade ou gravidade do problema, comorbidade associada, e problemas psicológicos associados e da motivação do utente para alterar os seus comportamentos ligados ao consumo das bebidas alcoólicas.

Intervenção no consumo de risco e ou nocivo

Estes modelos de intervenção breve baseados na entrevista motivacional são intervenções com uma duração média de cinco a dez minutos e podem decorrer em 3 ou 4 sessões que têm por finalidade modificar o comportamento de risco de um indivíduo, nomeadamente na redução dos seus níveis de consumo de álcool.

Aspectos essenciais das intervenções breves para consumo de risco e nocivo nos Cuidados de Saúde Primários

1. Verificar quantidade e frequência consumos
2. Rever níveis consumo com o utente
3. Dar conhecimento ao utente do risco pessoal para os problemas ligados ao álcool
4. Dar orientação no sentido da redução ou da abstinência em função da situação identificada
5. Analisar com o utente a responsabilidade pessoal da decisão de reduzir/ou parar de beber
6. Encontrar o tempo apropriado para a mudança
7. Estabelecer os objectivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com o utente
8. Propor um diário dos consumos
9. Sugerir meios para modificação do comportamento, técnicas de coping e materiais de auto ajuda
10. Encorajar automotivação e optimismo

Adaptado de Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings. 1999

Quando um utente modifica o seu estilo de vida, como seja o consumo de tabaco ou de álcool, evolui para a decisão passando por fases de mudança que são **pré-contemplação** (não preparados para mudar), **contemplação** (ambivalência em relação à mudança), **preparação** (planeando a mudança), **acção** (o acto da mudança) e a **manutenção** (mantendo e perpetuando o novo comportamento). Este modelo de mudança pode ser percebido como um percurso, podendo o utente ter períodos de recuo e de avanço dependendo das vantagens e inconvenientes do manter ou mudar esse comportamento.

Faz sentido a intervenção ser feita em função do nível de motivação do utente. Se o utente está em fase de pré-contemplação a intervenção é mais orientada para avaliação dos consumos com a finalidade de motivar o utente para a preparação e acção que será a modificação dos hábitos do consumo. Se o utente está a pensar em agir no sentido da mudança (fase contemplação) a ênfase será na abordagem da ambivalência da decisão.

Se o utente está preparado para a mudança o mais importante será definir com o utente as metas a atingir e assegurar um compromisso do utente em reduzir os consumos para níveis de baixo risco. Portanto a sequência será, informação, estabelecimento de metas e reforço ou encorajamento.

A manutenção passa por programar **outras consultas de seguimento e de suporte** o que permite ajudar o utente a identificar recaídas das metas propostas. Se o utente está a fazer progressos com autonomia e motivação então dever-se-á espaçar para uma visita 6/6 meses ou anual. Porém se o utente tem dificuldade de cumprir as metas a que se propôs poder-se-á reconsiderar a intervenção feita e prever uma referenciação.

Livro Guia de Auto Ajuda

Pode entregar-se ao utente um livro de auto ajuda que tem como finalidade ajudar o utente a situar algumas dificuldades sentidas no percurso de mudança que pode sinalizar e posteriormente analisar com o seu médico. Este livro ajuda a esclarecer quais os limites do consumo com baixo risco.

O papel da família

Quando o utente tem problemas ligados ao álcool, os efeitos negativos do consumo são sentidos pelo utente e também pela família e amigos. Quando um familiar manifesta desconforto relacionado com o consumo de um elemento da família, o médico deve estar atento às preocupações expressas e deve orientá-los no sentido de que estas pessoas possam

ajudar o consumidor no sentido da redução dos seus consumos. Estes familiares devem ser encorajados a falar com o consumidor e expressar o seu interesse pelo problema providenciando suporte emocional. Estas intervenções devem ter um tom não ameaçador ou confrontador mas sim de disponibilidade e ajuda porque a decisão da mudança de comportamento em relação aos consumos depende sempre da motivação do próprio.

Intervenção face à dependência

Nos utentes que mostram evidência de dependência alcoólica, a finalidade terapêutica é a abstinência das bebidas alcoólicas e referência a um programa especializado de tratamento. A decisão por tratamento ambulatorio ou internamento depende da gravidade da dependência manifesta por sintomas de privação, gravidade clínica, situação profissional, suporte familiar, acessibilidade a programas de tratamento. Utes que possam não estar motivados para tratamento formal podem preferir grupos de auto ajuda, como os oferecidos pelos AA - Alcoólicos Anónimos em articulação com suporte médico. Outros Grupos de auto ajuda existem para dar apoio aos membros familiares do doente com dependência alcoólica. Caso tenha que ser referenciado, é razoável fazer uma intervenção breve no sentido de motivar o doente a aceitar o tratamento num centro especializado. Dever-se-á ter uma lista actualizada dos Centros

de referência, números de telefone e forma de articulação. Poderá ser importante com os centros de referência estabelecerem-se alguns protocolos de referência que permitam perante a suspeita de dependência fazer a referência da forma mais adequada em função dos recursos existentes. Deverá consultar a Rede de Referência/articulação da sua área.

Aplicabilidade do AUDIT

Questionário AUDIT e pontuação

O quadro seguinte descreve as dimensões e os itens do AUDIT. Consiste em 10 questões sobre uso de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados com o álcool.

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 a 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos.

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe 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 de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por 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 ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
- 2 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses
 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

DIMENSÃO E CORRESPONDÊNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO AUDIT		
DIMENSÃO	RESPECTIVAS QUESTÕES	CONTEÚDO DO ITEM
Caracterização do consumo AUDIT C	1	Frequência do consumo
	2	Quantidade
	3	Frequência de consumo elevado
Sintomas de dependência	4	Descontrole no consumo
	5	Limitações com o consumo
	6	Consumos pela manhã
Consequências do consumo	7	Sentimento de culpa após beber
	8	<i>Blackouts</i> (lapsos de memória)
	9	Consequências para outros, por beber
	10	Preocupação de outros pelo consumo

AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care
 Second Edition – World Health Organization 2001. Department of Mental Health and Substance Dependence

Todos os utentes devem ser triados de preferência anualmente. Pode ser administrado separadamente, ou combinado com outras questões como parte de uma entrevista geral de saúde, um questionário de estilo de vida ou da história clínica.

Para aumentar a receptividade do utente ao questionário deve-se ser empático e não confrontador.

A pontuação do questionário AUDIT permite orientar a intervenção.

Pontuação AUDIT	Intervenção
0-7	Educação e informação sobre risco
8-15 (risco)	Intervenção breve
16-19 (nocivo)	Intervenção breve + monitorização continuada
20-40 (dependência)	Referenciar para tratamento Serviços especializados em dependências

Fonte: AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care
 Second Edition – World Health Organization 2001. Department of Mental Health and Substance Dependence

O questionário AUDIT pode ser administrado separadamente ou combinado com outras questões como parte de uma entrevista geral de saúde, um questionário de estilo de vida e fundamentalmente da história clínica que permita fazer o diagnóstico de consumo nocivo ou dependência alcoólica.

Adaptado de Brief Intervention. For Hazardous and Harmful Drinking: a manual for use in Primary Care
 World Health Organization 2001. Department of Mental Health and Substance Dependence

Que tipo de intervenção em função da pontuação obtida do AUDIT?

Consumo de baixo risco (Pontuação do AUDIT 0-7)

- Dar feedback sobre os resultados do teste
- Esclarecer o utente sobre o nível de riscos e as consequências de ultrapassar esses níveis

Consumo de risco (Pontuação AUDIT 8-15)

- Introduzir o problema explicando a importância dos resultados
- Explicar o que é uma bebida *standard* ou padrão
- Dar informação sobre os efeitos dos consumos excessivos
- Analisar a necessidade de reduzir consumos ou parar de beber
- Concluir com encorajamento

Consumo nocivo (Pontuação AUDIT 16-19)

- Situar em que fase motivacional se encontra o utente e em função disso intervir

Fases de mudança e intervenção

Fases	Definição	Intervenção breve – Elementos a destacar
Pré-contemplação	O Utente com consumo de risco ou nocivo não considera a possibilidade de mudar os seus consumos e não tem consciência dos efeitos	Feedback dos resultados do teste e informação sobre os riscos do consumo excessivo das bebidas alcoólicas
Contemplação	O utente tem noção dos efeitos do álcool e está ambivalente sobre a mudança dos hábitos	Ênfase nos benefícios da mudança, informação sobre os efeitos do álcool e escolher uma meta a atingir em relação aos consumos
Preparação	O utente está decidido a mudar de hábitos e planeia passar à acção	Analisar a escolha da meta como a atingir e reforço positivo na capacidade
Acção	O utente já começou a reduzir ou parou de beber mas ainda não constante na mudança	Avaliar o processo de mudança e situações difíceis e Encorajamento
Manutenção	O utente adquiriu hábitos diferentes de consumo ou está mesmo abstinente de uma forma constante	Encorajamento

Brief intervention. For Hazardous and Harmful Drinking: a manual for use in Primary Care

World Health Organization 2001. Department of Mental Health and Substance Dependence

Dependência (Pontuação do AUDIT \geq 20)

- Avaliação analítica
- Intervenção breve para Referenciação

Os elementos da intervenção breve são portanto:
Apresentar os resultados da detecção; identificar riscos e analisar as consequências, providenciar informação médica; solicitar o compromisso do utente; identificar metas a atingir; reforçar e encorajar.

No contexto da **dependência o utente deve ser referenciado**. Algumas considerações devem ser ponderadas quando o utente não está preparado para ser referenciado. Mesmo neste contexto uma intervenção breve com o intuito da referenciação, justifica-se tendo como ponto de partida os resultados da avaliação clínica e analítica.

Quando intervir em Cuidados Primários?

Consumo de risco

Consumo nocivo (abuso de álcool)

Dependência Alcoólica ligeira se:

- Sem comorbilidade psiquiátrica
- Sem Complicações clínicas
- Sem Limitações sociais

Quando referenciar?

- Dependentes alcoólicos
- Dependentes alcoólicos com tratamentos anteriores
- Risco de privação moderada a severa
- Comorbilidade psiquiátrica
- Sem suporte familiar ou social
- Uso regular de outras substâncias aditivas