



GUIA PARA CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

COMO ATUAR PERANTE O CONSUMO DE ÁLCOOL?



GEsCAAd
Grupo de Estudos de Comportamentos Aditivos

COMO ATUAR PERANTE O CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL?

Guia para Cuidados de Saúde Primários

Grupo de Estudos de Comportamentos Aditivos (GEsCAd)

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF)

Citação sugerida: Como atuar perante o consumo nocivo de álcool? Guia para Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Grupo de Estudos de Comportamentos Aditivos, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; 2024.

2024

Dimensão da Problemática.....	8
Fatores Influenciadores.....	8
Impacto do consumo de álcool e suas manifestações.....	8
Conceitos chave em Alcoologia.....	9
Tipos de Prevenção.....	10
Categorização do consumo.....	13
Quantificação do consumo.....	14
Quantidade máxima diária recomendada.....	15
Rastreio de Consumo excessivo de álcool.....	17
O que são questionários breves?.....	17
História Clínica, Meios Complementares de Diagnóstico, Registo clínico e Codificação....	19
O Ciclo de Mudança – Modelo de Prochaska e DiClemente.....	22
O que é a Entrevista Motivacional?.....	23
Intervenções breves de base motivacional com base no nível de consumo.....	25
Intervenções breves de base motivacional com base no Modelo dos 5 A's.....	26
O papel da família.....	27
Níveis de cuidados em problemas ligados ao álcool.....	28
Dados gerais.....	30
Anamnese.....	30
Interpretação dos resultados.....	33
Sugestão de abordagem com o utente.....	33
ANEXO I – Questionário AUDIT.....	37
ANEXO II – Plano de Redução de Bebidas Alcoólicas.....	39



AUTORES

Professora Dr^a. Cristina Ribeiro

- Coordenadora Geral do Grupo de Estudos de Comportamentos Aditivos (GEsCAD) da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF).
- Médica especialista de Medicina Geral e Familiar (MGF) e Terapeuta Familiar.
- Professora docente e doutorada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL).
- Presidente da Associação Portuguesa de Medicina da Adição (APMA).

Dr^a. Raquel F. Castro

- Membro da Coordenação do GEsCAD da APMGF.
- Assistente de MGF na Unidade de Saúde Familiar (USF) Reynaldo dos Santos, Unidade Local de Saúde (ULS) Estuário do Tejo.
- Membro dos corpos sociais da APMA.
- Docente livre convidada da Disciplina Optativa “Alcoologia e Consequências do Consumo Nocivo de Álcool na Comunidade” da FMUL.

Dr^a. Vânia de Oliveira

- Membro da Coordenação do GEsCAD da APMGF.
- Assistente de MGF na USF O Basto, ULS Alto Ave.
- Membro dos corpos sociais da APMA.
- Docente livre convidada da Disciplina Optativa “Alcoologia e Consequências do Consumo Nocivo de Álcool na Comunidade” da FMUL.

Dr^a. Mónica Ruivo Rosa

- Membro da Coordenação do GEsCAD da APMGF.
- Assistente de MGF na USF Génesis, ULS Loures-Odivelas.
- Membro da APMA.
- Docente livre convidada da Disciplina Optativa “Alcoologia e Consequências do Consumo Nocivo de Álcool na Comunidade” da FMUL.

Dr. Telmo Medeiros Guerreiro

- Membro da Coordenação do GEsCAD da APMGF.
- Assistente de MGF na USF Eça, ULS Arco Ribeirinho.
- Membro da APMA.

- Docente livre convidado da Disciplina Optativa “Alcoologia e Consequências do Consumo Nocivo de Álcool na Comunidade” da FMUL.

Dr^a. Joana Ribeiro da Silva

- Membro ativo do GEsCAD da APMGF.
- Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Anta, ULS Espinho/ Gaia.

Dr. Armando Felgueiras

- Membro ativo do GEsCAD da APMGF.
- Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Cuidar Saúde, ULS Almada/Seixal.

Dr^a. Vânia Mendes de Oliveira

- Membro ativo do GEsCAD da APMGF.
- Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF VitaSaurium, ULS Baixo Mondego.

Dr^a. Carla Pereira Gomes

- Membro ativo do GEsCAD da APMGF.
- Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Terras de Azurara, ULS Viseu Dão Lafões.

Dr^a. Raquel Brites

- Membro ativo do GEsCAD da APMGF.
- Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF São Simão da Junqueira, ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde.

Dr^a. Ana Inês Almeida

- Membro ativo do GEsCAD da APMGF.
- Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Serra da Lousã, ULS Coimbra.



- APMA** – Associação Portuguesa de Medicina da Adição
- APMGF** – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- AUDIT** – Alcohol Use Disorders Identification Test
- CAGE** – Cutting down, Annoyance by criticism Guilty feeling and Eye-opener
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- DSM-5** – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição
- FMUL** – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- GEsCAD** – Grupo de Estudos de Comportamentos Aditivos
- GGT** – Gama Glutamil-Transferase
- ICPC-2** – Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários 2
- MAST** – Michigan Alcoholism Screening Test
- MGF** – Medicina Geral e Familiar
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PLA** – Problemas Ligados ao Álcool
- TGO** – transaminase-oxalacética
- TGP** – transaminase glutâmico-pirúvica
- UBP** – Unidades de Bebida Padrão
- ULS** - Unidade Local de Saúde
- USF** – Unidade de Saúde Familiar
- VGM** – Volume Globular Médio

INTRODUÇÃO I. Dimensão da Problemática



I. Dimensão da Problemática

Embora os efeitos do álcool sejam conhecidos desde a Antiguidade, só a partir de meados do século XX é que o alcoolismo foi considerado uma doença, e só mais tarde os Problemas Ligados ao Álcool (PLA) foram identificados como um importante problema de Saúde Pública. Os PLA apresentam um possível impacto em diferentes esferas da vida do indivíduo – desde a sua saúde individual, bem-estar familiar, laboral e até mesmo comunitário, sendo causa frequente de problemas judiciais.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), apontam as doenças não transmissíveis, principalmente cardiovasculares e neoplasias, como responsáveis por 69% das mortes globais em 2008. Estando bem estabelecida a relação destas patologias com o consumo excessivo de álcool, a maioria dessas mortes prematuras são evitáveis através de alterações do estilo de vida. A nível nacional, o consumo de álcool ocupa o sexto lugar na lista dos 15 principais fatores de risco de morte prematura, doença e incapacidade.

O potencial de deteção de consumo excessivo de álcool encontra-se amplamente comprovado na literatura, através da aplicação de questionários de deteção simples e rápidos de utilizar na prática clínica. Da mesma forma, a eficácia das técnicas de intervenção breve encontra-se também comprovada (número necessário para tratar=8), as quais estão ao alcance de um amplo leque de profissionais de saúde.

Fatores Influenciadores

Estão identificados vários fatores influenciadores no desenvolvimento dos PLA:

- **Fatores individuais** – predisposição genética, género, desconhecimento dos limites aceitáveis de consumo e dos riscos associados;

- **Fatores ambientais/culturais** – aspetos políticos e de tributação, publicitação dos produtos, aceitação cultural e costumes favoráveis aos consumos excessivos.

Ainda que estes fatores ambientais desempenhem um papel significativo no início do consumo, os fatores individuais têm uma influência importante na progressão para padrões de consumo mais regulares.

Impacto do consumo de álcool e suas manifestações

O álcool encontra-se identificado na literatura como ocupando uma posição relevante como fator de risco de mais de 200 patologias, entre as quais patologias do foro gastro-esofágico, pancreático, hepático, patologias cardiovasculares, hematológicas, osteoarticulares, metabólicas, infecciosas, neoplasias e alterações neurológicas. As principais manifestações físicas associadas ao consumo excessivo de álcool são hepatomegalia, telangiectasias, icterícia, tremor, asterixis, ataxia e polineuropatias.

O consumo excessivo de álcool pode também associar-se perturbações psiquiátricas como sejam a perturbação de ansiedade, depressão e fobias, bem como a outras dependências (tabagismo, benzodiazepinas, substâncias ilícitas e dependências sem substâncias).

No âmbito psicossocial, o consumo excessivo dificulta a adaptação familiar e socio-laboral, uma vez que o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental podem ser deteriorados. Geralmente, as primeiras dificuldades aparecem no relacionamento com a família e outras relações interpessoais, culminando num aumento do risco de separação e divórcio, perda de emprego e acidentes (de viação, laborais ou domésticos).

O consumo excessivo pode manifestar-se inicialmente de uma forma indolente e inespecífica, constituindo frequentemente o motivo oculto nas consultas de Medicina Geral e Familiar. É, por vezes, difícil estabelecer a relação entre queixas variadas e inespecíficas, como sejam as cefaleias, ansiedade, humor depressivo, dores epigástricas/ abdominais, perda de memória ou cansaço, com o consumo de álcool. Assim, o Médico de Família ocupa um lugar preponderante na orientação destes indivíduos, uma vez que apresenta como pilar basilar da sua prática clínica os cuidados em continuidade e em contacto com a família e a comunidade.

A maioria dos doentes com consumos excessivos de álcool
NÃO É DIAGNOSTICADA

Conceitos chave em Alcoologia

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição, ou DSM-5, integra os dois transtornos do DSM-IV – abuso de álcool e dependência de álcool – em um único transtorno designado Perturbação do Uso do Álcool (*“Alcohol Use Disorder”*), com as subclassificações leve, moderado e grave. É definido como um padrão problemático de uso de álcool que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por ≥ 2 dos seguintes e ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

- O álcool é frequentemente consumido em grandes quantidades ou por períodos mais longos do que planeado.
- Desejo persistente ou esforços mal sucedidos para reduzir ou controlar o uso de álcool.
- Grande parte do tempo é gasto em atividades necessárias para obter, consumir ou recuperar dos seus efeitos.
- Uso recorrente de álcool, resultando no incumprimento de obrigações no trabalho, na escola ou em casa.
- Uso continuado de álcool apesar de problemas sociais/interpessoais persistentes/recorrentes causados/exacerbados pelos seus efeitos.
- Importantes atividades sociais/ocupacionais/recreativas são abandonadas/reduzidas devido ao seu uso.



- Uso recorrente de álcool em situações em que é fisicamente perigoso.
- O uso de álcool é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico/psicológico persistente/recorrente que provavelmente foi causado/exacerbado pelo álcool.

Abstinência

Tolerância

Craving.

Já o diagnóstico de **SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA** é definido por qualquer um dos dois critérios seguintes:

- **Critério A:** ≥ 2 dos seguintes sintomas, que se desenvolvem após várias horas ($\approx 4-12$ h) até alguns dias após a cessação/redução do consumo de álcool:

- Hiperatividade autonómica (sudorese, pulso > 100 bpm)
- Aumento do tremor das mãos
- Insónia
- Náusea e vômito
- Alucinações ou ilusões transitórias (visuais, táteis, auditivas)
- Agitação psicomotora
- Ansiedade
- Convulsões tónico-clónicas generalizadas

- **Critério B:** o álcool é ingerido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

A definição de **TOLERÂNCIA** traduz-se na necessidade de quantidades acentuadamente maiores de álcool para atingir intoxicação ou o efeito desejado, ou então um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de álcool. O conceito de **CRAVING** reflete um forte desejo de beber, que torna difícil pensar em qualquer outra coisa. Nestes contextos, o desempenho escolar/profissional podem ser afetados; os cuidados parentais ou responsabilidades domésticas podem ser negligenciados; o indivíduo pode usar álcool em circunstâncias fisicamente perigosas (conduzir, nadar, operar máquinas); o indivíduo pode continuar a consumir álcool apesar do conhecimento de que o consumo continuado representa problemas significativos.

Tipos de Prevenção

A prevenção em comportamentos aditivos implica uma abordagem multifatorial e multidisciplinar, na medida em que o desafio na abordagem da adição está em ajudar o indivíduo a ajustar o seu comportamento face às múltiplas influências externas e esferas afetadas. Essa visão reflete-se no atual modelo de Mrazek e Haggerty (ilustração 1). Baseando-se na vulnerabilidade e risco geral dos indivíduos, esta classificação revela-se mais

adequada face ao paradigma de prevenção primária, secundária e terciária o qual, embora útil para descrever o desenvolvimento de patologias, é menos adequado para descrever a complexidade do comportamento humano.

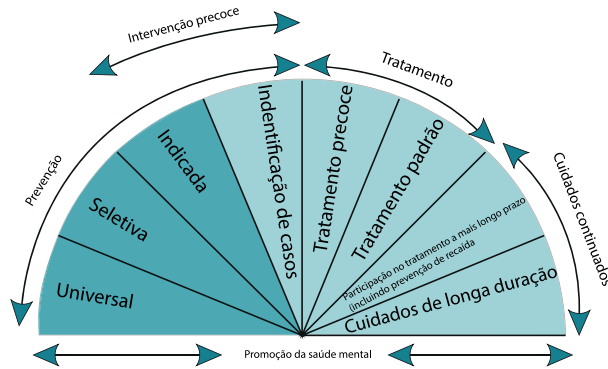


Ilustração 1. Tipo de prevenção e de respetivas respostas aos problemas por comportamentos aditivos - adaptado de Mrazek e Hoggert,1994. Figura retirada de "Currículo Europeu de Prevenção: manual para decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos no domínio da prevenção do consumo de substâncias com base em evidência científica, 2019".

De acordo com este modelo:

– A **PREVENÇÃO UNIVERSAL** dirige-se à população geral ou subgrupos (uma comunidade local, alunos, um bairro), independentemente do risco subjacente ou historial de comportamento. As estratégias são dirigidas a grandes grupos sem qualquer triagem prévia. O objetivo é prevenir ou atrasar o início do comportamento aditivo.

– Na **PREVENÇÃO SELETIVA** são utilizados indicadores sociodemográficos e contextuais que permitem identificar subpopulações onde o risco é significativamente superior – situações de exclusão social, jovens infratores, abandono escolar, minorias étnicas, bairros carenciados, famílias vulneráveis, ambientes de vida noturna, etc. Centra-se na melhoria das suas oportunidades em condições sociais difíceis.

– A **PREVENÇÃO INDICADA** é definida pela avaliação do risco individual, sendo dirigida a pessoas que apresentam fatores de risco ou sintomas que sugerem uma perturbação. O objetivo não é necessariamente prevenir o início do comportamento, mas ajudar a lidar com características individuais e fatores de risco ambientais que tornam a pessoa mais vulnerável, diminuindo a frequência do comportamento ou prevenindo a progressão para padrões mais nocivos.

– Mais recentemente tem sido desenvolvida a **PREVENÇÃO AMBIENTAL**, comparável à prevenção primordial. Visa modelar o ambiente cultural social, físico e económico imediatos. Incluem, p.ex. a tributação, proibição de publicidade, controlo de idade de acesso, proibição de tabaco e produtos semelhantes em certos espaços.



II. Classificação do consumo

II. Classificação do consumo

Categorização do consumo

O consumo de álcool inicia-se geralmente como um comportamento de baixo risco, mas a sua manutenção pode levar à escalada do consumo, conceito conhecido como *continuum* de risco. Seguidamente apresenta-se a classificação dos níveis de consumo preconizada pela OMS, seguida de uma breve descrição da intervenção em cada uma, a qual será mais detalhadamente descrita adiante:

BINGE DRINKING

Corresponde ao consumo esporádico excessivo e diz respeito ao consumo ocasional de mais de seis Unidades de Bebida Padrão (UBP) para o homem e cinco unidades para a mulher, numa única ocasião, no espaço de duas horas.

CONSUMO DE RISCO (“HAZARDOUS”)

Padrão de consumo que, persistindo, pode vir a implicar dano físico ou mental, mas ainda sem manifestação clínica. É um padrão de consumo de muita importância uma vez que a intervenção em indivíduos neste nível de consumo pode prevenir o aparecimento de PLA. Nestes indivíduos deve ser colhida uma história clínica completa (incluindo eventos traumáticos) e feito o exame objetivo para avaliação de possíveis sinais físicos relacionados com o consumo.

CONSUMO NOCIVO (“HARMFUL”)

Padrão de consumo que já se traduz em danos à saúde física, mental e/ou sociofamiliar. Para além da abordagem descrita no nível de consumo de risco, deverão ser realizados exames complementares de diagnóstico de acordo com os sintomas e/ou sinais identificados.

DEPENDÊNCIA

Padrão 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 atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado. Para além da intervenção inicial descrita para o consumo nocivo, o papel do médico de família deverá incluir uma avaliação da rede de apoio do indivíduo e orientação para uma equipa de tratamento especializada.

A categorização do nível de risco torna-se essencial para que o profissional seja capaz de adequar as suas intervenções a cada situação.



Quantificação do consumo

Com o intuito de quantificar o consumo de álcool, foi criado o conceito de Unidade de Bebida Padrão (UBP). Consiste numa forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida diária ou semanalmente. Os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool - uma UBP, que corresponde a cerca de 10 a 12 gr de álcool puro. Esta aproximação permite, de uma forma simples para a prática clínica, quantificar o consumo de álcool do indivíduo.

TIPO DE BEBIDA (teor alcoólico médio)	VOLUME	Nº UNIDADES BEBIDA PADRÃO	Nº GRAMAS ÁLCOOL
Cerveja (6%)	1 imperial (200 ml)	1	10
	1 litro	5	50
Vinho (12%)	1 copo (100ml)	1	10
	1 litro	10	100
Bebidas generosas (20%)	1 bebida de cálice (50 ml)	1	10
	1 vermute (100 ml)	2	20
	1 litro	20	200
Bebidas destiladas (40%)	1 bebida de cálice (50 ml)	2	20
	1 cocktail (50 ml)	2	20
	1 litro	40	400

Quadro 1. Características das principais bebidas alcoólicas consumidas em Portugal.

Existem, contudo, a possibilidade de realizar o cálculo mais preciso através da seguinte fórmula:

$$\text{Gramas de álcool puro} = \frac{\text{quantidade consumida (mL)} \times \text{Graduação da bebida (\%)} \times 0,8}{100}$$

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

$$\frac{1000 \text{ (mL)} \times 12(\%) \times 0,8}{100} = \frac{9600}{100} = 96 \text{ gramas de álcool puro}$$

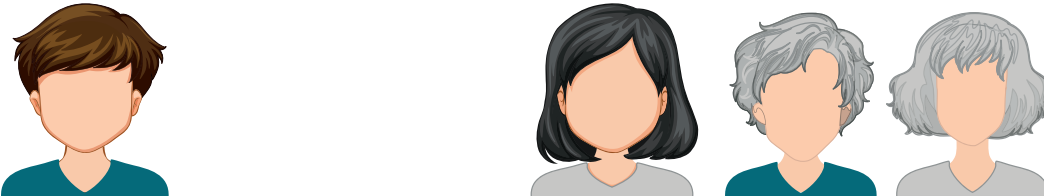
Quantidade máxima diária recomendada

O consumo de álcool **NÃO** se encontra recomendado nos seguintes casos:

- Indivíduos em fase de pré-conceção, gravidez ou aleitamento;
- Idade inferior a 18 anos;
- Presença de patologias ou medicação crónica que contraindiquem o consumo de álcool;
- Condução ou utilização de máquinas;
- Doença aguda;
- Indivíduos com antecedentes de dependência ou com dificuldade no controlo de impulsos.

Nos restantes casos, apesar de não existir um valor exato que seja considerado seguro, as recomendações atuais apontam para as seguintes quantidades máximas diárias recomendadas, consideradas como consumo de baixo risco :

- No **HOMEM** entre os **18 e os 64** anos, duas UBP.
- **Após os 65 anos**, a quantidade máxima diária recomendada no homem reduz-se para uma UBP.
- Na **MULHER**, a quantidade máxima diária recomendada é uma UBP em qualquer idade.




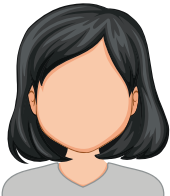


	  
HOMEM <65 anos	MULHER HOMEM ≥65 anos
2 UBP/dia 14 UBP /semana	1 UBP /dia 7 UBP /semana

Ilustração 2. Quantidade máxima de álcool recomendado, por sexo e idade.



III. Rastreio e Diagnóstico

III. Rastreio de Consumo excessivo de álcool

O início da intervenção no âmbito do consumo excessivo de álcool deve iniciar-se pela sua deteção. A identificação, seguida da categorização num nível de risco é fulcral para a correta orientação da situação particular de cada indivíduo.

Definem-se três níveis de implementação dos rastreios:

1. **Mínimo:** Deteção dos consumos em populações especialmente vulneráveis, como sejam grávidas, adolescentes e filhos de indivíduos com PLA.
2. **Standard:** Deteção dos consumos de subgrupos de populações com maior prevalência de consumos, como sejam homens entre os 20-50 anos.
3. **Máxima:** Deteção sistemática dos consumos em todos os indivíduos – esta seria a melhor abordagem, apesar de mais consumidora de tempo face às anteriores.

No âmbito dos CSP, é recomendada a identificação sistemática do consumo de álcool em todos os indivíduos. Para otimizar a sua implementação na prática clínica, as questões relacionadas com o álcool devem ser naturalmente incluídas na anamnese geral, à semelhança do que é recomendado nos restantes fatores relacionados com estilos de vida (exercício físico, hábitos alimentares, hábitos tabágicos).

O que são questionários breves?

Não sendo instrumentos de diagnóstico, os questionários breves sobre consumo de álcool visam a identificação dos indivíduos com possível consumo excessivo de álcool. Existem vários questionários disponíveis, entre eles o CAGE (acrónimo de *Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-openers*), o MAST - *Michigan Alcoholism Screening Test*, e o AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

Dentro destes questionários, o AUDIT é o mais difundido a nível nacional, encontrando-se validado para a população portuguesa e encontrando-se disponível no sistema SClinico®. Desenvolvido pela OMS, trata-se de um questionário conciso, muito fácil e rápido de ser utilizado. É composto por um total de dez perguntas, podendo ser obtida uma pontuação total entre zero e 40 pontos. Estima-se que o questionário **AUDIT** detete três vezes mais situações de consumo excessivo de álcool comparativamente àqueles sugeridos por alterações analíticas ou imagiológicas.

O **AUDIT** deve ser aplicado a todos os indivíduos, de preferência anualmente, estando concebido para ser integrado numa entrevista clínica individualmente, ou em combinação com outras questões relacionadas com estilos de vida (exercício físico, consumo de tabaco ou outras substâncias); pode ainda ser realizado enquanto questionário de auto-preenchimento.



Para a sua correta aplicação e garantia de validade, devem ser assegurados alguns cuidados:

- As perguntas devem ser lidas exatamente como definidas;
- Deve ser feita uma introdução, com uma postura empática: “Agora vou colocar-lhe algumas perguntas sobre o seu uso de bebidas alcoólicas durante o último ano.”
- Explicar o significado de bebidas alcoólicas com exemplos de bebidas mais comuns na região.
- Cotar bebidas de acordo com a designação de UBP.

O questionário AUDIT encontra-se na sua totalidade contemplado no Anexo I. Para simplificação, o quadro 2 sistematiza as três dimensões avaliadas pelo AUDIT, e respetivo conteúdo de cada uma das suas perguntas.

Quadro 2. Dimensões e conteúdo do questionário AUDIT.

DIMENSÃO	PERGUNTAS	CONTEÚDO DO ITEM
CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO (AUDIT-C)	1	Frequência do consumo
	2	Quantidade
	3	Frequência de consumo elevado
SINTOMAS DE DEPENDÊNCIA	4	Descontrolo no consumo
	5	Limitações com o consumo
	6	Consumos pela manhã
CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO	7	Sentimento de culpa
	8	<i>Blackouts</i> (perda de memória)
	9	Consequências para os outros
	10	Preocupação de terceiros pelo consumo

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.”

Preconiza-se a aplicação inicial do AUDIT-C, uma versão reduzida do AUDIT que contem apenas as suas três primeiras perguntas. Ao homem com ≥ 5 pontos no AUDIT-C ou mulher com ≥ 4 pontos, deve ser proposta a realização das restantes sete perguntas do questionário AUDIT. A ilustração 3 resume a aplicação do questionário e respetiva orientação consoante a pontuação obtida.

AUDIT-C (P1,P2,P3)					
<5 pontos no ♂ <4 pontos na ♀		≥5 pontos no ♂ ≥4 pontos na ♀			
Rastreio de 4/4 anos	AUDIT (P4-10)				
	≤7 pontos	8-15 pontos	16-19 pontos	≥20 pontos	
	Rastreio de 4/4 anos	CONSUMO DE RISCO Aconselhamento simples	CONSUMO NOCIVO Intervenção Breve e Acompanhamento nos CSP. Se não reduz os con- sumos após 4 sessões, consulta especializada em 60 dias	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA Consulta especializada em 60 dias	

Ilustração 3. Aplicação do questionário AUDIT e respetiva abordagem.

Assim, o AUDIT, apesar de desenhado para rastreio e não para diagnóstico e abordagem, permite auxiliar o plano em função da pontuação obtida. De forma geral, quanto mais alta a pontuação, maior a probabilidade do consumo de álcool do indivíduo estar a afetar a sua saúde e segurança e maior a probabilidade de se estar perante uma situação de dependência alcoólica. Isto justifica, para além da aplicação do questionário de rastreio, a realização da história clínica que permite fazer o diagnóstico.

História Clínica, Meios Complementares de Diagnóstico, Registo clínico e Codificação

Relativamente à codificação atualmente praticada nos CSP, a qual utiliza a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários 2 (ICPC-2), esta permanece restrita às seguintes duas rúbricas:

Abuso agudo de álcool (P16):

- Critérios: Perturbação devida ao consumo de álcool que leva a intoxicações agudas, com ou sem história de abuso crónico;
- Inclui: Embriaguez;
- Notas: O médico pode decidir classificar um episódio como “abuso agudo de álcool” sem o acordo do doente e, por consequência, sem que este adira a qualquer intervenção médica.

Abuso crónico de álcool (P17):

- Critérios: Perturbação devida ao consumo de álcool e que resulta em ≥1 episódio clínico de grave prejuízo para a saúde, dependência, estado de privação ou distúrbios psicóticos;
- Inclui: Alcoolismo, síndromes alcoólicas do cérebro, psicose alcoólica, delirium tremens;
- Notas: A definição de um problema de abuso de substâncias deve ter em consideração as diferenças entre os países e culturas. Nestes casos, o médico pode chamar ao episódio “abuso crónico de álcool” sem o acordo do doente e, por consequência, sem a sua predisposição para concordar com qualquer intervenção médica.



Este facto levanta dificuldades não só na prática clínica no que concerne à adequação da lista de problemas do utente, como também em questões de levantamento de dados epidemiológicos e investigação em CSP nesta área. Também a ausência de um módulo de intervenção breve dirigido ao álcool, semelhante ao existente para a intervenção no tabagismo, se revela uma lacuna.

Assim, incentiva-se que o profissional faça uma descrição mais detalhada em texto livre nos campos “S” do registo clínico eletrónico, os quais poderão incluir:

- Dados gerais do utente (idade, profissão, agregado familiar, antecedentes pessoais, medicação habitual e alergias medicamentosas conhecidas);
- O que consome ao longo do dia, em UBP;
- Em que altura do dia começa a beber;
- Local onde costuma beber;
- Se costuma beber sozinho ou acompanhado;
- Como e onde adquire o álcool;
- Situação/cenário que despolete a necessidade de beber (trigger);
- Atitudes e crenças associadas ao consumo de álcool;
- Tentativas prévias de parar de beber;
- Sintomas de privação alcoólica;
- Complicações médicas relacionadas com o álcool;

Já no campo “O” do registo clínico, poderão ser incluídos os seguintes aspetos:

- Avaliação do estado geral (higiene pessoal, idade aparente versus idade real, coerência do discurso);
- Sinais vitais;
- Exame objetivo dirigido: auscultação cardio pulmonar, investigação de estigmas de doença hepática crónica, etc.
- Registo da pontuação do AUDIT.

Relativamente aos meios complementares de diagnóstico, estes devem ser adequados aos achados da anamnese e exame objetivo. Em caso de consumo considerado excessivo, pode ser relevante a realização de um estudo analítico e eventual ecografia abdominal para uma abordagem inicial do problema.

Tradicionalmente o volume globular médio (VGM), a gama glutamil-transferase (GGT), a transaminase-oxalacética (TGO) e transaminase glutâmico-pirúvica (TGP) eram recomendadas para identificar indivíduos com consumo elevado de álcool. Atualmente, aceita-se que estas provas laboratoriais não servem como método de deteção, mas constituem bons indicadores de lesão ou dano hepático. Poderão ser 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, isoladamente, não são fiáveis para diagnóstico de consumo excessivo álcool, mas poderão ser úteis em alguns indivíduos para o propósito de monitorização de redução do consumo.

Mediante alterações encontradas neste estudo inicial, bem como na presença de suspeita clínica de outras complicações decorrentes do abuso de álcool, outros meios complementares poderão revelar-se úteis.

Uma vez realizada a deteção e diagnóstico, o passo seguinte é providenciar a intervenção adequada, que vá ao encontro das necessidades de cada indivíduo.

IV. Intervenção Breve



IV. Intervenção Breve

Após a detecção, deve ser feita uma intervenção breve no consumo de risco e nocivo, e/ou referência para unidades de intervenção diferenciadas.

A intervenção deve atender aos contextos específicos e às fases do ciclo de vida do indivíduo. O contexto familiar e comunitário é de extrema importância neste âmbito.

As intervenções breves em PLA apresentam uma eficácia comprovada na redução dos níveis de consumo, sendo tanto mais eficazes quanto mais precocemente implementados. São baseadas em princípios e técnicas que visam aumentar a motivação intrínseca do indivíduo, ou seja, promovendo a mudança a partir dos seus objetivos pessoais, no sentido de ajudar a explorar e resolver ambivalências, reduzindo as resistências (barreiras à mudança) e facilitando a progressão para a adoção do comportamento saudável.

Alguns aspetos-chave das intervenções breves no contexto dos PLA:

1. Verificar quantidade e frequência dos consumos;
2. Rever o nível de consumo com o indivíduo;
3. Dar conhecimento ao indivíduo do risco;
4. Dar orientação no sentido da redução ou abstinência;
5. Analisar com o indivíduo a responsabilidade pessoal da decisão de reduzir ou parar de beber;
6. Encontrar o tempo apropriado para a mudança;
7. Estabelecer os objetivos em relação às bebidas e estabelecer um compromisso com o indivíduo, propondo um diário de consumos;
8. Sugerir meios para modificação do comportamento, técnicas de coping e materiais de auto-ajuda;
9. Encorajar a auto-motivação e otimismo.

Em todas as situações, é essencial ter em consideração a situação pessoal, o contexto familiar e laboral, preocupações em termos de saúde e se já houve tentativas anteriores para parar os consumos. Devem ser identificados os riscos, o padrão de consumo e suas respetivas consequências, assim como deve ser determinada a motivação do indivíduo para alterar o seu comportamento e as capacidades para fazer essa mudança. Devem ser avaliadas as principais forças e fraquezas em cada situação, bem como das barreiras e obstáculos que possam comprometer a tomada de decisão para a mudança ou para o seu sucesso.

O Ciclo de Mudança – Modelo de Prochaska e DiClemente

Prochaska e Di Clemente descreveram um conjunto de fases que decorrem no processo de mudança de comportamentos. Trata-se de um modelo centrado na pessoa, no qual a mudança é entendida como um processo com várias fases através das quais a motivação para a mudança vai crescendo gradualmente.

O profissional de saúde será mais eficaz na sua abordagem se for capaz de identificar corretamente a fase em que o indivíduo se encontra, e ajustar a sua intervenção às características dessa fase. O quadro 3 sumariza as diferentes fases deste ciclo e respetiva ação que o profissional deve assumir.

Quadro 3. Síntese das fases do Ciclo de Mudança e respetiva intervenção.

FASE	DEFINIÇÃO	INTERVENÇÃO BREVE – ELEMENTOS A DESTACAR
PRÉ-CONTEMPLAÇÃO	O indivíduo não considera a possibilidade de mudar os seus consumos e não tem consciência dos efeitos. Não tem consciência do problema.	Feedback dos resultados do teste e informação sobre os riscos do consumo excessivo das bebidas alcoólicas. Promove o foco no problema.
CONTEMPLAÇÃO	O indivíduo 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. Explora as preocupações e promove discrepâncias internas.
PREPARAÇÃO	O indivíduo está decidido a mudar de hábitos e planeia passar à ação.	Analisar a escolha da meta, como a atingir e reforço positivo na capacidade. Promove a escolha. Informa e aconselha de forma neutra.
AÇÃO	O indivíduo já começou a reduzir ou parou de beber mas ainda não é constante na mudança.	Avaliar o processo de mudança e situações difíceis. Encorajamento. Trabalha o comprometimento e a autoeficácia.
MANUTENÇÃO	O indivíduo adquiriu hábitos diferentes de consumo ou está mesmo abstinente de uma forma constante.	Encorajamento. Dá suporte.
RECAÍDA	Pode ocorrer em qualquer momento do ciclo de mudança. O indivíduo tem sentimentos de desesperança.	Trabalha a autoestima. Renova o comprometimento. Identifica os motivos da recaída. Evita a crítica.

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.

O que é a Entrevista Motivacional?

É um modelo de abordagem cujo objetivo é permitir que o indivíduo progrida no sentido da preparação para a mudança, reforçando os aspetos negativos do problema e as vantagens obtidas com a cessação desse comportamento.

Neste modelo de entrevista, o profissional centra a abordagem no indivíduo 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, oferece informação e conselhos de uma forma rotineira.

O presente capítulo não pretende fazer uma descrição exaustiva deste estilo de entrevista, mas sim sumarizar alguns dos seus conceitos chave. Assim, existem **5 PRINCÍPIOS BÁSICOS** da Entrevista Motivacional:

1. Empatia: transmitir respeito e interesse pelo indivíduo. Escutar no sentido de perceber a sua perspetiva, sem juízos de valor ou críticas. Empatia e compreensão geram confiança, facilitando a mudança do comportamento.



2. Desenvolver a discrepância: ampliar as diferenças entre o comportamento assumido pelo indivíduo e as suas metas pretendidas, de forma que a mudança se torne importante.

3. Gerir a resistência: envolver o indivíduo no processo de resolução do problema.

4. Evitar confrontos diretos: abordar diretamente o comportamento pode provocar aumento da resistência, a qual deve ser um indicador de reflexão para mudança de estratégia por parte do profissional. Não devem ser impostas perspetivas – o indivíduo é livre para decidir o que o profissional lhe oferece e as opiniões oferecidas podem ser ou não aproveitadas.

5. Suporte da auto-eficácia: uma das estratégias mais importantes é reforçar a confiança do indivíduo e acreditar que ele é capaz de mudar.

No que respeita às **TÉCNICAS** utilizadas ao longo da Entrevista Motivacional:

- **Fazer 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 indivíduo a falar e a dar informações importantes sobre o que pensa. São perguntas abertas aquelas que proporcionam uma resposta diferente de “sim” ou “não” (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...?)

- **Exercitar a escuta reflexiva ou ativa:** o elemento primordial da escuta reflexiva é a forma como o profissional responde ao que foi dito pelo indivíduo. Neste contexto, deve-se repetir o que o indivíduo transmitiu, rephrasing utilizando sinónimos para traduzir o conteúdo, parafrasear de modo a refletir com novas palavras ampliando a perspetiva do que se disse e resumir o que o indivíduo apresentou no discurso.

- **Fazer reforços positivos:** apoiam o indivíduo no processo terapêutico, num clima cordial, aumentando a sua percepção da autoeficácia e diminuindo as resistências.

- **Fazer resumos:** explorar em voz alta o que está a ser comunicado e sintetizar, reforçando os aspetos mais relevantes já analisados e fazendo um ponto de situação. Isto reforça o que o indivíduo disse e demonstra que o escutou. Esta técnica permite ao profissional de saúde confirmar a compreensão do que foi dito pelo indivíduo, promovendo um discurso para a mudança e conduzindo a uma responsabilidade partilhada entre o profissional de saúde e o indivíduo.

- **Favorecer e provocar afirmações auto-motivacionais:** considerar o aspeto cognitivo (reconhecimento do problema: “Creio que isto é sério...”), o aspeto emocional (expressão de preocupação: “Estou preocupado...”) e o aspeto comportamental (intenção de mudança: “Creio que tenho que fazer alguma coisa...”).

As situações de contemplação são marcadas 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. A 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 (ilustração 4): a primeira implica a criação de motivação para mudar; a segunda implica reforçar o compromisso com a mudança.

1ª parte : fase exploratória

- Criar um clima cordial e empático;
- Fazer perguntas abertas;
- Escutar reflexivamente;
- Reforço positivo
- Resumir.

2ª parte : fase resolutiva

- Informação ajustada ao caso;
- Proposta de acordo;
- Comprovar a assimilação dos conteúdos

Ilustração 4. Fases da Entrevista Motivacional.

Intervenções breves de base motivacional com base no nível de consumo

O profissional de saúde deve intervir em função da gravidade do problema, comorbilidades, problemas psicológicos associados e motivação do indivíduo para alterar os seus comportamentos ligados ao consumo de bebidas alcoólicas. Existem diferentes divisões das técnicas de intervenção breve para abordagem dos PLA. De seguida apresenta-se a abordagem de acordo com a categorização do nível de consumo.

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. Em função da pontuação do questionário AUDIT, são propostas medidas de intervenção:

Consumo de baixo risco (Pontuação do AUDIT \leq 7 pontos):

- Dar *feedback* sobre os resultados do teste;
- Esclarecer o indivíduo sobre o nível de risco e as consequências de ultrapassar esses níveis.

Consumo de risco (Pontuação AUDIT 8-15 pontos):

- Abordar o problema, explicando a importância dos resultados;
- Dar informação sobre os efeitos do consumo excessivo de álcool;
- Analisar a necessidade de reduzir ou parar o consumo de álcool;
- Concluir com encorajamento e reforço positivo.

Consumo nocivo (Pontuação AUDIT 16-19 pontos):

- Identificar a fase motivacional em que o indivíduo se encontra e aplicar a intervenção em função disso (vide quadro 3).

Dependência (Pontuação do AUDIT \geq 20 pontos):

- Pedido de meios complementares de diagnóstico;
- Intervenção breve para referência a equipa especializada.

Encontra-se disponível no microsite do GEsCA (https://apmgf.pt/grupos_de_estudo/comportamentos-aditivos/) material de utilização prática em consulta, como seja um plano para redução de bebidas alcoólicas (anexo II).



Intervenções breves de base motivacional com base no Modelo dos 5 A's

As intervenções podem também ser descritas com base em cinco passos: os 5-As. Esta ferramenta de identificação rápida baseia-se nos seguintes passos sequenciais:

- **Abordar** e identificar todos os consumidores;
- **Aconselhar** a redução/cessação dos consumidores excessivos;
- **Avaliar** se existe ou não interesse na redução/cessação;
- **Ajudar/apoiar** aqueles que se sentem preparados para reduzir/cessar os consumos;
- **Acompanhar** e programar o seguimento, incluindo o encaminhamento dos indivíduos dependentes para um tratamento diferenciado.

Estes passos podem ser agilizados mediante o tempo disponível em consulta:

Sem tempo em consulta

- **Abordar** hábitos de consumo de álcool;
- **Folheto** sobre consequências do consumo de álcool, benefícios e recomendações para redução/cessação;
- **Disponibilidade** para ajudar o indivíduo, em qualquer momento.

1-2 minutos

Aconselhamento muito breve

- **Abordar** (P1 do AUDIT-C);
 - **Aconselhar** sobre os benefícios. Reforço positivo se AUDIT compatível com baixo risco. Reforçar importância de cessação ou diminuição de consumos se AUDIT compatível com consumo excessivo.
 - **Ajudar/Apoiar** fornecendo material de auto-ajuda.
- Se o **indivíduo não estiver pronto**, reforçar a disponibilidade para o ajudar em qualquer momento. Abordar o assunto num contacto subsequente.

3-5 minutos

Intervenção breve "5 A's"

- **Abordar** (P1-P3 do AUDIT-C);
- **Aconselhar** sobre os benefícios da redução/cessação. Reforço positivo ou reforço da importância de cessação/diminuição de consumos, consoante resultado do AUDIT.
- **Avaliar** a prontidão para a mudança. Se não estiver pronto, reavaliar num próximo contacto. Se estiver pronto, prosseguir
- **Ajudar/Apoiar** o desenvolvimento de um plano.
- **Acompanhar** e agendar reavaliação. Reforço positivo se sucesso. Manter apoio e ponderar referência para consulta especializada.

> 5 minutos

Intervenção breve “5 A’s”

- **Abordar** (P1-P3 AUDIT-C);
- **Aconselhar** sobre os benefícios. Reforço positivo se AUDIT <5. Reforçar importância de cessação ou diminuição de consumos se AUDIT ≥5.
- **Avaliar** a prontidão para a mudança. Se não estiver pronto, utilizar o Modelo 5 R;
- **Ajudar/Apoiar**: a desenvolver um plano.
- **Acompanhar**: agendar reavaliação. Reforço positivo se sucesso. Manter apoio e ponderar referência para consulta especializada.

Existe ainda o **MODELO DOS 5 R’S**, utilizado em situações em que o indivíduo não se encontra motivado para a mudança. Nestes casos, o profissional deve incentivar promover o foco no problema, destacando:

Relevância – identificar a relevância de reduzir ou cessar o consumo;

Riscos – identificar potenciais riscos associados ao consumo;

Recompensas – identificar potenciais benefícios da redução/cessação do consumo;

Resistências – identificar as barreiras à redução/cessação do consumo;

Repetição – reavaliar a prontidão para a mudança. Mantendo-se não pronto, mostrar disponibilidade para ajudar em qualquer momento.

O papel da família

Quando o indivíduo tem PLA, os efeitos negativos do consumo são também sentidos pela família e amigos. Quando um familiar manifesta desconforto relacionado com o consumo de álcool por parte de um elemento da família, o profissional deve estar atento às preocupações expressas pelo familiar, e deve orientar o elemento com PLA 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 não devem ter um tom ameaçador ou confrontador, mas sim de disponibilidade e ajuda, visto que a decisão da mudança de comportamento em relação aos consumos depende sempre da motivação do próprio.

Existem alguns contactos úteis de suporte emocional a doentes e familiares de doentes e para esclarecimento de hipotéticas dúvidas/ questões, como o grupo Alcoólicos Anónimos Portugal (contacto: 217 162 969; website: <http://www.aaportugal.org/>).



Níveis de cuidados em problemas ligados ao álcool

A intervenção em PLA pode ser geralmente assumida pelos CSP em caso de:

- Consumo de risco;
- Consumo nocivo.

Algumas situações motivam uma **REFERENCIAÇÃO IMEDIATA** a equipas especializadas:

- 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.

Nos indivíduos que mostram evidência de dependência alcoólica, a finalidade terapêutica é a abstinência das bebidas alcoólicas. A decisão por tratamento em ambulatório ou internamento depende da gravidade da dependência, sintomas de privação, situação profissional, suporte familiar e acessibilidade a programas de tratamento. Indivíduos que possam não estar motivados para tratamento formal podem preferir grupos de autoajuda, em articulação com suporte médico.

Caso tenha de ser referenciado, é razoável fazer uma intervenção breve no sentido de motivar o indivíduo a aceitar o tratamento num centro especializado. Dever-se-á ter uma lista atualizada dos centros de referência, números de telefone e forma de articulação, disponível em <https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Arquitetura.aspx>.

V. Caso Clínico



V. Caso Clínico

Dados gerais

J. G. Homem de 35 anos.

FAMILIAR: Casado, fase I do ciclo de vida familiar de Duvall.

PROFISSÃO: Mecânico de automóveis.

ANTECEDENTES PESSOAIS: Sem antecedentes pessoais de relevo.

MEDICAÇÃO HABITUAL: Sem medicação habitual. Sem alergias medicamentosas.

Recorre a consulta aberta com o seu médico de família (Dr. C.A.) porque a sua esposa a agendou. Vem sozinho.

Anamnese

Dr. C.A. – “Bom dia Sr. J.G. O que o traz à consulta hoje?”

J. G. – “Não sei bem, foi a minha esposa que marcou... Tenho tido alguns problemas no trabalho.”

Dr. C.A. – “As coisas no trabalho não estão a correr bem para si. Fico contente por ter decidido procurar ajuda, isso pode ser importante para melhorar a situação.”

J. G. – “Sim... Talvez...”

Dr. C.A. – “Deixe-me começar por lhe fazer algumas perguntas sobre o seu consumo de álcool. Faz parte do nosso questionário de rotina porque pode ser importante para conseguirmos compreender melhor o contexto. Como o álcool pode afetar várias esferas da vida, é importante para nós saber quanto é que costuma beber habitualmente, se já teve ou não problemas decorrentes deste consumo. Demora apenas alguns minutos. Podemos prosseguir?”

J. G. – “Acho que sim... Mas eu não tenho problemas com o álcool.”

Dr. C.A. – “Ok. Obrigado por estar disposto a falar sobre este assunto comigo de uma forma tão aberta.”

[Profissional faz a aplicação do questionário AUDIT-C]

Dr. C.A. – “Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?” (P1)

J. G. – “Bem, geralmente não bebo nos dias em que vou trabalhar. Só bebo às sextas e sábados... Às vezes aos Domingos.”

Dr. C.A. – “Ok, então 2-3 vezes por semana.” (P1 – 3 pontos)
“E quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?” (P2)

J. G. – “Não muitas... Por aí umas quatro cervejas. E às vezes um ou dois shots. Não sei bem.”

Dr. C.A. – “Ok, parece que em média consome cerca de seis bebidas.” (P2 – 2 pontos)
“E com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião? (P3) Com base no que me contou até agora, parece fazê-lo uma vez por semana, estou correto?”

J. G. – “Sim, penso que sim.” (P3 – 3 pontos).

[Pontuação do AUDIT-C: 8 pontos]
[≥5 pontos no ♂ ou ≥4 pontos na ♀; profissional prossegue com o AUDIT]

Dr. C.A. – “Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?” (P4)

J. G. – “Nunca. Consigo sempre parar quando quero. É como disse antes, eu não tenho problemas com o álcool.” (P4 – 0 pontos)

Dr. C.A. – “Ok. Parece que consegue decidir quanto quer beber, sem problemas. Já só faltam algumas perguntas. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe são exigidas, por ter bebido?” (P5)

J. G. – “Bem... Por duas vezes tive de ligar para o trabalho e dizer que estava doente, porque estava de ressaca. Uma no início do ano, e outra este mês.”

Dr. C.A. – “Ok. Então a bebida interferiu com as suas responsabilidades laborais dessa vez, contudo, não parece ser algo frequente para si.” (P5 – 1 ponto).
“Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?” (P6)

J. G. – “Nunca, eu não sou um alcoólico.” (P6 – 0 pontos)

Dr. C.A. – “Ok, próxima pergunta. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?” (P7)

J. G. – “Senti-me culpado daquelas vezes que tive de faltar ao trabalho... Não faz o meu género.”

Dr. C.A. – “Ok, parece que cumprir as suas responsabilidades no trabalho é importante para si.” (P7 – 1 ponto).
“E nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?” (P8)

J. G. – “Numa dessas vezes, isso aconteceu...” (P8 – 1 pontos)

Dr. C.A. – “Ok. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?” (P9)

J. G. – “Aqui há uns anos, estava com uns amigos a beber e acabei por magoar um deles. Mas foi só dessa vez, agora não faço dessas loucuras.” (P9 – 2 pontos)



Dr. C.A. – “Ok. Manter o controlo quando está a beber é importante para si. Não parece querer afetar a sua vida negativamente.”

J. G. – “Sim, é isso.”

Dr. C.A. – “Ok. Uma última pergunta. Já alguma vez um familiar, amigo ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool, ou sugeriu que deixasse de beber?” (P10)

J. G. – “Bem... A minha esposa chateou-se a sério comigo daquelas vezes que liguei para o trabalho a dizer que estava doente. Eu acho que ela estava a fazer uma tempestade num copo de água. Gosto de relaxar um pouco e divertir-me, mas realmente acabo por vezes por exagerar, e isso não é bom para mim.”

Dr. C.A. – “Portanto, é importante para si manter o equilíbrio entre os momentos de trabalho e os de diversão.”

J. G. – “Sim, é isso mesmo.”

Dr. C.A. – “Quando é que aconteceu essa situação da sua esposa o alertar?”

J. G. – “Acho que foi há cerca de um mês.” (P10 – 4 pontos)

[Pontuação total do AUDIT: 17 pontos]

Dr. C.A. – “Para conseguirmos prosseguir, é importante perceber se tem tido sentimentos de tristeza, dificuldade em dormir, pouco vontade de fazer atividades que antigamente lhe davam prazer?”

J. G. – “Não, isso não me costuma acontecer.”

Dr. C.A. – “Tem-se sentido ansioso, irritável com os outros?”

J. G. – “Não, não.”

Dr. C.A. – “Alguma vez consumiu outras substâncias, como tabaco ou drogas?”

J. G. – “Não, isso nunca.”

Dr. C.A. – “E alguma vez sentiu ter alguma adição, por exemplo com o jogo ou compras?”

J. G. – “Nunca.”

Dr. C.A. – “Muito obrigado por partilhar esta informação comigo. Isso permite-me ter mais informações para poder trabalhar à medida que formos abordando as suas preocupações.”

Interpretação dos resultados

A situação descrita apresenta um utente com consumo de álcool enquadrado num **CONSUMO NOCIVO**, de acordo com o resultado do questionário AUDIT. Nestes casos, o padrão de consumo traduz-se já em danos para a saúde física, mental e/ou sociofamiliar dos indivíduos.

De imediato, é perceptível uma afetação da situação laboral e familiar deste utente provocada pelo consumo abusivo de álcool. Quanto à saúde física, a colheita da anamnese descrita deveria ser complementada com um exame objetivo dirigido, bem como solicitados exames complementares de diagnóstico (avaliação analítica e ecografia abdominal, numa primeira avaliação).

Sugestão de abordagem com o utente

Quanto à abordagem, deverá ser realizada uma Intervenção Breve e iniciado um acompanhamento em consulta de MGF.

Para uma correta abordagem, o profissional deve centrar a abordagem no indivíduo e deixá-lo conduzir o processo, evitando a confrontação. É essencial identificar a fase do ciclo de mudança em que o indivíduo se encontra. No caso descrito, logo na fase inicial da anamnese, o utente começa por reforçar que não considera ter um problema com o álcool. Seguidamente foram sendo aplicados diversos princípios básicos e técnicas da Entrevista Motivacional que podem ser utilizadas na **PRIMEIRA PARTE** (fase exploratória):

– Criação de um **CLIMA EMPÁTICO**: transmitir respeito e interesse pelo indivíduo; escutar, no sentido de perceber a sua perspetiva, sem juízos de valor ou críticas.

“Fico contente por ter decidido procurar ajuda (...);
“Obrigado por estar a falar sobre este assunto de uma forma tão aberta.”
“Muito obrigado por partilhar esta informação comigo. Isso permite-me ter mais informações para podermos trabalhar à medida que formos abordando as suas preocupações.”

– **ESCUÇA REFLEXIVA e RESUMO**: repetir o que o indivíduo transmitiu, rephraseando e parafraseando de modo a refletir com novas palavras, ampliando a perspetiva do que se disse. Explorar em voz alta o que está a ser comunicado e sintetizar, fazendo um ponto de situação.

“Parece que consegue decidir quanto quer beber, sem problemas.”
“Então a bebida interferiu com as suas responsabilidades laborais dessa vez, contudo, não parece ser algo frequente para si.”
“Portanto, é importante para si manter o equilíbrio entre os momentos de trabalho e os de diversão.”



Através desta fase exploratória foi possível confirmar que o utente se encontrava numa fase de **CONTEMPLAÇÃO**, marcada pela ambivalência – “Eu acho que ela estava a fazer uma tempestade num copo de água. Gosto de relaxar um pouco e divertir-me, mas realmente acabo por vezes por exagerar, e isso não é bom para mim.” O J. G. tem noção dos efeitos nefastos que o álcool está a ter na sua vida, apesar de pouco confiante na sua capacidade para a mudança. A abordagem na entrevista deverá ser no sentido de explorar e resolver a ambivalência, e ajudá-lo a encontrar razões para mudar, reforçando a sua auto-eficácia.

Após a aplicação do AUDIT, deverão ser utilizadas preferencialmente perguntas abertas para complementar as informações colhidas. Alguns aspetos que deveriam ser abordados são: qual a rede de apoio do utente (amigos, família); qual a relação com os colegas de trabalho; quais as principais preocupações e obstáculos identificados; quais as principais forças; quais as metas que o utente pretende alcançar; o que o motiva à mudança; principais triggers dos episódios de consumo abusivo.

A SEGUNDA PARTE da Entrevista Motivacional (fase resolutiva) tem como objetivo permitir que o utente progrida no sentido da preparação para a mudança, reforçando os aspetos negativos do problema, e as vantagens obtidas com a cessação desse comportamento.

O indivíduo deve ser envolvido no plano terapêutico, e a responsabilidade deve ser partilhada. Poderão ser utilizados os seguintes passos:

INFORMAR E DAR CONTEXTO: Abordar o problema, explicando a importância dos resultados obtidos.

“Podemos aqui utilizar um questionário que nos permite enquadrar os consumos de álcool que tem tido. O seu resultado foi de 17 pontos. As pessoas que bebem álcool num nível de baixo risco têm pontuações até 7 pontos. Isto enquadra-o num nível considerado nocivo, isto é, existem já danos na sua saúde relacionados com o álcool.”

EXPLICAR A NECESSIDADE DE REDUZIR OS CONSUMOS: Analisar os efeitos e a necessidade de reduzir ou parar o consumo de álcool.

Percebemos que o consumo de álcool está a ter efeitos no seu trabalho e vida familiar, para além dos efeitos negativos na sua saúde física que podem estar a desenvolver-se. Por isso a recomendação seria reduzir os seus consumos. O que lhe parece isso?

DESENVOLVER DISCREPÂNCIAS: Ampliar as diferenças entre o comportamento assumido pelo indivíduo e as suas metas pretendidas, de forma que a mudança se torne importante.

PROPOSTA DE METAS: Definir metas com o indivíduo e estratégias para as alcançar. Fornecer um plano escrito.

SUORTE DA AUTO-EFICÁCIA: reforçar a confiança do indivíduo e acreditar que ele é capaz de mudar. Concluir com encorajamento e reforço positivo.

Neste plano, poderão ser envolvidos profissionais como sejam o Médico de Família, Enfermeiro de Família, Assistente Social, bem como elementos da rede de apoio do utente tais como a família ou amigos.

A consulta deve terminar com um plano definido e uma remarcação, por forma a manter o seguimento do utente. Deverão ser previstas pelo menos quatro sessões; caso não exista uma redução de consumo, o utente deverá ser encaminhado para uma consulta especializada.

VI. Conclusão

A adição é um problema multifacetado, com enorme impacto em termos de mortes prematuras e um sofrimento incalculável nas diferentes esferas da pessoa.

É essencial que o profissional de saúde esteja sensibilizado para a importância da deteção dos consumos excessivos de álcool em diferentes contextos de prática clínica (Serviço de Urgência, traumatologia, CSP, sobreutilização de recursos de saúde, etc.) e nas diferentes fases da vida do indivíduo (infância/adolescência, gravidez, disfunção familiar, idoso, etc.).

Os CSP revelam-se o terreno ideal para a identificação e abordagem inicial destes problemas, na medida em que possuem características basilares como sejam os cuidados em continuidade e em integração com a família e a comunidade.



Anexos

ANEXO I – Questionário AUDIT

Num primeiro momento pode utilizar o AUDIT-C, que inclui apenas as três primeiras perguntas do questionário AUDIT e que permite a caracterização do consumo. Se a pontuação total obtida for superior a 3 na mulher ou superior a 4 no homem, classifica-se como consumo excessivo de álcool, recomendando-se a realização dos restantes itens do AUDIT, que permite a avaliação do nível de risco e identificar a intervenção a realizar.

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 exige, 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



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR



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 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

TOTAL pontos

PONTUAÇÃO AUDIT	INTERVENÇÃO
0-7	Educação e informação sobre risco
8-15 (risco)	Aconselhamento simples
16-19 (nocivo)	Intervenção breve + seguimento
20-40 (dependência)	Referenciar para tratamento Serviços especializados em dependências



Adaptado de: Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 atualizada a 18/12/2014.

ANEXO II – Plano de Redução de Bebidas Alcoólicas

Plano diário de redução de bebidas alcoólicas

Este plano diário irá ajudá-lo a reduzir o seu consumo de álcool. Escolha um dia para começar o seu plano e cumprir as metas que definiu para reduzir os seus consumos. Registe o que consumiu e verifique se foi capaz de não ultrapassar os limites que definiu para cada dia. Se não conseguir cumprir estas metas fale com o seu Médico ou Enfermeiro de Família.

Neste calendário pode registar as metas que definiu e os consumos que fez. Tem seguidamente um exemplo de como esse registo pode ser feito, e uma sequência de 6 semanas onde poderá fazer os seus registos. Exemplo de um plano diário de redução de bebidas alcoólicas:

Semana 1	Limite máximo de bebidas desejado	Bebidas consumidas	Observações
Segunda-feira	2	3	
Terça-feira	2	3	
Quarta-feira	0	2	Aniversário
Quinta-feira	2	3	
Sexta-feira	0	0	
Sábado	2	2	
Domingo	2	2	

No início da 1ª semana, não conseguiu atingir os objetivos planeados.

No final dessa semana, já conseguiu atingir os objetivos.

Semana 1	Limite máximo de bebidas desejado	Bebidas consumidas	Observações
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			
Domingo			

Semana 2	Limite máximo de bebidas desejado	Bebidas consumidas	Observações
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			
Domingo			



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR



Plano diário de redução de bebidas alcoólicas

Semana 3	Limite máximo de bebidas desejado	Bebidas consumidas	Observações
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			
Domingo			

Semana 4	Limite máximo de bebidas desejado	Bebidas consumidas	Observações
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			
Domingo			

Semana 5	Limite máximo de bebidas desejado	Bebidas consumidas	Observações
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			
Domingo			

Semana 6	Limite máximo de bebidas desejado	Bebidas consumidas	Observações
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			
Domingo			

Adaptado de: "Bebidas alcoólicas. Quanto é que eu bebo? Será que bebo demais?", APMCG.

Referências bibliográficas

- 1) Organization. (2001). AUDIT – The alcohol Use Disorders Identification test: Guidelines for use in Primary Care. Second Edition. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva, Suíça.
- 2) World Health Organization. (2001). Brief intervention for Hazardous and Harmful Drinking: a manual for use in Primary Care. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva, Suíça.
- 3) PHEPA. (2005). Primary health care European project on alcohol [Internet]. Disponível em: https://inebria.net/wp-content/uploads/2017/09/the_phepa.pdf
- 4) Ribeiro, C. (2004). Papel do médico de família na deteção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Rev. Port. Clin. Geral, 2004, 20: 101-18. Lisboa, Portugal.
- 5) Filho, H. C. e Ferreira-Borges, C. (2009). Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e Outras Drogas. Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar. 1ª edição. Coisas de Ler. Lisboa, Portugal.
- 6) Norma de Orientação Clínica nº 30/2012 atualizada a 18/12/2014. Deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool. Direção Geral da Saúde. Lisboa, Portugal.
- 7) World Health Organization, European Region. (2022). Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual. Brief project. Copenhaga, Dinamarca.
- 8) World Health Organization. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, Suíça.



