



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO ACADÉMICO NA UNIDADE DE
ALCOOLOGIA DO NORTE**

Sara Marisa de Sousa Marante

Orientador
José Maria Leão Ferreira Queirós

Co-Orientador
Laura Matilde de Carvalho Folgado Lessa

Porto 2010



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

CONSELHO PEDAGÓGICO

LARGO PROF. ABEL SALAZAR, 2. 4099-003 PORTO

TELEFONE + 351 22 206 22 00

FAX + 351 22 206 22 32

E-mail: conped@icbas.up.pt

RESUMO

O consumo de álcool é o terceiro maior factor de risco de doença e morte prematura na União Europeia. Procurando adquirir formação e competências no combate a este problema de saúde pública, propus-me Estagiar na Unidade de Alcoologia do Norte, no âmbito da minha tese de mestrado, tendo como objectivo principal promover a aprendizagem activa na abordagem de doentes com síndrome de abuso ou dependência do álcool.

Durante o período de estágio, que decorreu entre 21 de Dezembro de 2009 e 23 de Abril de 2010, procedi à elaboração de material didáctico destinado a profissionais de cuidados de saúde primários, percebi a articulação entre os diferentes níveis de tratamento, convivi com doentes internados, assisti a consultas de acolhimento e de seguimento e desenvolvi competências em comunicação na área de alcoologia.

No final da experiência, que avalio como muito enriquecedora, considero ter atingido os objectivos na sua globalidade, embora reconheça ainda grande complexidade na abordagem terapêutica dos doentes com síndrome de dependência alcoólica.

AGRADECIMENTOS

Ao Luís, pela paciência e omnipresença com que acompanhou e auxiliou, cada etapa desta primeira meta.

Ao Dr. Queirós, por ter acreditado em mim na adversidade e nunca desistir de transmitir – enquanto professor e orientador – a visão para além das coisas.

À Dra. Laura, por desde o primeiro minuto se ter mostrado receptiva a receber-me na Unidade de Alcoologia do Norte, e por me ter aberto as portas na integração nessa pequena família.

À Dra. Clara, por investir tanto tempo e dedicação àquilo em que acredita, e um muitíssimo obrigada pela generosidade na partilha de bibliografia e orientação.

Ao Dr. Gaspar, pelo entusiasmo e acessibilidade com que transmite um conhecimento vasto e objectivo, a todos com quem se cruza que se interessam pela área de Alcoologia.

ÍNDICE GERAL

Resumo.....	iii
Agradecimentos	v
Índice Geral	vii
Índice de acrónimos	xii
Índice Figuras	xiv
Índice Quadros	xvi
Introdução.....	1
Motivações da escolha do tema da tese de Mestrado na área da Alcoologia e opção por um estágio...2	
O abuso do álcool é uma doença	3
O álcool é uma droga	3
Critérios de diagnósticos de doenças relacionadas com o álcool.....	5
Problemas ligados ao álcool.....	6
Impacto económico do álcool na Europa.....	7
O consumo de álcool como problema de Saúde Pública	8
Calendarização e objectivos do estágio	9
Discussão	11
ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO	12
ABORDAGEM Dos doentes com consumos de risco ou nocivo AO NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – adaptação de uma proposta da organização mundial de saúde	12
Introdução aos diferentes Padrões de consumo de bebidas alcoólicas	13
Quantificação dos consumos	14
Registo informático das Perturbações atribuídas ao Consumo de álcool	15
Meios complementares de diagnóstico	18
Introdução ao Rastreio e Abordagem dos Problemas ligados ao álcool em Cuidados de saúde primários – adaptação de um modelo proposto pela OMS.....	18
Orientação dos doentes que negam a doença	21
ABORDAGEM terapêutica De doentes com consumo nocivo ou dependente do álcool – uma experiência na unidade de alcoologia do norte.....	22
Introdução às fases do processo terapêutico dos doentes com dependência do álcool	24
Primeiras consultas na UAN	24
Tratamento de Desintoxicação de Doentes Dependentes do álcool na UAN.....	25
Consultas de seguimento	27
Uma tentativa de aplicação do AUDIT	28
Conclusão	29

Bibliografia	31
anexos	35
Anexo I: CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES RELACIONADAS COM O ÁLCOOL SEGUNDO A DÉCIMA REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS (CID-10; WHO, 1993) E O MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DA ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA – TEXTO REVISTO (DSM-IV-TR; APA, 2002)	36
INTOXICAÇÃO AGUDA POR ÁLCOOL	37
CID-10: F10.0 – intoxicação aguda por álcool.	37
DSM-IV-TR: 303.00 – intoxicação pelo álcool	37
CONSUMO DE ÁLCOOL NOCIVO PARA A SAÚDE.....	38
CID-10: F10.1 – Uso nocivo do álcool.....	38
DSM-IV-TR: 305.00 – Abuso do álcool.....	38
SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL	39
CID-10: F10.2 – Síndrome de Dependência do Álcool	39
DSM-IV-TR: 303.90 – Dependência do álcool	40
SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DO ÁLCOOL.....	41
CID-10: F10.3 – Síndrome de Abstinência do Álcool	41
CID-10: F10.4 – Síndrome de Abstinência do Álcool com delirium (Delirium tremens)	42
DSM-IV-TR: 291.81 – Abstinência do Álcool	42
DSM-IV-TR: 291.0 – <i>Delirium</i> induzido pelo Álcool	42
Anexo II: Apresentação “álcool para jovens”	44
Anexo III: Classificação de tipos frequentes de bebida quanto à origem e graduação	47
Anexo IV: Riscos relativos para doenças relacionadas ao álcool, segundo a quantidade de álcool, em gramas, ingerida diariamente.	49
Anexo V: Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2 (World Organization of Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, 1993).....	51
Anexo VI: Auto Questionário AUDIT	54
Anexo VII: AUDIT – Versão Entrevista	57
Anexo VIII: AUDIT & Intervenções Breves – para profissionais de Saúde.....	59
Anexo IX: A Guide to Low-Risk Drinking (who, 2001).....	62
Anexo X: Guia para consumo de baixo risco – versão a cores e a preto e branco.....	65
Anexo XI: Guia para doentes dependentes do álcool – versão a cores e a preto e branco.....	68
Anexo XII: Apresentação Power-Point para apoio a intervenções breves – para doentes submetidos à aplicação do AUDIT.....	71
Anexo XIII: Brochura para consumidores de baixo risco de álcool	78

Anexo XIV:	Desdobrável de Auto-ajuda - para consumidores de risco e nocivos	80
Anexo XV:	Citérios de referenciação para a unidade de alcoologia do norte	88
Anexo XVI:	MORADA, CONTACTOS, MAPA E TRANSPORTES PÚBLICOS PARA A UNIDADE DE ALCOOLOGIA DO NORTE	90
Anexo XVII:	Fotos Unidade de alcoologia do norte	92
Anexo XVIII:	HISTÓRIA CLÍNICA MODELO USADA NA UNIDADE DE ALCOOLOGIA DO NORTE	96

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças (OMS; 1993)

CRI – Centros de Resposta Integrada

DALY – Anos de Vida Ajustados à Incapacidade

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (Associação de Psiquiatria Americana, 2002)

ICBAS–CHP – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Centro Hospitalar do Porto

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde (WHO – World Health Organization)

PLA – Problemas Ligados ao Alcool

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

UAN – Unidade de Alcoologia do Norte

USF/CS – Unidades de Saúde Familiar/ Centros de Saúde

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1	Custos tangíveis do consumo de álcool para as sociedades da União Europeia (Adaptado de Anderson <i>et al</i> , 2006).....	8
Figura 2	Os nove maiores factores de risco de morbimortalidade na União Europeia (Adaptado de WHO's <i>Global Burden of Disease study</i> (Rehm et al. 2004)).....	9
Figura 3	Adaptação de um <i>Printscreen</i> do SAM – janela SOAP: Objectivo, Ficha individual.....	15
Figura 4	Printscreen do SAM – janela de cálculo da quantidade de álcool consumida semanalmente...	15
Figura 5	Adaptação de um <i>Printscreen</i> do SAM – janela SOAP: Avaliação, capítulo Psicológico	16
Figura 6	Adaptação de um <i>Printscreen</i> do SAM – Abuso Agudo do Álcool	17
Figura 7	Adaptação de um <i>Printscreen</i> do SAM – Abuso Crónico do Álcool	17
Figura 8	Mapa de Matosinhos – a Unidade de Alcoologia do Norte está assinalada com uma marca azul	23

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1	Factores de risco para a dependência do álcool	4
Quadro 2	Factores de protecção para a dependência do álcool (Adaptação por Palha AP, de Hurtado, 2004)	4
Quadro 3	Equivalência entre os diagnósticos da CID-10 e da DSM-IV-TR para as perturbações mais frequentes relacionadas com o consumo de álcool	5
Quadro 4	Classificação de outras perturbações, menos frequentes, induzidas pelo álcool, segundo a CID-10	6
Quadro 5	Problemas ligados ao álcool (Fonte A, 2000)	6
Quadro 6	Exemplos de Padrões de Consumo de Risco (adaptado de Topor <i>et al</i> , 2007).....	13
Quadro 7	Consumo de Baixo Risco (Babor <i>et al</i> , 2001).....	15
Quadro 8	Exames complementares de diagnóstico indicadores de um possível consumo excessivo de álcool (adaptado de Topor <i>et al</i> , 2007)	18
Quadro 9	Domínios e conteúdos do AUDIT (Babor <i>et al</i> , 2001)	19
Quadro 10	Interpretação do resultado do AUDIT	19
Quadro 11	Tipos de intervenções breves.....	20
Quadro 12	Técnicas comunicacionais para ultrapassar a negação da dependência (adaptado de Topor <i>et al</i> , 2007)	21
Quadro 13	Critérios de referenciação de doentes para a Unidade de Alcoologia do Norte	23
Quadro 14	Meios Complementares de Diagnóstico que o doente deve trazer na primeira consulta na UAN	23
Quadro 15	Adaptação das intervenções terapêuticas em doentes dependentes do álcool ao seu estado de motivação para a mudança segundo o ciclo de Mudança de Prochaska e Di Clemente (adaptado de Nogueira TS <i>et al</i> , 2009)	24
Quadro 16	Fármacos usados no Tratamento da Dependência do Álcool (Adaptado de Nogueira <i>et al</i> , 2008)	26
Quadro 17	Prevenção de recaídas (Adaptado de Nogueira <i>et al</i> , 2008).....	27
Quadro 18	Classificação de alguns dos tipos mais frequentes de bebida quanto à sua origem e graduação alcoólica (adaptado de Mello <i>et al</i> , 2001).....	48
Quadro 19	Risco Relativo para diferentes condições (obtido a partir de uma análise de comparação de riscos)	50

INTRODUÇÃO

MOTIVAÇÕES DA ESCOLHA DO TEMA DA TESE DE MESTRADO NA ÁREA DA ALCOOLOGIA E OPÇÃO POR UM ESTÁGIO

Ao reflectir sobre o tema da unidade curricular “Dissertação / Projecto / Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina, fui diminuindo gradualmente o vasto leque de opções e, inicialmente, afastei a possibilidade de fazer um Estágio. Queria oportunizar ter de investir tempo e dedicação para cimentar conhecimentos na compreensão e abordagem de alguma patologia frequente em Cuidados de Saúde Primários, e uma dissertação sob a forma de um Artigo de Revisão Bibliográfica parecia-me a opção mais lógica, embora não colocasse de parte um Artigo de Investigação Médica.

Reduzi os candidatos a temas a quatro opções: 1) Controlo da Hipertensão Arterial, 2) Controlo da Diabetes mellitus tipo dois, 3) Cessação tabágica – estratégias e eficácia, e 4) Controlo dos Problemas Ligados ao Álcool – estratégias e eficácia. Acabei por excluir os dois primeiros por englobarem muitos. Em relação às dependências, vacilei, mas como ao longo do curso nos foram ensinadas estratégias para incentivar a desabituação tabágica, acabei por optar pela área de alcoologia, que era terreno mais inexplorado e de importância inquestionável.

Pesquisei na internet e pedi ao professor de psiquiatria que me aconselhasse alguma bibliografia na área da adicção/alcoologia. Após ter reunido e consultado cerca de vinte referências bibliográficas, sentia-me ainda muito perdida, constatando que apesar de ser sobejamente publicado e referido que o consumo de álcool desajustado acarreta grande morbimortalidade constituindo actualmente uma epidemia, havia poucas recomendações acerca do modo efectivo de como lidar com a situação. Por outro lado, não conhecia ninguém, nem nenhum centro de cuidados primários, ligado à área de alcoologia, que pudesse encaminhar a minha formação, artigo de revisão ou de investigação neste tema. E foi assim que me lembrei de recorrer ao Centro Regional de Alcoologia do Norte, cuja actividade ignorava e com o qual travara conhecimento a título accidental (por ter frequentado as aulas práticas de Psiquiatria no Hospital Magalhães Lemos e reparar na indicação do antigo edifício), tão somente por ser o único do qual me lembrava com competências específicas na abordagem destes doentes, para pedir orientação prática para um estágio. Lá chegada, deparei-me com a alteração do nome e sede da instituição, agora Unidade de Alcoologia do Norte (UAN), sediada em Matosinhos. Chegada à UAN, fui recebida pela Dra. Laura Lessa, que desde logo se prontificou a aceitar a minha proposta de estágio e a orientar-me. Dado a UAN não ter protocolos de colaboração com o ICBAS-CHP, pedi orientação ao Dr. José Queirós, o professor e regente da cadeira de psiquiatria, que lecciona o tema das dependências, e que sempre se mostrara incansável no apoio à formação dos alunos, para melhor gerir a vivência experimentada na Unidade de Alcoologia e o que era expectável em termos de relatório de estágio.

Portanto, foi plena de expectativas mas sem saber ao certo o que poderia encontrar, que encetei motivada este percurso de como abordar os Problemas Ligados ao Álcool (PLA), no fundo, começando do fim para o início. Os meus objectivos pessoais, eram “apenas” os de saber diagnosticar correctamente, avaliar o risco/gravidade e obter linhas orientadoras do tratamento dos diferentes problemas ligados ao álcool, em particular ao nível dos cuidados primários. E embora tivesse consciência, desde o início, que a UAN recebia doentes com dependência do álcool, acreditava que lá iria encontrar profissionais habituados a lidar com as dúvidas e limitações da actividade diária dos médicos de família. E era esta lacuna que eu gostaria de colmatar para a minha prática futura, pois ambiciono especializar-me em Medicina Geral e Familiar.

O ABUSO DO ÁLCOOL É UMA DOENÇA

Desde os mais remotos tempos que são conhecidos os efeitos patológicos causados pelo uso de bebidas alcoólicas, no entanto, o reconhecimento do alcoolismo como doença crónica aparece apenas no século XIX, culminando com a publicação de um tratado sobre alcoolismo crónico, pelo sueco Magnus Huss em 1851 (Mello *et al*, 2001).

Ao longo da História, a palavra *Alcoólico* tem estado impregnada de conotações negativas, pelo que muitos profissionais evitem usá-la. O abuso do álcool é uma das doenças que mais problemas causa a nível da saúde pública, porém continuamos a escondê-lo, talvez devido ao estigma que lhe está associado. Aparece rodeado de preconceitos, segredos, meias-verdades, vergonha e culpa (Palha AP, 2007). No entanto, não nos devemos esquecer que *um “alcoólico” é simplesmente uma pessoa que perdeu a liberdade para decidir quanto, quando e como beber* (Fouquet P, citado por Palha AP, 2007).

O ÁLCOOL É UMA DROGA

Uma substância psicoactiva é uma substância que altera o funcionamento cerebral, e que por isso pode provocar dependência. O álcool é uma droga lícita, cujo uso social é razoavelmente bem aceite e até estimulado. A ingestão de bebidas alcoólicas é um hábito enraizado na nossa cultura, sendo o álcool a droga de abuso mais frequente em Portugal. Apesar de em pequenas doses geralmente provocar euforia e desinibição do comportamento, o seu efeito dominante com doses maiores sobre o estado de consciência é depressor.

Existem factores de risco (Quadro 1) e de protecção (Quadro 2) que podem influir no modo como evolui o consumo de álcool por um determinado indivíduo, respectivamente se no sentido da dependência ou se para um consumo de baixo risco.

Quadro 1 Factores de risco para a dependência do álcool

No agente (bebida alcoólica)
• maior disponibilidade • menor custo • maior rapidez do agente em atingir o cérebro • eficácia do agente enquanto tranquilizante
No ambiente (meio envolvente)
• ocupação/profissão de risco (ex: desempregados, <i>barmens</i> ...) • pressão pelo grupo de pares (amigos) • aceitação cultural (modo como a sociedade em q se insere vê e estimula o consumo do álcool) • instabilidade social (ex: stress profissional)
No hospedeiro (factores do próprio indivíduo)
• predisposição genética • família com múltiplos problemas (ex: infância instável, desagregação familiar, educação inconsistente) • perturbação psiquiátrica pré-mórbida: depressão ou ansiedade; perturbação anti-social da personalidade; perturbação de pânico; perturbação de hiperactividade com défice de atenção.

Quadro 2 Factores de protecção para a dependência do álcool (Adaptação por Palha AP, de Hurtado, 2004)

Individuais
• Expectativas de futuro positivas • Boa capacidade intelectual • Sentido de responsabilidade (capacidade interna para lidar com diferentes situações) • Estratégias de <i>coping</i> (emocionais e cognitivas) • Flexibilidade, capacidade de adaptação, autocontrolo • Conhecimentos básicos sobre o álcool e outras drogas • Atitudes negativas e expectativas realistas em relação ao consumo de drogas
Familiares
• Vínculos familiares positivos e apoio emocional • Sistema familiar estruturado, normativo e coerente • Progenitor não dependente do álcool emocionalmente estável, afectivo e acolhedor • Estabilidade e coesão familiares • Manutenção dos rituais e celebrações familiares • Comunicação entre pais e filhos aberta e sincera
Escolares
• Vínculos com a escola, os companheiros e os professores • Normas claras sobre as condutas aceitáveis • Supervisão e reforço coerentes das normas

- Expectativas dos professores claras e adaptadas aos alunos

Sócio-culturais

- Vinculação a grupos ou instituições sociais (religiosos, desportivos, culturais, etc.)
- Relações positivas com adultos significativos: professores, familiares, idosos, etc.
- Modelos de adultos e amigos não consumidores de drogas
- Participação em actividades de grupo positivas
- Normas sociais claras em relação ao não-consumo de drogas
- Oportunidades para participar em actividades sociais e de lazer alternativas ao consumo de drogas

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICOS DE DOENÇAS RELACIONADAS COM O ÁLCOOL

A décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10; *International Classification of Diseases – ICD-10*) (Organização Mundial de Saúde, 1993) e a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana – texto revisto (DSM-IV-TR; *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – 4^o edition*) (Associação Psiquiátrica Americana, 2002) constituem as referências mundiais para a classificação diagnóstica de doenças relacionadas com o álcool. Na medida do possível, o esforço comum deverá convergir para que todos os doentes identificados com uma doença relacionada com o consumo de álcool, sejam diagnosticados segundo os critérios da CID-10, pois é uma classificação internacional e possui referências cruzadas para a maioria das classificações de doenças a nível mundial. O Quadro 3 esquematiza a equivalência das principais categorias de diagnóstico de perturbações induzidas pelo álcool, nas duas classificações referidas (CID-10 e DSM-IV-TR); cujos critérios de diagnóstico estão disponíveis em anexo (Anexo I:).

Quadro 3 Equivalência entre os diagnósticos da CID-10 e da DSM-IV-TR para as perturbações mais frequentes relacionadas com o consumo de álcool

CID-10	DSM-IV
F10.0 Intoxicação aguda por álcool	303.00 Intoxicação pelo álcool
F10.1 Uso Nocivo para a saúde (<i>Harmful</i>)	305.00 Abuso do álcool
F10.2 Síndrome de Dependência	303.90 Dependência do álcool
F10.3 Síndrome de Abstinência	291.81 Abstinência do Álcool
F10.4 Síndrome de Abstinência com <i>delirium</i> (<i>Delirium Tremens</i>)	291.0 <i>Delirium</i> induzido pelo álcool

O Quadro 4 lista outras perturbações relacionadas com o consumo de álcool, segundo a CID-10.

Quadro 4 Classificação de outras perturbações, menos frequentes, induzidas pelo álcool, segundo a CID-10

F10.5	Perturbação psicótica
F10.6	Síndrome amnésico
F10.7	Perturbação psicótica residual ou de início tardio
F10.8	Outras perturbações mentais e comportamentais
F10.9	Perturbações mentais e comportamentais não especificadas
G31.2	Degeneração do sistema nervoso devida ao uso de álcool

PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

A expressão “Problemas Ligados ao Álcool” (PLAs) (OMS, 1980) é hoje utilizada para significar os danos relacionados com um consumo prejudicial de álcool, sejam estes resultantes de uma etilização aguda (mais frequente nos jovens) ou de um consumo nocivo crónico (mais frequente na meia idade), que não se confinam ao indivíduo que consome álcool (seja este ou não dependente do álcool), mas antes abarcam variados aspectos da vida do próprio e de terceiros (Quadro 5)

Quadro 5 Problemas ligados ao álcool (Fonte A, 2000)

Sistema/Categoria	Consequências precoces	Consequências tardias
PROBLEMAS MÉDICOS:		
Fígado	Elevação dos níveis enzimáticos (GGT, AST, ALT)	Fígado gordo, hepatite alcoólica, cirrose
Pâncreas		Pancreatite aguda, pancreatite crónica
Sistema cardiovascular	Hipertensão arterial	Cardiomiopatia, arritmias, morte súbita
Problemas gastrointestinais	Gastrite, diarreia, refluxo gastroesofágico, úlcera péptica	Varizes esofágicas
Doenças neurológicas	Cefaleias, “blackouts”, tremor, neuropatia periférica	Síndrome da abstinência do álcool, convulsões, encefalopatia de Wernicke, atrofia cerebral, neuropatia periférica, défices cognitivos, alterações do funcionamento motor
Sistema reprodutor	Embriopatia fetal alcoólica	Disfunções sexuais, amenorreia, anovulação, menopausa precoce, abortos espontâneos
Cancro		Neoplasias do fígado, do pâncreas, da orofaringe, da laringe, do esófago. Aumento do risco de

		cancro da mama
Co-morbilidade psiquiátrica	Depressão, ansiedade, insónia, irritabilidade	Perturbações afectivas, perturbações ansiosas, personalidade anti-social
B. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS		
Problemas legais	Violação do tráfego, condução sob efeito do álcool, perturbações públicas	Acidentes com veículos motores, ofensas corporais, fogo
Problemas laborais	Diminuição da produtividade, falta por doença, incapacidade para se concentrar, diminuição da competência profissional	Acidentes, ferimentos, perda de trabalho, desemprego crónico
Problemas familiares	Conflitos familiares, negligência das responsabilidades, isolamento social	Divórcio, agressão familiar, abuso ou negligência das crianças, perda da custódia das crianças
Efeitos nas crianças	Impulsividade, dificuldade de concentração, problemas escolares, isolamento social	Comportamento problemático, distúrbios emocionais

As vantagens da abordagem conjunta deste vasto e multiforme leque de situações relacionadas com o álcool sob uma designação comum, sentem-se sobretudo ao nível de acções preventivas, permitindo alargar o «espaço» focado e tomar em atenção tudo o que disser respeito a produção-distribuição-consumo-publicidade-legislação de álcool e bebidas alcoólicas e, conseqüentemente, multiplicar as estratégias da intervenção, exigindo a multidisciplinaridade na mesma (Mello *et al*, 2001).

IMPACTO ECONÓMICO DO ÁLCOOL NA EUROPA

Num extenso relatório da Comissão Europeia sobre os impactos do álcool na Europa (Anderson *et al*, 2006), o custo total tangível do consumo de álcool para as sociedades da União Europeia foi estimado em 125 biliões de euros, o equivalente a 1,3% do Produto Interno Bruto, e que é, aproximadamente, o mesmo valor encontrado recentemente para o tabaco (Figura 1).

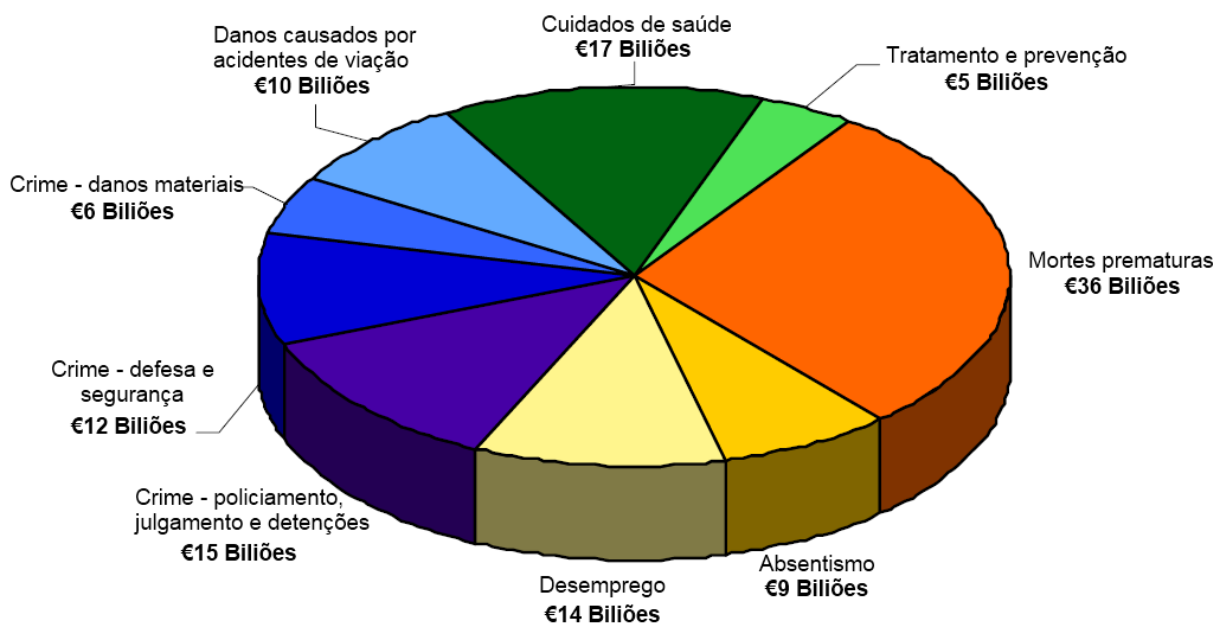


Figura 1 Custos tangíveis do consumo de álcool para as sociedades da União Europeia (Adaptado de Anderson *et al*, 2006)

Os custos intangíveis – por dor, sofrimento e perda de vidas que ocorrem devido aos danos de origem criminosa, social e de saúde causados pelo álcool – , foram estimados por Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (*Disability-Adjusted Life Years* – DALY) em cerca de 270 biliões de euros.

O CONSUMO DE ÁLCOOL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O álcool é o terceiro de vinte e seis maiores factores de risco de doença e morte prematura na União Europeia, só atrás do tabaco e hipertensão arterial, sendo mais importante do que os níveis elevados de colesterol e o excesso de peso (Anderson *et al*, 2006) (Figura 2).

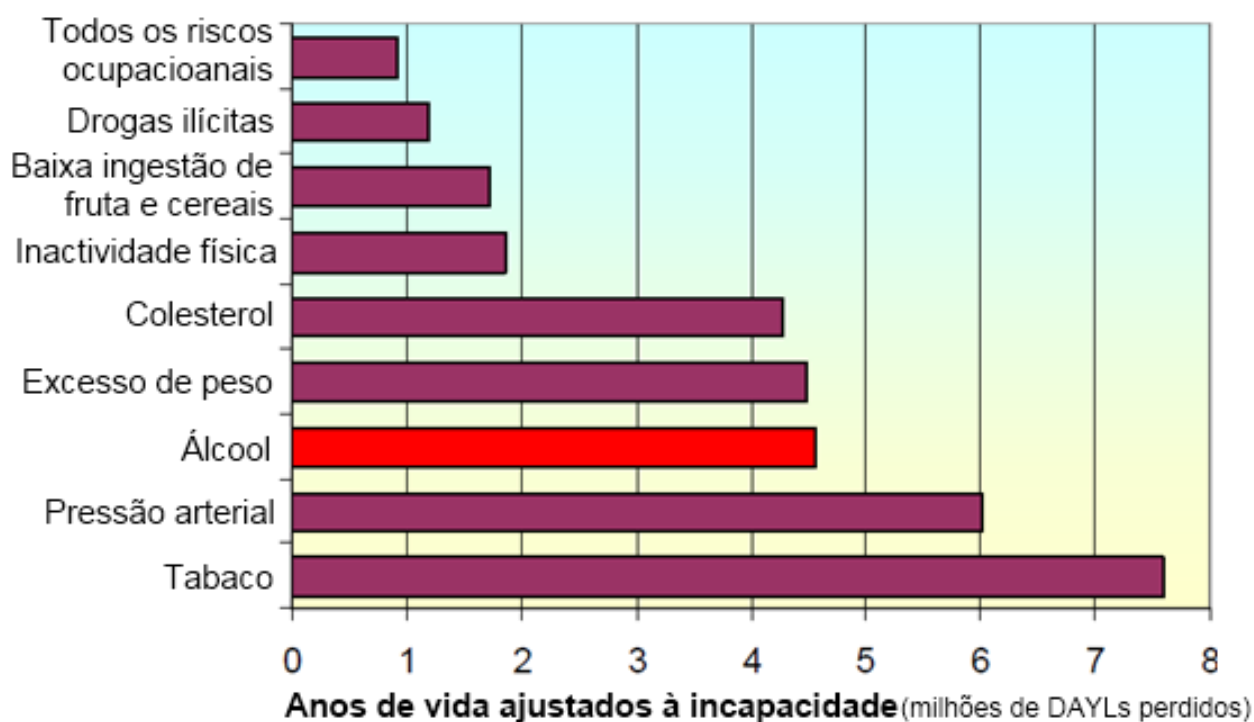


Figura 2 Os nove maiores factores de risco de morbimortalidade na União Europeia (Adaptado de WHO's Global Burden of Disease study (Rehm et al. 2004))

CALENDARIZAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTÁGIO

No intento de adquirir formação e competências no combate, ainda que parcial, a este indubitável problema de saúde pública, escolhi, no âmbito da Tese de Mestrado, realizar um estágio curricular/académico na Unidade de Alcoologia do Norte e proceder à elaboração do respectivo relatório.

Este estágio na UAN foi programado para ser efectuado de 21 de Dezembro de 2009 a 3 de Janeiro de 2010, com eventual continuação até 5 de Abril de 2010, período compreendido entre o início das férias do Natal e o término das férias da Páscoa do calendário do ano profissionalizante em vigor, e cujas duas primeiras semanas idealmente corresponderiam ao internamento completo de um grupo de doentes.

No decurso deste estágio, propus-me a atingir vários objectivos, tendo definido como objectivo primário: a) promover a aprendizagem activa na abordagem de doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool; e como objectivos secundários: b) treinar a aplicação de instrumentos de avaliação de diferentes padrões de consumo na entrevista clínica, c) aumentar a formação e treino de competências em Comunicação em contexto clínico em geral e na área de Alcoologia em particular, e d) perceber a articulação entre níveis de cuidados primários e

secundários no acompanhamento destes doentes, estruturada por critérios de referenciação bem definidos.

DISCUSSÃO

ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO

No dia 21 de Dezembro de 2010 iniciei o meu estágio na Unidade de Alcoologia do Norte (UAN). Nas duas semanas que se seguiram, assisti a consultas de seguimento, passei algum tempo na biblioteca à procura de referências bibliográficas, conversei com profissionais de saúde da UAN, e dediquei a maior parte do tempo a falar com os doentes internados e a ler os seus processos clínicos. Como os doentes internados nesse período usufruíram de licenças de ensaio por ser época natalícia, o estágio prolongou-se até ao dia 23 de Abril de 2010, excedendo a data final e duração previstas, totalizando, no final, cerca de 100 horas.

No tempo restante, assisti a primeiras consultas e de seguimento, converti alguns dos meios formativos disponíveis na UAN em formato digital (facilitando a sua divulgação futura), e procedi à elaboração de novo material didáctico (primariamente destinado aos profissionais dos cuidados de saúde primários).

Ao deparar-me com o facto de ter de transcrever a experiência obtida no estágio na UAN neste relatório, pensei longamente acerca da melhor forma de o fazer. Vacilei, nomeadamente, entre duas formas possíveis, cada uma com a sua lógica própria. A primeira seria a descrição clássica das actividades desenvolvidas por ordem cronológica. A segunda, menos convencional, privilegiaria a organização da informação tendo em conta os diferentes níveis de abordagem e a história natural da doença.

Acabei por optar pela segunda hipótese de estruturação do relatório, pois para além de me permitir enquadrar melhor os muitos conceitos teóricos que então adquiri, facilitará ainda o recurso a este relatório enquanto linha orientadora da abordagem desta população de doentes na prática clínica futura. Nesta perspectiva pragmática, procurei condensar a informação mais relevante em tabelas ou figuras, facultando o seu acesso e interpretação.

ABORDAGEM DOS DOENTES COM CONSUMOS DE RISCO OU NOCIVO AO NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – ADAPTAÇÃO DE UMA PROPOSTA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Em conversa com o doutor Gaspar Almeida (médico psiquiatra) e a doutora Clara Silva (psicóloga), confessei-lhes que estava a pensar seguir a carreira da Medicina Geral e Familiar, e quais as minhas motivações e objectivos para o estágio na UAN. Gentil e graciosamente, ambos se apressaram a dispensar-me algumas referências no âmbito da Alcoologia. Entre elas estava o pequeno livro «Intervenções Breves – para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas» (Babor *et al*, 2001), concebido pela Organização Mundial de Saúde para ser

utilizado como orientação em Cuidados de Saúde Primários. Foi, a partir deste livro e da bibliografia por ele citada, que acabei por desenvolver neste estágio algum material didáctico e instrumentos de trabalho, para serem usados em prevenção primária e secundária dos problemas ligados ao álcool.

Adicionalmente, no decurso das aulas práticas da disciplina de Medicina Geral e Familiar do ano profissionalizante em vigor, tive a oportunidade de me aperceber quais os métodos de rastreio e sinalização das Doenças e Problemas Ligados ao Álcool, que os médicos em exercício nas Unidades de Saúde Familiares/Centros de Saúde (USF/CS) têm ao seu dispor. Procurando aproveitar estes meios, procurei adequar as respectivas valências a formas de registo mais rigoroso dos padrões de consumo de álcool, as quais desenvolverei em seguida.

Introdução aos diferentes Padrões de consumo de bebidas alcoólicas

O *Consumo de Risco (Hazardous)*, também referido como consumo excessivo, é um conceito importante em saúde pública, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde mas não incluído na CID-10, que corresponde a um padrão de consumo já avultado e regular, que não tem tradução clínica na saúde ou no comportamento psíquico e social do indivíduo, mas que traz associado um risco aumentado de consequências nocivas.

Existem vários padrões de consumos passíveis de causar risco ou dano substancial para o indivíduo (Quadro 6).

Quadro 6 Exemplos de Padrões de Consumo de Risco (adaptado de Topor *et al*, 2007)

Consumo diário elevado de álcool
Episódios repetidos de ingestão até à intoxicação etílica
Consumo de álcool em condições proibitivas (gravidez, doença física agravada pelo álcool, condução de veículos colectivos, actividade profissional de risco, etc.)
Consumo de álcool que provoca doença física ou mental
Consumo de álcool que levou à síndrome de dependência do álcool

No caso particular dos jovens, a ingestão cinco ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (*Binge Drinking*) assumiu popularidade particular. O relatório da União Europeia informa que 6% dos jovens declara envolvimento em actos violentos e 4% declaram sexo desprotegido devido ao consumo de álcool. Apesar de serem os jovens aqueles que mais facilmente poderão sofrer de um modo marcado e com consequências marcadas para o resto das suas vidas, existe fraca percepção do risco associado à ingestão de álcool. Destinada à população adolescente, fiz uma apresentação *Power Point*[®], a qual procurei que fosse simples, divertida e didáctica, e onde procuro alertar para estes aspectos (Anexo II:).

Quantificação dos consumos

Para calcular a quantidade de álcool que uma pessoa bebe de facto, deve ter-se em conta o número de bebidas por cada dia da semana durante uma semana típica, assim como o volume e a graduação dessas bebidas. No cálculo da quantidade em gramas de álcool contido numa determinada bebida, é ainda preciso considerar a densidade do álcool (0,8Kg/L). Por exemplo, um vinho de 10º significa que 1L contém 10% de álcool, isto é, 100 ml ou 80 gramas de álcool. Em anexo consta uma tabela para consulta, onde se classificam os tipos mais frequentes de bebida quanto à origem e graduação (Anexo III:).

Uma bebida-standard, em qualquer parte do mundo, habitualmente contém 10 gramas de álcool “puro”. A Unidade de Bebida-Padrão usada em Portugal, no entanto, contém uma média 13 gramas de álcool.

O *software* actualmente em uso nas USF/CS é o SAM[®] – Sistema de Apoio ao Médico, o qual permite o registo das quantidades de álcool ingeridas semanalmente, conforme Figura 3 e Figura 4 abaixo. Este instrumento de cálculo contabiliza cada unidade de aguardente como contendo 15 gramas de álcool, cada copo de vinho maduro como 13 gramas e as unidades individuais das restantes bebidas como 12 gramas cada.

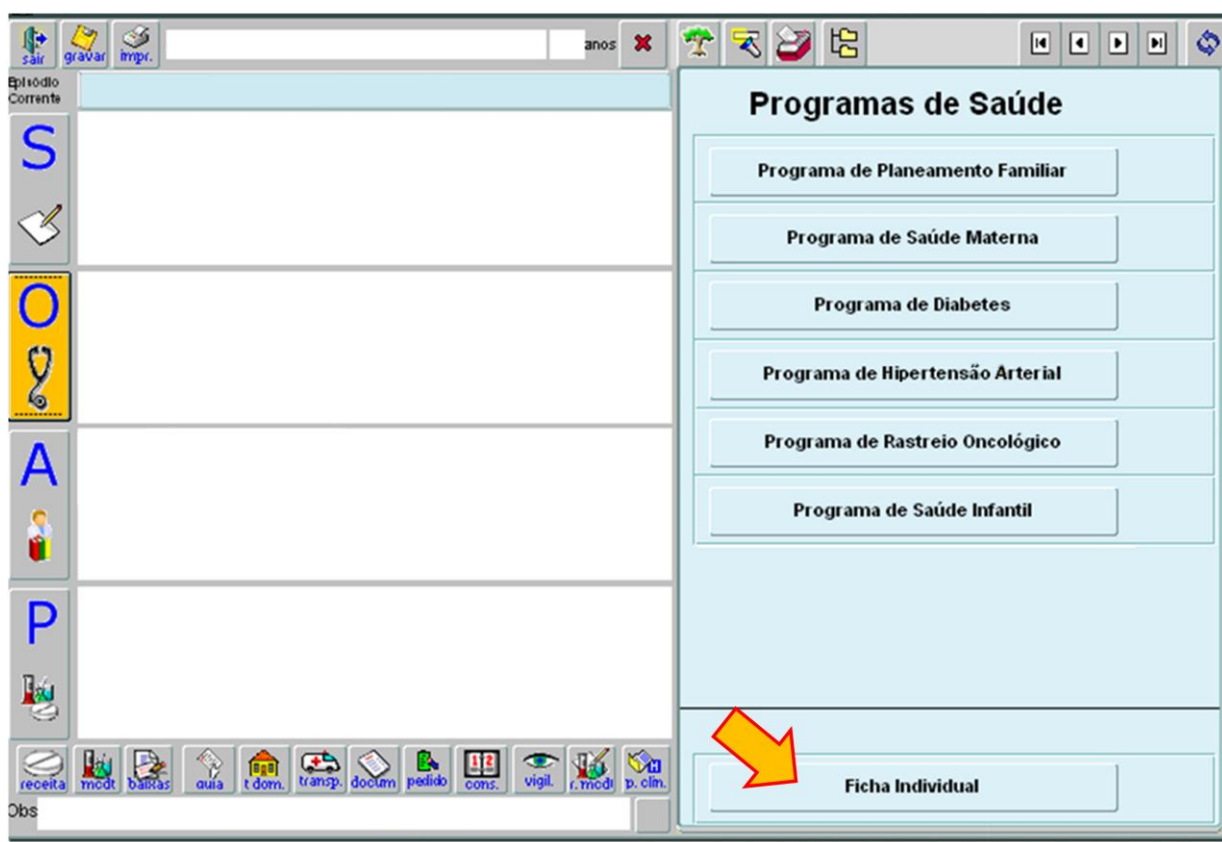


Figura 3 Adaptação de um *Printscreen* do SAM – janela SOAP: Objectivo, Ficha individual.

Figura 4 Printscreen do SAM – janela de cálculo da quantidade de álcool consumida semanalmente.

A utilidade dos valores absolutos dos consumos, é a de permitir um raciocínio probabilístico, acerca do risco do utente vir a desenvolver doenças relacionadas com o álcool (Anexo IV:). No sentido de prevenir estes problemas, a Organização Mundial de Saúde actualmente recomenda que se pratique um consumo de baixo risco (Quadro 7).

Quadro 7 Consumo de Baixo Risco (Babor *et al*, 2001)

Um consumo de baixo risco é:	
✓	Não beber mais de duas unidades de bebidas-padrão por dia para os homens ou não mais de uma unidade de bebida-padrão para as mulheres;
✓	Não beber em pelo menos dois dias da semana.

Registo informático das Perturbações atribuídas ao Consumo de álcool

O SAM baseia-se na Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2 (World Organization of Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, 1993) em anexo (Anexo V:) para registo informático dos motivos de consulta, problemas de saúde/diagnósticos e intervenções/procedimentos efectuados, segundo o modelo SOAP (Subjectivo, Objectivo, Avaliação e Plano), este sistema

classifica, no capítulo P («Psicológico») – componente 1 («sinais e sintomas»), as perturbações relacionadas com o uso do álcool em apenas duas categorias: P15 – abuso agudo do álcool, e P16 – abuso crónico do álcool (Figura 7).

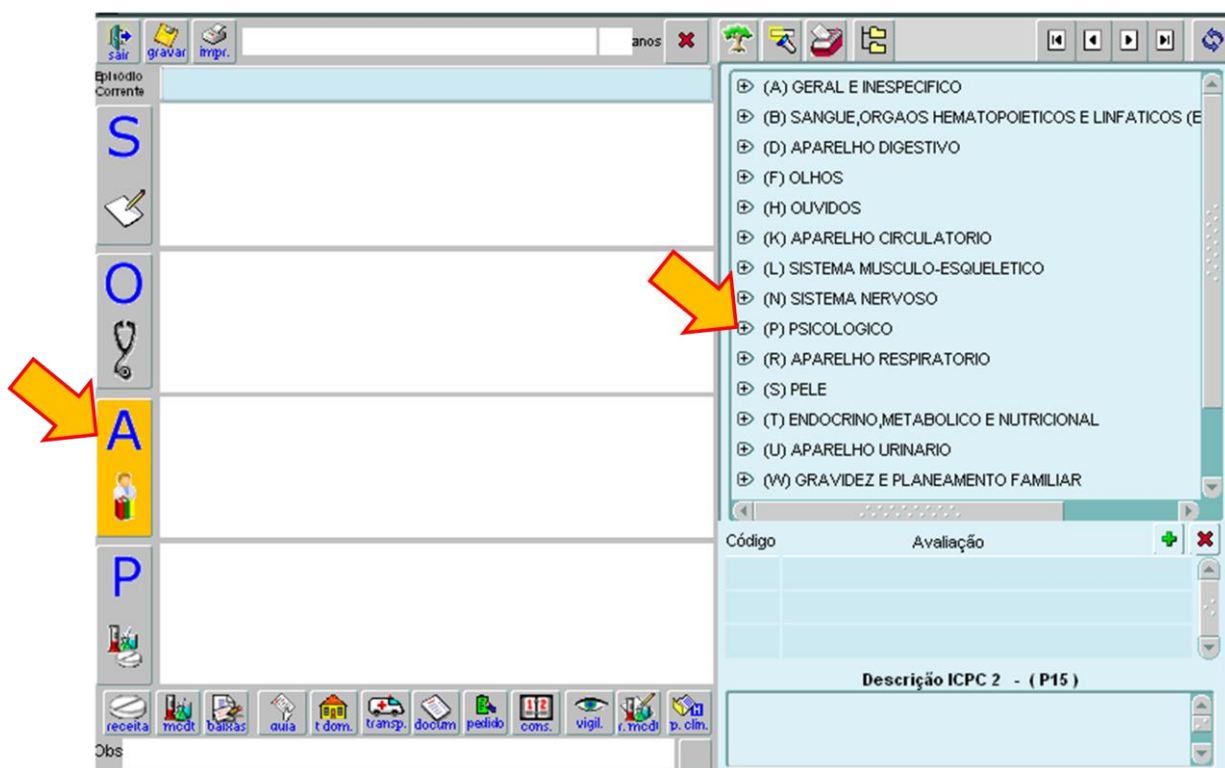


Figura 5 Adaptação de um *Printscreen* do SAM – janela SOAP: Avaliação, capítulo Psicológico

Embora o código P15 não deixe dúvidas acerca da sua equivalência ao diagnóstico de Intoxicação aguda da CID-10 (Figura 6), o facto do código P16 abarcar todas as categorias de problemas relacionadas com um consumo crónico de álcool (Figura 7), faz com que careça de utilidade clínica no planeamento de uma intervenção terapêutica adequada. Por outro lado, uma vez que a ICPC-2 possui referências cruzadas com os códigos da classificação CID-10, se utilizados criteriosamente (verificando os critérios listados (Anexo I:), estes poderão usar-se como extensão de classificação. Poder-se-á registar, por exemplo, na Avaliação do SOAP, P16 – F10.2, para registar o diagnóstico de Síndrome de Dependência Alcoólica.

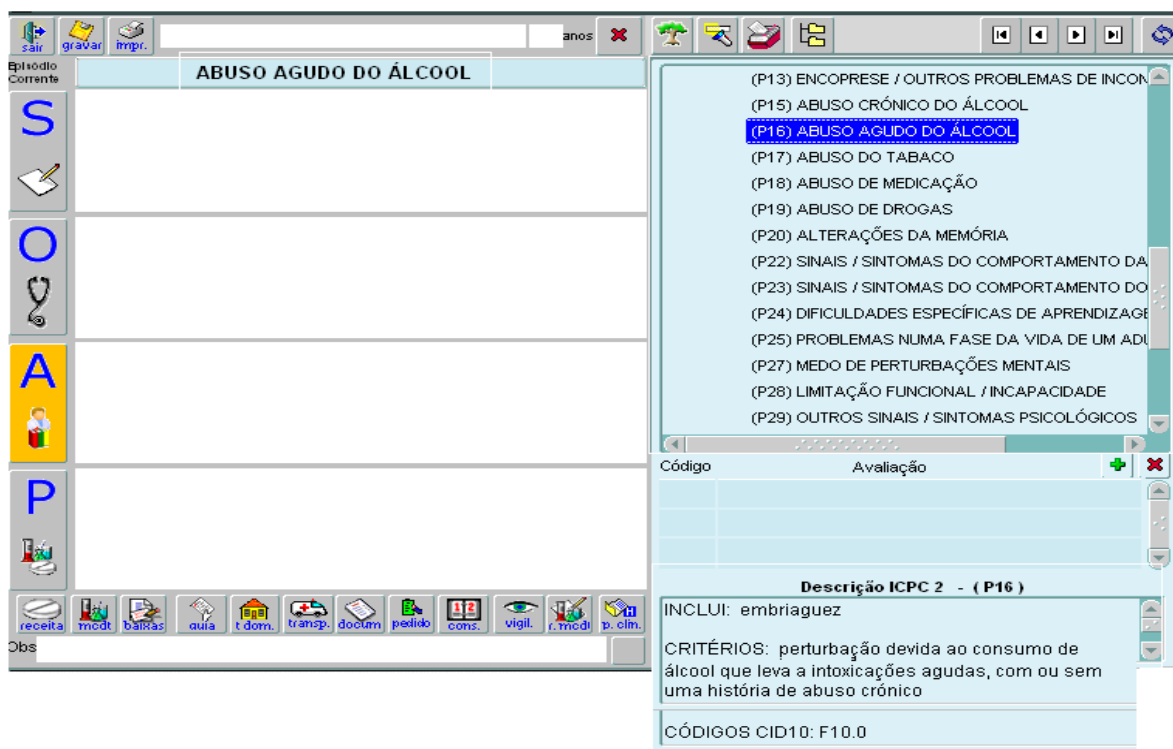


Figura 6 Adaptação de um *Printscreen* do SAM – Abuso Agudo do Álcool

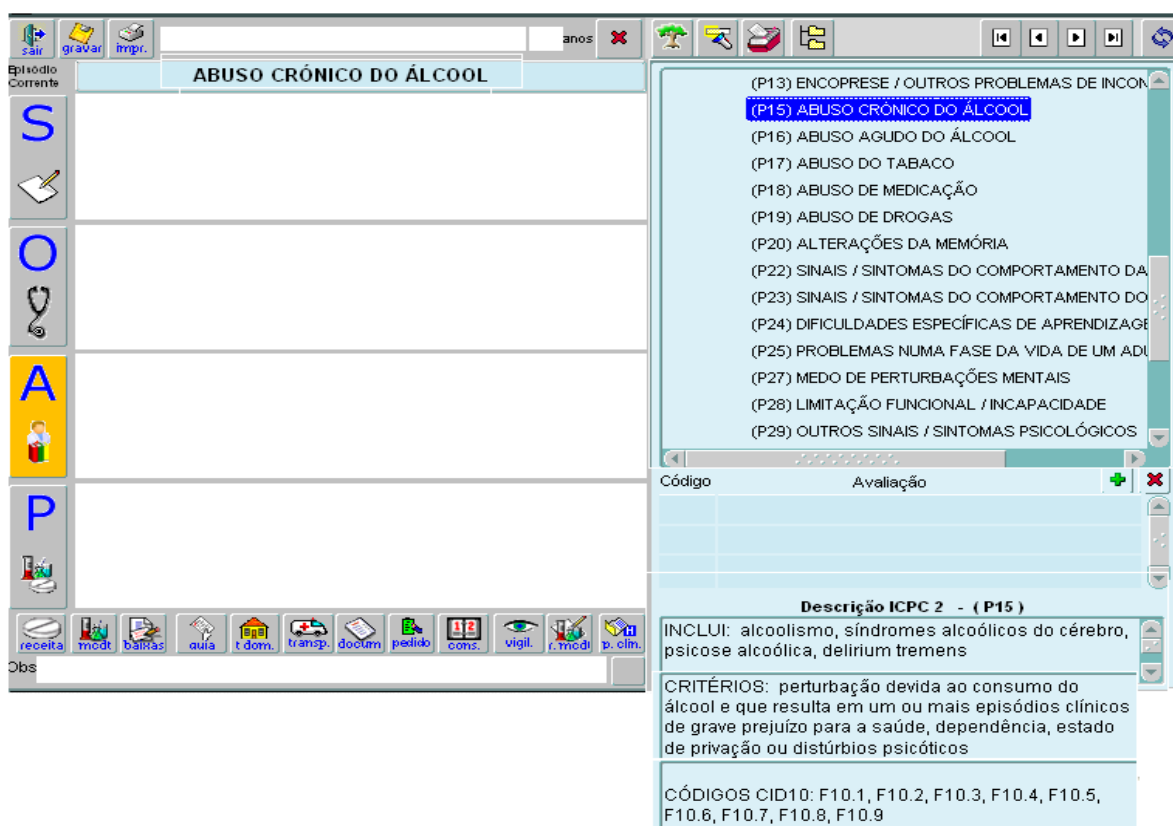


Figura 7 Adaptação de um *Printscreen* do SAM – Abuso Crónico do Álcool

Meios complementares de diagnóstico

Uma história e exame clínicos bem conduzidos, apresentam um rendimento superior aos dos meios complementares de diagnóstico na identificação dos doentes com consumos de risco. Tal como o próprio nome indica, estes exames não servem como rastreio nem para categorizar consumos, mas podem ser úteis para orientação diagnóstica ou para vigilância clínica.

Os marcadores biológicos que se revelam mais úteis estão listados no Quadro 8.

Quadro 8 Exames complementares de diagnóstico indicadores de um possível consumo excessivo de álcool
(adaptado de Topor et al, 2007)

Mais úteis:
• Gama-glutamyl-transferase – é a primeira enzima indicadora de sofrimento hepático; valor sugestivo se duas vezes o limite superior do valor normal. • Volume globular médio – pode aumentar ao fim de vários meses de alcoolização crónica; valores sugestivos acima de $97\mu\text{m}^3$; falsos negativos nas intoxicações exclusivas de cerveja, que tem folatos.
Outros indicadores:
• Aumento da Transferrina deficiente em carboidratos • Hipertrigliceridemia • Diminuição do Tempo de protrombina • Aumento das Transaminases • Diminuição das Plaquetas

No caso de se detectar qualquer anormalidade nalgum destes exames, esta não se deverá ser imediatamente atribuída ao consumo excessivo de álcool. Em vez disso, deve-se ponderar os diagnósticos diferenciais e planear a respectiva estratégia de investigação etiológica.

Introdução ao Rastreio e Abordagem dos Problemas ligados ao álcool em Cuidados de saúde primários – adaptação de um modelo proposto pela OMS

O manual do teste «Alcohol Use Disorders identification Test (Teste de Identificação de Perturbações Relacionadas com o Consumo de Álcool) (AUDIT) (Babor et al, 2001) e o já referido «Intervenções Breves – para o consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas» (Babor et al, 2001), ambos publicados pela Organização Mundial de Saúde, descrevem, no seu conjunto, uma abordagem abrangente ao rastreio do álcool e à intervenção breve nos cuidados primários de saúde.

O AUDIT divide-se em dez questões, representativas de três áreas (Quadro 9).

Quadro 9 Domínios e conteúdos do AUDIT (Babor et al, 2001)

Domínios	Número da Pergunta	Conteúdos
Uso de risco de álcool	1	Frequência do consumo
	2	Quantidade típica
	3	Frequência do consumo intenso
Sintomas de dependência	4	Diminuição do controle sobre o consumo
	5	Maior notoriedade do beber
	6	Consumo matinal
Uso prejudicial do álcool	7	Culpabilidade depois de beber
	8	Lacunas
	9	Lesões relacionadas com o álcool
	10	Preocupação dos outros pelo consumo de bebidas

No rastreio é possível distribuir um pequeno teste de auto-avaliação para ser preenchido pelos doentes enquanto aguardam pela consulta (Anexo VI:), ou integrar as perguntas do AUDIT na entrevista clínica (Anexo VI:). A aplicação e interpretação do AUDIT dura apenas 3 a 5 minutos. A interpretação do resultado regula-se por intervalos de pontuação discriminadores de níveis de risco distintos, que permitem adequar a intervenção terapêutica (ver Quadro 10).

Quadro 10 Interpretação do resultado do AUDIT

Cotação AUDIT	Nível de risco	Diagnóstico de presunção	Intervenção
0 – 7	Zona I	Abstémios/ Consumo de baixo risco	Educação sobre o álcool.
8 – 15	Zona II	Consumo excessivo	Aconselhamento simples.

16 – 19	Zona III	Consumo nocivo (F10.1) ou Dependência (F10.2)	Aconselhamento simples e Aconselhamento breve + Monitorização constante.
20 – 40	Zona IV	Dependência do álcool (F10.2)	Trabalho motivacional sobre as questões da abstinência e sobre um projecto terapêutico a longo prazo. Encaminhamento para diagnóstico, avaliação e tratamento especializados num Centro de Resposta Integrada ou numa Unidade de Alcoologia.

Hespanhol e colaboradores, num excelente artigo sobre actividades preventivas com evidência de eficácia científica, publicado na Revista Portuguesa de Clínica Geral(2009), recomenda a aplicação do questionário AUDIT e o aconselhamento sobre o consumo de álcool pelos profissionais de saúde, a todos os utentes com mais de 14 anos, e com uma periodicidade de 3 anos de intervalo.

As intervenções breves são as práticas que têm por objectivo a identificação de um problema relacionado com o álcool (real ou potencial) e motivar o indivíduo a tomar uma atitude, visando a sua resolução. Foi comprovado por diversos ensaios clínicos que estas intervenções breves reduzem o nível global de consumo de álcool, alteram os padrões de consumo nocivos, evitam futuros problemas relacionados com o álcool, melhoram a saúde e reduzem os custos com os cuidados de saúde (Babor *et al*, 2001). Os dois principais tipos de intervenções breves são explicados no Quadro 11.

Quadro 11 Tipos de intervenções breves

Aconselhamento simples	Aconselhamento breve
<u>Objectivo:</u> fornecer aos doentes instrumentos que permitam alterar atitudes básicas e lidar com diversos problemas subjacentes; demora menos de 5 minutos	<u>Âmbito:</u> baseia-se numa avaliação rápida, num empenho imediato do doente e na implementação pronta de estratégias de alteração de hábitos; demora cerca de 15 minutos

Os profissionais de saúde envolvidos neste tipo de aconselhamento deverão ser sujeitos a formação em escuta empática e entrevistas de motivação. Tentando abreviar este caminho, fiz uma apresentação Power Point^R destinada profissionais de saúde de cuidados primários, onde exploro melhor como rastrear a bordar os problemas ligados ao álcool em cuidados de saúde primários (Anexo VIII:).

Elaborei também, baseados do modelo original da OMS (Anexo IX:), o folheto «Guia para um Consumo de Baixo risco», na versão a cor e a preto e branco (Anexo X:) (para permitir a fotocópia a preto de melhor qualidade). Adaptei também o mesmo modelo para os doentes que

venham a verificar o diagnóstico de síndrome de dependência alcoólica, também com versões a cor e a preto e branco (Anexo XI:).

Com o intuito de melhorar a eficácia do *feedback* do resultado do AUDIT, fiz uma apresentação *Power Point* para cada nível de risco, investindo no fundo a preto (por permitir uma melhor visualização em modo de apresentação) e na sinalização “universal” das cores dos semáforos e dos sinais de trânsito (Anexo XII:).

Outros materiais desenvolvidos foram a brochura para consumidores de baixo risco de álcool (Anexo XIII:) e o desdobrável de Auto-ajuda para consumidores de risco e nocivos (Anexo XIV:).

Orientação dos doentes que negam a doença

Relativamente aos doentes dependentes do álcool, raros são os que requerem uma interrupção definitiva do seu consumo. Este aparente não pedido de ajuda relativamente ao álcool dissimula um sinal defensivo característico dos dependentes do álcool, que é necessário decodificar. O Quadro 12 lista algumas das técnicas úteis para ajudar os doentes a ultrapassar a negação da doença.

Quadro 12 Técnicas comunicacionais para ultrapassar a negação da dependência (adaptado de Topor *et al*, 2007)

O QUE EVITAR:
✗ querer saber tudo acerca das quantidades consumidas desde a primeira consulta
✗ censurar
✗ ser moralizador
✗ culpar, confrontando violentamente o doente com as consequências da sua dependência para as pessoas que o rodeiam
✗ exagerar as perturbações e as suas consequências, sob pena de perder a credibilidade
✗ impor tratamentos na ausência de uma base contratual
O QUE FAVORECER:
✓ enunciar claramente a garantia de confidencialidade das entrevistas
✓ propor uma primeira consulta de avaliação do estado de alcoolização e suas consequências, assegurando ao doente que em todos os momentos o poder de decisão é seu
✓ sublinhar que todo o tratamento, se iniciado, se realizará sobre uma base contactual
✓ ajudar o doente a descrever o que sente
✓ mostrar empatia pelo seu sofrimento, sem se envolver demasiado
✓ ser técnico, explicando as perturbações detectadas e qual o tratamento
✓ saber usar os pontos sensíveis da vida do doente, realçando as experiências positivas em momentos em que não bebeu
✓ trabalhar com as pessoas que rodeiam o doente na presença deste para discutir a realidade dos factos de

uma forma justa

- ✓ convidar os familiares e próximos a suspenderem toda a vigilância e a não protegerem o doente das consequências dos seus consumos
 - ✓ respeitar o ritmo de evolução do doente
-

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE DOENTES COM CONSUMO NOCIVO OU DEPENDENTE DO ÁLCOOL – UMA EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE ALCOOLOGIA DO NORTE

As Unidades de Alcoologia são estruturas locais de âmbito regional do Instituto da Droga e da Toxicod dependência, especializadas na área da alcoologia, com competências de formação específica, a quem compete prestar cuidados integrados e globais, em regime ambulatorio ou de internamento, sob responsabilidade médica, a doentes com síndrome de abuso (consumo nocivo) ou dependência de álcool, seguindo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação. Apoiam ainda as actividades de intervenção dos Centros de Resposta Integrada (CRI), estruturas locais do Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT).

De um modo geral, os doentes com consumo nocivo ou dependente do álcool não complicados (sem comorbilidades médicas, psiquiátricas e com suporte social), podem ser orientados para tratamento no CRI da área de referência. Em caso de dependência do álcool complicada, o doente deve ser enviado para desabilitação numa das três Unidades de Alcoologia disponíveis no país: no Norte (Matosinhos), Centro (Coimbra) e Sul (Lisboa).

Fruto da recente reestruturação dos serviços e integração dos centros especializados em desabilitação alcoólica no IDT, ocorre um certo desconhecimento por parte dos médicos portugueses acerca das novas instalações da Unidade de Alcoologia do Norte, havendo ainda muitos doentes a dirigir-se ao Hospital Magalhães Lemos, onde funcionava o anterior Centro Regional de Alcoologia do Norte, deparando-se lá com um papel na porta das instalações encerradas, a comunicar a morada actual da UAN.

Acreditando que possa facilitar a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a UAN, procedi à elaboração de um ficheiro pdf, onde consta a morada, contactos, um mapa (Figura 8) e uma fotografia da entrada da UAN e quais os transportes públicos apropriados, para disponibilizar aos doentes (Anexo XV:).

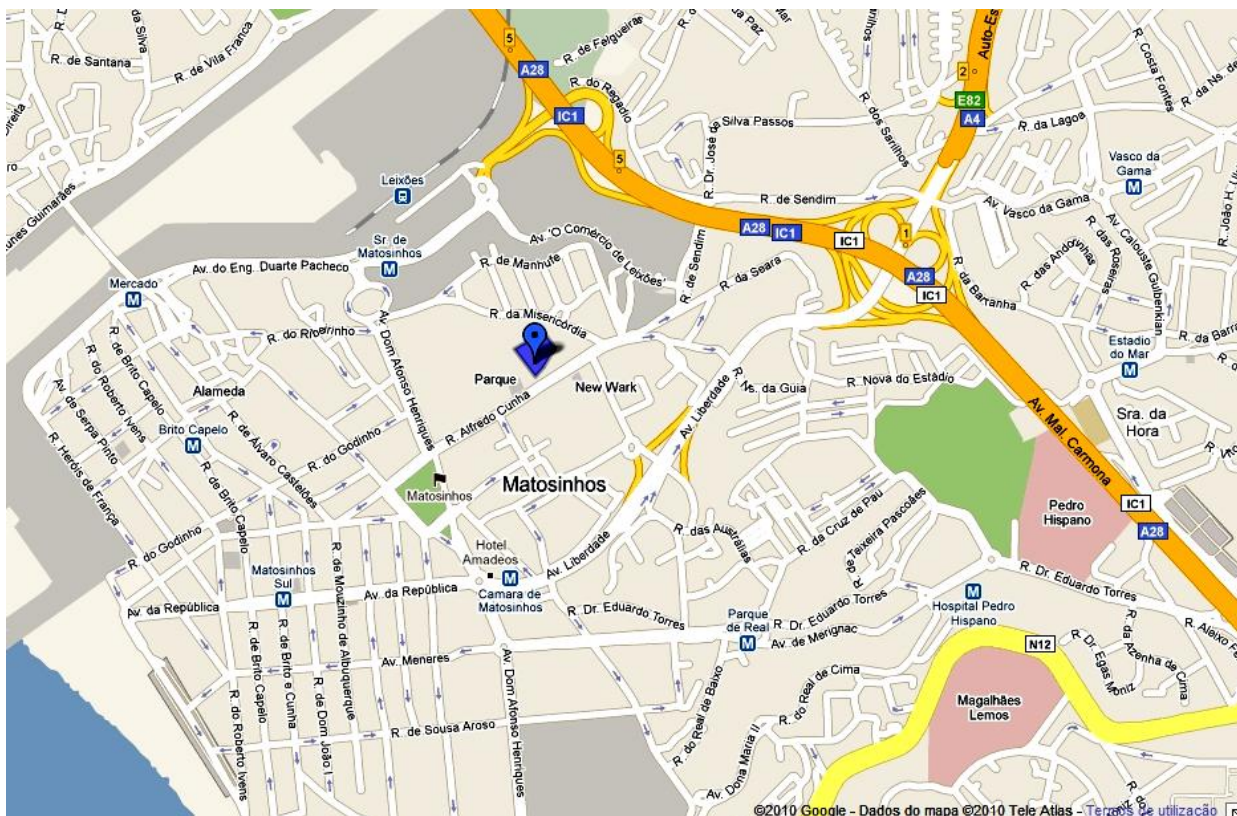


Figura 8 Mapa de Matosinhos – a Unidade de Alcoologia do Norte está assinalada com uma marca azul

Elaborei, também, outro ficheiro onde constam os critérios de orientação de doentes para a UAN (Quadro 13) e quais os meios auxiliares de diagnóstico a solicitar (Quadro 14), destinado aos médicos dos cuidados primários (Anexo XVI:).

Quadro 13 Critérios de referenciação de doentes para a Unidade de Alcoologia do Norte

Doentes motivados para o tratamento diagnosticados com:
• Consumo Nocivo (Abuso) de álcool • Síndrome de Dependência Alcoólica

Quadro 14 Meios Complementares de Diagnóstico que o doente deve trazer na primeira consulta na UAN

Análises ao sangue:

- Hemograma com plaquetas
- Glicemia
- Ureia e Ácido úrico séricos
- TGO, TGP, GGT e FA
- Colesterol total e Triglicéridos
- Velocidade de Sedimentação
- Serologia de hepatites víricas

Ecografia do andar superior do abdómen

RX tórax

Introdução às fases do processo terapêutico dos doentes com dependência do álcool

O objectivo do tratamento dos doentes dependentes do álcool tem por fim último a sua recuperação integral, mental e relacional, o que pressupõe a extinção da conduta dependente. O quadro abaixo apresenta as intervenções adequadas ao estado de motivação do doente em relação à abstinência (Quadro 15).

Quadro 15 Adaptação das intervenções terapêuticas em doentes dependentes do álcool ao seu estado de motivação para a mudança segundo o ciclo de Mudança de Prochaska e Di Clemente (adaptado de Nogueira TS *et al*, 2009)

Pré contemplação - utentes que não têm consciência do problema, nem estão motivados para mudar; <u>Intervenção</u> : mostrar a possível relação existente entre o comportamento e suas consequências.
Contemplação – insegurança e ambivalência face à mudança. <u>Intervenção</u> : o utente não está certo de querer mudar o seu comportamento, pelo que se deverá facilitar a análise das vantagens e desvantagens do mesmo.
Preparação – uma decisão foi tomada, a sua implementação foi planeada e começa a ser executada. <u>Intervenção</u> : destacar acções necessárias para a mudança.
Acção – o utente mudou o comportamento. <u>Intervenção</u> : apoio para que a mudança seja efectiva.
Manutenção – manter esse comportamento. <u>Intervenção</u> : reforçar a manutenção.
Recaída – retorno a uma etapa anterior à acção. <u>Intervenção</u> : a recaída pode ser mais um passo no sentido da mudança efectiva, beneficiando da experiência já realizada e devendo o técnico de saúde valorizar o que houve de positivo durante o período em que houve mudança de comportamento, ou seja, durante o tempo em que o doente conseguiu estar abstinente.

Primeiras consultas na UAN

As primeiras consultas na UAN, têm lugar todos os dias entre as 9h00 e as 11h00, sendo que em cada dia ferial é uma equipa multidisciplinar diferente que acolhe os “seus” doentes.

Tive oportunidade de assistir a uma consulta com cada equipa. As equipas são multidisciplinares, sendo constituídas por um médico, um psicólogo clínico, uma enfermeira, um assistente social, e por vezes também está presente a nutricionista.

O objectivo é o de estabelecer um primeiro contacto entre o doente e toda a equipa terapêutica. Genericamente, todas as equipas seguem a «história clínica modelo», que pode ser consultada no Anexo XVII:. Ao longo da entrevista, procura estabelecer-se o diagnóstico do doente, perceber quais os motivos reais que o levaram a recorrer à UAN, qual a motivação para o tratamento, e qual o padrão de consumo actual e passado. No final da consulta,

agenda-se nova marcação com o médico, num ambiente mais privado, recomendando-se desde o primeiro momento para parar, ou se de todo não possível, pelo menos reduzir ao máximo, os consumos de álcool.

Na verdade, a maioria dos doentes não vem de mote próprio, mas pressionada pela ameaça de abandono (da família, dos amigos), por instituições de cariz social no âmbito de programas de reabilitação (por exemplo, para poderem continuar a receber o rendimento social de inserção), etc. Há ainda muitos doentes que vêm há procura de «medicamentos milagrosos para deixar o álcool» e raros os que estão conscientes de que estão doentes e que é necessário percorrer um caminho difícil até atingir a abstinência total e definitiva.

Nos «Acolhimentos» a que assisti, tive oportunidade de ver um caso de um doente com 28 anos, segurança de profissão, com controle de consumo de álcool durante o período laboral, que transferiu um abuso recente de canabinóides para um abuso de álcool, o qual acabou por se tornar numa dependência. Outro senhor veio com um amigo, pedindo ajuda para “conseguir deixar de vez o álcool”, porque estava “a ficar doente”. Outro doente, surdo-mudo, veio trazido pelo irmão, que lhe disse vir a um médico que ia tratar “que parecesse mais novo e bonito”, uma vez que o doente estava preocupado com o seu aspecto geral, sem conhecimento de que tipo de instituição se tratava. Outro caso foi o de um emigrante em França que “tinha” de “deixar o álcool”, porque “senão não me deixam seguir viagem”. Na consulta de sexta-feira, veio um homem orientado no âmbito do «programa STOP», segundo o qual todo o condutor a quem seja retirada a carta de condução por infringir a taxa de alcoolemia autorizada ao volante de um veículo automóvel, actualmente fixada em 0,5 gramas por litro, é intimado a apresentar-se a uma comissão médica para rastreio de perturbações relacionadas com o álcool.

Nas consultas seguintes procuram o doente reflecta sobre os problemas que o álcool provoca na sua vida, adquirindo *insight* da sua doença. Nunca é demais repetir, o doente tem que ser implicado no compromisso terapêutico. Assim, por exemplo, se o doente refere que quer manter um consumo controlado, devemos explicar-lhe que esse não é o tratamento adequado à sua doença, mas não podemos obrigá-lo a aderir à abstinência total.

Tratamento de Desintoxicação de Doentes Dependentes do álcool na UAN

O tratamento de desintoxicação do álcool pode ser efectuado em regime de ambulatório, de internamento parcial ou de internamento completo. Embora os tratamentos em ambulatório ou internamento parcial apresentem custos relativos mais reduzidos, doentes com comorbilidade física ou psiquiátrica moderada a grave, más condições sociais, má resposta a outros regimes de tratamento anteriores e/ou a residir longe da UAN, necessitarão de internamento completo.

As instalações do internamento possuem seis camas para mulheres e catorze para homens (no Anexo XVIII: constam algumas fotografias das instalações da UAN). No regime de desintoxicação em internamento completo, os doentes ficam internados 3 semanas. Na primeira semana, ocorre a desintoxicação propriamente dita, com suporte hídrico e medicamentoso e vigilância 24 horas por dia pela enfermagem. Na UAN não existe laboratório de análises clínicas (quando os doentes descompensam, são encaminhados para o Hospital Pedro Hispano). Não é prática na UAN o uso de protocolos de regimes terapêuticos, sendo cada médico responsável por medicar os seus doentes e por visitá-los tão frequentemente quanto possível. O Quadro 16 apresenta alguns dos recursos farmacológicos disponíveis na desintoxicação alcoólica, os quais são de uso frequente na UAN.

Quadro 16 Fármacos usados no Tratamento da Dependência do Álcool (Adaptado de Nogueira *et al*, 2008)

Fármacos anti-craving: Acamprosato, Naltrexona

Fármacos anti-dopaminérgicos: Tiapride

Fármacos anti-seretoninérgicos: Fluoxetina e Fluvoxamina, Bupiriona, Ondansetron, Sertralina, Citalopram

Fármacos anti-epilépticos: Topiramato

Fármaco interditor ou aversivo: Dissulfiram

Nas duas semanas seguintes do internamento, era frequente decorrerem actividades terapêuticas, no sentido de os sensibilizar para a realidade da sua doença, reforçar a necessidade da abstinência, e dotá-los de competências sociais e de comunicação assertiva, logrando incrementar a possibilidade de sucesso da manutenção da abstinência em ambiente não controlado. Contudo, no período em que frequentei o internamento não estavam ainda a decorrer estas actividades nas novas instalações da Unidade. Para melhor aproveitar o estágio, tentei então falar com os doentes, procurando situar no tempo os diferentes problemas ligados ao álcool que haviam sofrido e o que os motivou a cessar os consumos. Dada a deterioração cognitiva dos doentes, o discurso pueril, pouco coerente e até contraditório dos doentes, desisti de tentar estabelecer a “história natural da doença” dos doentes internados. A experiência serviu, contudo, para me fazer aperceber o quanto relativizam ou escondem os episódios de violência física e verbal para com os seus entes mais queridos, os furtos, as detenções, os traumatismos, os internamentos, as mudanças de emprego, a exclusão social, os delírios de ciúme, etc. De referir, no entanto, que quando questionados directamente, os doentes assumem os seus actos. A maioria dos doentes só procura ajuda num estado muito avançado da doença. Uma grande parte dos doentes tem familiares de primeiro ou segundo grau dependentes do álcool. Dois doentes iniciaram os episódios de abuso de álcool após depressões secundárias a roturas conjugais. Uma mulher jovem, de 24 anos, iniciou o consumo após um abortamento espontâneo, do qual tomou conhecimento ao realizar a

ecografia de segundo trimestre, referindo que este lhe foi comunicado pelo médico da seguinte maneira: «Se vocês vão casar por causa disto, não vale a pena». Vários doentes têm uma história de múltiplos internamentos (até de 20!). Alguns têm um passado de policonsumos de drogas. Destes, destaco dois casos. O primeiro, homem, 52 anos, casado e com filhos, diabético insulínico dependente, criado em Lisboa por uma avó, que experimentou “tudo quando havia, até injectar um LSD”, e que regressou à terra do pai quando a avó faleceu, interrompendo de imediato os consumos. Pediu ajuda para deixar o álcool por estar a trabalhar como empregado de balcão e não conseguir deixar de tremer quando abstinente. O doente, que de cinco em cinco minutos vem solicitar a sua dose de insulina, fala com orgulho dos excessos que cometeu (mais do que do facto de ter conseguido cessar os consumos).

O segundo caso, uma mulher de 43 anos, ex-prostituta e dependente de heroína em abstinência sob terapêutica agonista com metadona, isola-se do restante grupo. Bebia nos últimos tempos entre um e dois garrafões de vinho. Diz querer deixar o consumo “para poder conhecer a filha” entregue para adopção recém-nascida e “porque estou feia com esta barriga” (a doente tem ascite), mas também refere: “Sei que não sou capaz”. É o seu quarto internamento. Quando volta da licença de ensaio para ir passar o natal a casa, o alcoólimetro acusa uma alcoolemia de 2,3 gramas por litro de sangue. Em relação a esta doente, internada por pressão da instituição social que a acolhe, questiona-se a sua indicação do tratamento, dado não estar realmente motivada.

Consultas de seguimento

Estas consultas realizam-se inicialmente de 15 em 15 dias, sendo depois espaçadas mês a mês. A manutenção da abstinência versus recaídas, ditam se as consultas deverão ser afastadas ou mais próximas.

Nas consultas de seguimento, o médico observa se o doente vem só ou acompanhado à consulta, se mantém a abstinência ou se recaiu, se tem mantido o *craving* ou *compulsão* para beber, ajusta a medicação, reforça a motivação para a abstinência e procura alternativas concretas para aquele doente conseguir não beber álcool. Geralmente, é só depois de o doente estar abstinente, que se descobre qual a comorbilidade psiquiátrica prévia aos e qual a que decorreu dos consumos.

O Quadro 17 sumariza algumas sugestões para evitar a recaída.

Quadro 17 Prevenção de recaídas (Adaptado de Nogueira *et al*, 2008)

O doente deve ser apoiado:

- na motivação

- na evicção de situações ou lugares onde haja consumo
- na utilização de suporte de familiares e/ou amigos
- na valorização da mudança de comportamento
- no desenvolvimento de comportamentos alternativos

De seguida, resumo a história de alguns casos que achei interessantes nestas consultas. Doente com cerca de 25 anos, com história de consumo de risco de álcool, que de livre iniciativa recorreu à UAN a pedir ajuda, em abstinência completa desde essa altura, e que tenta espaçar o mais possível as consultas, por temer ser visto na unidade por alguém que conheça. Jovem, menor de idade, a residir no Porto, acusado de vários delitos, orientado pelo sistema judicial para tratamento de dependência do álcool, a manter consumos, vem sem marcação, para pedir declaração ao médico “para apresentar aos serviços do metro”, porque veio à consulta de metro na semana passada e não tirou o bilhete “porque não tinha trocos e não queria chegar atrasado à consulta”. Mulher, cerca de 60 anos, dependente do álcool em abstinência completa há já vários anos, divorciada, ex-sem abrigo, cega e com várias outras sequelas das agressões do ex-marido dependente e consumidor activo de álcool, que começou a beber como fuga aos seus problemas familiares, e que mais tarde fugiu de casa e pediu ajuda. Homem, 33 anos, casado, dependente em negação da sua doença. Vem acompanhado pela esposa, a qual apresentou queixa contra si na esquadra por violência doméstica. Mulher, 40 anos, casada e com filhos, dependente de álcool e em abstinência total há 8 anos, que reservou o dinheiro que deixou de gastar em bebidas alcoólicas e que com ele comprou um automóvel e ainda fez uma viagem a Londres com o marido.

Uma tentativa de aplicação do AUDIT

Procurando treinar competências na aplicação do questionário AUDIT, tentei ainda distribuir auto-questionários do AUDIT a cerca de 20 doentes, enquanto aguardavam consulta na sala de espera. Alguns doentes, visivelmente etilizados e ansiosos por falar com o médico, recusaram-se a preencher. Os restantes, ao lerem o questionário, começaram a falar uns com os outros dizendo «isto dá tudo zero». Interrompi então a aplicação do questionário, vindo alegremente a constatar que todos os doentes ali presentes estavam em abstinência total desde períodos que variavam entre 7 meses e 15 anos.

CONCLUSÃO

Apesar de reconhecido que o álcool é actualmente um enorme problema de saúde pública, no nosso país os técnicos de saúde encontram-se mal preparados para abordar as doenças relacionadas com o consumo de álcool. Ao longo do curso de medicina, constatei também que, com a excepção de um seminário que aborda genericamente as “Dependências”, e que singularmente transmite as noções do álcool enquanto substância aditiva e da existência de problemas ligados nos diferentes níveis de consumo de risco, no decorrer da formação médica as patologias de causa alcoólica são leccionadas no limite restrito do âmbito das especialidades. À situação acresce o facto de não existir qualquer plano nacional de combate aos problemas ligados ao álcool ou qualquer outra estratégia nacional consistente, na área da prevenção primária.

Neste estágio procurei desenvolver um conjunto de materiais auxiliares e didácticos, para facilitar a sinalização adequada dos casos de perturbações relacionadas com o consumo de álcool e o registo dos consumos, em cuidados de saúde primários. Ambiciono ainda, num futuro próximo, planear um estudo experimental na área de Alcoologia, acerca da eficácia da aplicação do AUDIT e intervenções breves, conforme a estratégia neste relatório delineada.

Em relação à actividade desenvolvida na Unidade de Alcoologia do Norte, avalio como muito construtiva a oportunidade de vivenciar as diferentes fases do tratamento dos doentes dependentes. Não deixo de reconhecer, no entanto, que a experiência do estágio pudesse ter beneficiado de se iniciar pelas primeiras consultas. No fundo, a actividade desenvolvida, foi a que fui procurando e solicitando para assistir e em tudo apoiada pelos profissionais de saúde da UAN.

Em relação aos objectivos a que me propus, considero tê-los atingido, embora reconheça tê-lo conseguido mais amplamente no que concerne aos objectivos secundários, dada a complexidade da abordagem terapêutica da síndrome da dependência do álcool.

BIBLIOGRAFIA

Anderson P. The risk of alcohol – What general practice can do. Rev Port Clin Geral 2008;24:289-92

Anderson P, Ben B. Alcohol in Europe - A public health perspective. European Communities, 2006; 1ª ed: 1-446.

Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. 2001: 1-53

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. WHO 2001; 2ª ed: 1-41

Beevers DG. Quais as causas da hipertensão? Compreender a Tensão Arterial 2010; 1ª ed:39-63.

Bilous RW. Tratamento: Alimentação. Compreender a Diabetes 2006; 1ª ed: 15-25.

Colom J, Segura L, Gual A. Alcohol y atención primaria de salud. El proyecto PHEPA. Rev Port Clin Geral 2008;24:283-5

Coutinho J, Almeida AG, Santos M, Onofre O, Silva R, Marques C, Paz C. Estudo do Perfil-Tipo dos Doentes Internados na Unidade de Alcoologia do Porto. Revista Toxicodependências 2009;15:23-29

DECO PROTESTE, Lda. Álcool: o elixir da vida curta. O essencial sobre alimentação saudável 2005;1ª ed: 85-94.

Esteves M, Vieira-Coelho MA. O Essencial da Saúde: Vol. 16 – Toxicodependências. 2007; 1ª ed: 1-124

Fauman AM, et al. Guia de Estudo para o DSM-IV TR. 2002; 1ªed: 49-107

Fonseca M. Álcool e gravidez. Rev Port Clin Geral 2008;24:277-80

Fonte A. Questionários de Avaliação Clínica e Epidemiológica do Alcoolismo. Merck. 2000:1-51

Hespanhol AP, Couto L, Martins C, Viana M. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (I). Rev Port Clin Geral 2009;25:236-41

Hespanhol AP, Couto L, Martins C, Viana M. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II). Rev Port Clin Geral 2009;25:242-52

Liritzé-Topor P, Bénard JY. Guia Prático Climepsi de Alcoologia. 2007; 1ªed.

Lima MFC, Ribeiro C. Prevenção dos problemas ligados ao álcool em cuidados primários de saúde. Rev Port Clin Geral 2008;24:317-22.

Matos LC. Doença Hepática Alcoólica. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. 2006;13:207-16.

Mello MLM, Barrias JC, Breda JJ. Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. DGS 2001

Nogueira TS, Ribeiro C. Abordagem terapêutica da dependência alcoólica. Rev Port Clin Geral 2008;24:305-16

Palha AP. O Essencial da Saúde: Vol. 11 – Alcoolismo. 2007; 1ª ed: 1-122

Ribeiro C. Álcool – Impacto no indivíduo e na sociedade. Qual o papel dos Cuidados de Saúde Primários? Rev Port Clin Geral 2008;24:269-74.

Ribeiro C. Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa. Qual papel para os Cuidados de Saúde Primários? Rev Port Clin Geral 2008;24:323-29

Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet. 2005;365:519-30.

Schuckit MA. Abuso de álcool e drogas 1998 1ªed: 61-108

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Comportamentos de Risco. Guia Prático de Saúde: tradução e adaptação pela Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral 2009; 1ª ed: 47-54.

Sociedad Española de Toxicomanías. Manual SET de Alcoholismo. 2003;1ª ed

The Plinius Maior Society for the study and treatment of alcoholism in Europe. Linhas Orientadoras da Avaliação do Tratamento da Dependência Alcoólica. CRAP 1995.

WHO/OPS. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. WHO 2008;1-148

WHO. The CID-10 Classification of Mental and Behaviour Disorders: Diagnostic Criteria for Research. WHO 1993.

ANEXOS

ANEXO I: CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES
RELACIONADAS COM O ÁLCOOL SEGUNDO A DÉCIMA REVISÃO DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS (CID-10; WHO, 1993) E O
MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DA ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA
AMERICANA – TEXTO REVISTO (DSM-IV-TR; APA, 2002)

INTOXICAÇÃO AGUDA POR ÁLCOOL

CID-10: F10.0 – intoxicação aguda por álcool.

Estado transitório consecutivo ao consumo de álcool, caracterizado por perturbações da consciência e do comportamento ou de outras funções e respostas psicofisiológicas.

Não se deve estabelecer um diagnóstico principal de intoxicação quando existem problemas mais antigos associados ao álcool, por exemplo, um consumo nocivo, uma síndrome de dependência ou uma perturbação psicótica.

Directivas para o diagnóstico: a intoxicação aguda depende geralmente da dose consumida, excepto em indivíduos que apresentem perturbações orgânicas subjacentes (por exemplo: insuficiência renal ou hepática). Nestes casos, uma dose reduzida pode ser suficiente para produzir uma intoxicação. Deve igualmente ter-se em conta o contexto social (por exemplo, desinibição do comportamento no decorrer de uma saída à noite ou no Carnaval). A intoxicação aguda é um fenómeno transitório: a sua intensidade decresce e os seus efeitos dissipam-se progressivamente quando o sujeito deixa de consumir álcool. A CID-10 não descreve uma descrição específica da intoxicação alcoólica salvo para o diagnóstico diferencial.

Diagnóstico diferencial: intoxicação patológica, refere-se unicamente ao álcool: ocorrência brutal de um comportamento verbal agressivo ou de violência física que não são típicas do sujeito quando abstinente, nos momentos que se sucedem ao consumo de uma quantidade de álcool suficiente para induzir uma intoxicação na maioria das pessoas.

DSM-IV-TR: 303.00 – intoxicação pelo álcool

Definição:

- A. Ingestão recente de álcool.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas desadaptativas, clinicamente significativas (por exemplo, comportamento sexual ou agressivo desadequado, labilidade do humor, perturbações do discernimento, diminuição do funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolvem durante ou pouco depois da ingestão do álcool.
- C. Um (ou mais) dos seguintes sinais, durante ou pouco depois da utilização de álcool:

1. Discurso empastado;
2. Descoordenação;
3. Marcha instável;
4. Nistagmo;
5. Défices na atenção ou memória;
6. Estupor ou coma.

D. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral ou a qualquer outra perturbação mental

CONSUMO DE ÁLCOOL NOCIVO PARA A SAÚDE

CID-10: F10.1 – Uso nocivo do álcool

Modo de consumo de álcool que é nocivo para a saúde. As complicações verificadas podem ser físicas (por exemplo, hepatite consecutiva a ingestões de álcool) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a um consumo importante de álcool).

Directivas para o diagnóstico: o diagnóstico baseia-se em provas manifestas de que o consumo de uma ou várias substâncias causou perturbações psicológicas ou físicas. Este modo de consumo dá frequentemente lugar a críticas e tem consequências sociais negativas. A desaprovação por parte do outro ou do ambiente cultural e as consequências sociais negativas (por exemplo, detenção, perda de emprego ou problemas conjugais), não bastam todavia para estabelecer o diagnóstico.

Da mesma forma, uma intoxicação aguda ou uma «ressaca» não são em si «prejudiciais para a saúde» segundo a definição aqui avançada.

Finalmente, não se propõe este diagnóstico quando o sujeito apresenta uma síndrome de dependência, uma perturbação psicótica ou outra perturbação específica associada ao consumo de álcool ou de outras substâncias psicoactivas.

DSM-IV-TR: 305.00 – Abuso do álcool

Critérios:

A. Padrão desadaptativo do consumo de álcool levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um (ou mais) dos seguintes, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Utilização recorrentes de uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos);
2. Utilização recorrente da substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização de substâncias);
3. Problemas legais recorrentes, relacionados com a substância por exemplo, prisões por comportamentos desordeiros relacionados com a substância);
4. Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, discussões com o conjugue sobre as consequências da intoxicação, lutas físicas).

B. Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência do álcool.

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

CID-10: F10.2 – Síndrome de Dependência do Álcool

Conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, em que o consumo de álcool provoca o desinvestimento progressivo noutras actividades. A característica essencial da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, por vezes compulsivo) de beber álcool. No decorrer das recaídas, ou seja, após um período de abstinência, a síndrome de dependência pode voltar a fixar-se mais depressa do que inicialmente.

Directivas para o diagnóstico: para estabelecer um diagnóstico deverá, em geral, registar-se a presença de pelo menos três das seguintes manifestações em simultâneo e no decorrer do ano precedente:

1. Desejo forte ou compulsivo de consumir álcool.
2. Dificuldades em controlar o consumo de álcool (no início do consumo, na interrupção do consumo, ou nos níveis de utilização).

3. Síndrome de Abstinência do Álcool: quando o sujeito reduz ou suprime o consumo de álcool, ocorre a Síndrome de Abstinência específica do Álcool ou sente necessidade de consumir álcool para atenuar ou evitar os sintomas da privação.
4. Tolerância manifesta aos efeitos do Álcool: o sujeito necessita de uma maior quantidade de Álcool para obter o efeito desejado. (Alguns sujeitos dependentes do álcool podem consumir doses diárias que seriam letais ou incapacitantes para sujeitos não dependentes).
5. Progressivo abandono de outras fontes de prazer e de interesse a favor do consumo de Álcool e aumento do tempo gasto para adquirir, consumir ou recuperar dos seus efeitos.
6. Perpetuação do consumo de Álcool apesar do aparecimento de consequências manifestamente prejudiciais (por exemplo, lesão hepática devido aos excessos alcoólicos, episódio depressivo após um período de consumo acentuado ou alteração do funcionamento cognitivo associado ao consumo de uma substância). É importante sublinhar que o sujeito está ao corrente, ou que deveria estar ao corrente, da natureza e da gravidade das consequências nocivas.

DSM-IV-TR: 303.90 – Dependência do álcool

Critérios:

Padrão desadaptativo do consumo de álcool levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por três (ou mais) dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
3. O álcool é frequentemente consumido em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.
4. Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar o consumo de álcool.
5. É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização do álcool e à recuperação dos seus efeitos.
6. É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao consumo de álcool.
7. O consumo de álcool é continuado apesar da existência de um problema persistente ou recorrente físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pelo consumo

de álcool (ex: manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

1. Utilização recorrentes de uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos);
2. Utilização recorrente da substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização de substâncias);
3. Problemas legais recorrentes, relacionados com a substância por exemplo, prisões por comportamentos desordeiros relacionados com a substância);
4. Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, discussões com o conjugue sobre as consequências da intoxicação, lutas físicas).

Especificar se:

- Com Dependência Fisiológica: evidência de tolerância ou abstinência (isto é, presença do item 1 ou 2)
- Sem Dependência Fisiológica: sem evidência de tolerância ou abstinência (isto é, ausência do item 1 ou 2).

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DO ÁLCOOL

CID-10: F10.3 – Síndrome de Abstinência do Álcool

Conjunto de sintomas e de gravidade é variável, que ocorrem com a abstinência total ou parcial de álcool, após um período anterior de consumo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da dose de álcool consumida imediatamente antes da paragem ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode complicar-se pela presença de convulsões.

CID-10: F10.4 – Síndrome de Abstinência do Álcool com delirium (Delirium tremens)

Estado no qual a síndrome de abstinência tal como definida em F10.3 se complica com a ocorrência de delirium, segundo os critérios em F05. Este estado pode igualmente complicar-se com convulsões. Quando factores orgânicos também estão considerados na sua etiologia, a afecção deve ser classificada em F05.8

CID-10: F05 – Delirium – síndrome cerebral orgânica caracterizada pela presença simultânea de perturbações da consciência e da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções e do ritmo sono-vigília. A duração é variável e a gravidade varia de formas leves a formas muito graves.

DSM-IV-TR: 291.81 – Abstinência do Álcool

Critérios:

Os indivíduos com esta perturbação interromperam (ou reduziram) o consumo maciço e prolongado de álcool. Pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas desenvolveram-se no espaço de várias horas ou poucos dias após a cessação do consumo (especificar se existem perturbações da percepção):

1. Hiperactividade autonómica (por exemplo, sudação ou pulso superior a 100 batimentos por minuto)
2. Tremor das mãos aumentado
3. Insónia
4. Náuseas ou vômitos
5. Alucinações ou ilusões visuais, tácteis ou auditivas, transitórias
6. Agitação psicomotora
7. Ansiedade
8. Convulsões de tipo grande mal

DSM-IV-TR: 291.0 – Delirium induzido pelo Álcool

Critérios:

Perturbação da consciência e da cognição induzida pelo álcool, que se desenvolve num curto período de tempo (horas ou dias), flutuando durante o dia e que não é melhor explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.

Especificar se o *Delirium* teve início durante a intoxicação, durante a abstinência ou durante outro padrão de consumo.

ANEXO II: APRESENTAÇÃO “ÁLCOOL PARA JOVENS”

ANEXO III: CLASSIFICAÇÃO DE TIPOS FREQUENTES DE BEBIDA QUANTO À
ORIGEM E GRADUAÇÃO

Quadro 18 Classificação de alguns dos tipos mais frequentes de bebida quanto à sua origem e graduação alcoólica (adaptado de Mello et al, 2001).

	Origem	Graduação
Vinho	Fermentação	8 a 13 graus
Cerveja		4 a 8 graus
Cidra		4 a 5 graus
Água-pé		2 a 3 graus
“Aguardentes”/«álcoois»:		40 a 50 graus
Cognac	Destilação	
Aguardente de figo		
Whisky		
Vodka		
Gin		
Rum		
«aperitivos»/licores/vinhos		15 a 20 graus
«generosos»:		
Madeira		
Porto		
Aniz		
Licores diversos		

ANEXO IV: RISCOS RELATIVOS PARA DOENÇAS RELACIONADAS AO ÁLCOOL,
SEGUNDO A QUANTIDADE DE ÁLCOOL, EM GRAMAS, INGERIDA DIARIAMENTE.

Riscos relativos para doenças relacionadas ao álcool, segundo a quantidade de álcool, em gramas, ingerida diariamente.

Quadro 19 Risco Relativo para diferentes condições (obtido a partir de uma análise de comparação de riscos)

	Consumo diário de álcool (gramas)					
	Mulher			Homem		
Idade:	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	≥ 60
Condições neuropsiquiátricas						
Epilepsia	1,3	7,2	7,5	1,2	7,5	6,8
Condições gastrointestinais						
Cirrose hepática	1,3	9,5	13,0	1,3	9,1	13,0
Varizes esofágicas	1,3	9,5	9,5	1,3	9,5	9,5
Pancreatite – aguda e crônica	1,3	1,8	1,8	1,3	1,8	3,2
Condições metabólicas e endócrinas						
Diabetes mellitus	0,9	0,9	1,1	1,0	0,6	0,7
Neoplasias malignas						
Cancro - Boca e orofaringe	1,5	2,0	5,4	1,5	1,9	5,4
Cancro – Esôfago	1,8	2,4	4,4	1,8	2,4	4,4
Cancro – Laringe	1,8	3,9	4,9	1,8	3,9	4,9
Cancro – Fígado	1,5	3,0	3,6	1,5	3,0	3,6
Cancro – mama	1,1	1,4	1,6			
Outras neoplasias	1,1	1,3	1,7	1,1	1,3	1,7
Doenças cardiovasculares						
Hipertensão arterial	1,4	2,0	2,0	1,4	2,0	4,1
Doença coronária	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8	1,0
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	0,5	0,6	1,1	0,9	1,3	1,7
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	0,6	0,7	8,0	1,3	2,2	2,4
Arritmias	1,5	2,2	2,2	1,5	2,2	2,2
Condições que surgem durante o período perinatal						
Abortamento espontâneo	1,2	1,8	1,8			
Baixo peso ao nascer	1,0	1,4	1,4	1,0	1,4	1,4
Prematuridade	0,9	1,4	1,4	0,9	1,4	1,4
Atraso do crescimento intra-uterino	1,0	1,7	1,7	1,0	1,7	1,7

Fonte: Anderson P, et al (2006), citando Rehm, et al. (2004)

ANEXO V: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PRIMÁRIOS – 2
(WORLD ORGANIZATION OF COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC
ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS, 1993)

ICPC-2	Sangue ,	Olho	F	Músculo-esquelético L
Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição	Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço	F01 Dor no olho	F02 Olho vermelho	L01 Sinais/sintomas pescoço
Comité Internacional Classificações Wonca (WICC)	B	F03 Secreção ocular	F04 Moscas volantes/pont. luminosos/manchas	L02 Sinais/sintomas região dorsal
	B02 Gânglio linfático aumentado/doloroso	F05 Outras perturbações visuais	F13 Sensações oculares anormais	L03 Sinais/sintomas região lombar
	B04 Sinais/sintomas sangue	F14 Movimentos oculares anormais	F15 Aparência anormal olhos	L04 Sinais/sintomas tórax
	B25 Medo de SIDA/VIH	F16 Sinais/sintomas pálpebras	F17 Sinais/sintomas rel. óculos	L05 Sinais/sintomas flanco/axila
	B26 Medo cancro sangue/linfático	F18 Sinais/sintomas rel. lentes contacto	F27 Medo de doença ocular	L07 Sinais/sintomas mandíbula
	B27 Medo outras doenças sangue /linfático	F28 Limitação funcional/incapacidade	F29 Outros sinais/sintomas oculares	L08 Sinais/sintomas ombros
	B28 Limitação funcional/incapacidade	F70 Conjuntivite infecciosa	F71 Conjuntivite alérgica	L09 Sinais/sintomas braços
	B29 Out. sinais /sint. sist. imunitário/linfático	F72 Blefarite/ordéolo/calázio	F73 Outras infeções/inflamações oculares	L10 Sinais/sintomas cotovelos
	B70 Linfadenite aguda	F74 Neoplasia olho/anexos	F75 Contusão/hemorragia ocular	L11 Sinais/sintomas punhos
	B71 Linfadenite crónica NE	F76 Corpo estranho ocular	F79 Outras lesões traumáticas oculares	L12 Sinais/sintomas mãos e dedos
	B72 Doença Hodgkin/linfomas	F80 Obstrução canal lacrimal criança	F81 Outras malformações congénitas do olho	L13 Sinais/sintomas anca
	B73 Leucemia	F82 Descolamento retina	F83 Retinopatia	L14 Sinais/sintomas coxa/perna
	B74 Outra neoplasia maligna sangue	F84 Degenerescência macular	F85 Úlcera córnea	L15 Sinais/sintomas joelho
	B75 Neoplasia benigna NE	F86 Tracoma	F91 Erro de refração	L16 Sinais/sintomas tornozelo
	B76 Ruptura traumática do baço	F92 Catarata	F93 Glaucoma	L17 Sinais/sintomas pé/dedos pé
	B77 Out. lesões traumáticas/sangue/linfa/baço	F94 Cegueira	F95 Estrabismo	L18 Dores musculares
	B78 Anemia hemolítica hereditária	F99 Outra doenças oculares/anexos		L19 Sinais/sintomas musculares NE
	B79 Outra. malif. congénita sangue/linfática			L20 Sinais/sintomas articulações NE
	B80 Anemia por deficiência ferro			L26 Medo cancro ap. músculo-esquelético
	B81 Anemia perniciososa/deficiência folatos			L27 Medo doença ap. músculo-esq., outra
	B82 Outras anemias NE			L28 Limitação funcional/incapacidade
	B83 Púrpura/defeitos de coagulação			L29 Outros sinais/sint. ap. músculo-esquelético
	B84 Glóbulos brancos anormais			L70 Infeções ap. músculo-esquelético
	B87 Esplenomegália			L71 Neoplasia maligna ap. músculo-esquelético
	B90 Infecção VIH/SIDA			L72 Fractura: rádio/cúbito
	B99 Outra doença sangue/linfáticos/baço			L73 Fractura: tibia/perónio
				L74 Fractura: osso mão/pé
				L75 Fractura: fémur
				L76 Outras fracturas
				L77 Entorses e distensões do tornozelo
				L78 Entorses e distensões do joelho
				L79 Entorses e distensões das articulações NE
				L80 Luxação/subluxação
				L81 Traumatismos do ap. musculoesquelético NE
				L82 Malfor. cong. ap. músculo-esquelético
				L83 Síndrome coluna cervical
				L84 Síndrome coluna sem irradiação dor
				L85 Deformação adquirida coluna
				L86 Síndrome vertebral com irradiação dor
				L87 Bursite/tendinite/sinovite NE
				L88 Artrite reumatóide/seropositiva
				L89 Osteoartrite anca
				L90 Osteoartrite joelho
				L91 Outras osteoartroses
				L92 Síndrome ombro doloroso
				L93 Cotovelo tenista
				L94 Osteocondrose
				L95 Osteoporose
				L96 Lesão interna aguda joelho
				L97 Neoplasia benigna/incertas
				L98 Malformação adquirida dum membro
				L99 Outra doença do ap. músculo-esquelético
			</	

Psicológico	P	Pele	S	Sinais/sintomas aparelho urinário, outros	Sinais/sintomas aparelho urinário, outros
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão		S01 Dor/sensibilidade dolorosa pele		U29 Sinais/sintomas aparelho urinário, outros	X89 Síndrome tensão pré-menstrual
P02 Reação aguda stress		S02 Prurido		U70 Pielonefrite/pielite	X90 Herpes genital feminino
P03 Sensação de depressão		S03 Verrugas		U71 Cistite/outra infecção urinária	X91 Condiloma acuminado feminino
P04 Sentir/comportar forma irritável/zangada		S04 Tumor/inchaço localizado		U72 Uretrite	X92 Infecção por Chlamydia
P05 Sensação/comportamento senil		S05 Tumores/inchaços generalizados		U75 Neoplasia maligna do rim	X99 Doença genital feminina, outra
P06 Perturbação de sono		S06 Erupção cutânea localizada		U76 Neoplasia benigna do rim	
P07 Diminuição desejo sexual		S07 Erupção cutânea generalizada		U77 Neoplasia maligna do ap. urinário, outra	Genital Masculino
P08 Diminuição da satisfação sexual		S08 Alterações da cor da pele		U78 Neoplasia benigna do ap. urinário	Y
P09 Preocupação com a preferência sexual		S09 Infecção dos dedos das mãos/pés		U79 Neoplasia do aparelho urinário NE	Y01 Dor no pénis
P10 Gaguejar/balbuciar/tiques		S10 Furúnculo/carbúnculo		U80 Lesões traumáticas do ap. urinário	Y02 Dor escroto/testículos
P11 Problemas de alimentação da criança		S11 Infecção pós-traumática da pele		U85 Malformação congénita ap. urinário	Y03 Secreção ureteral
P12 Molhar a cama/enurese		S12 Picada ou mordedura insecto		U88 Glomerulonefrite/nefrose	Y04 Sinais/sintomas pénis, outros
P13 Encoprese/out. prob. incontinência fecal		S13 Mordedura animal/humana		U90 Albuminúria/proteinúria ortostática	Y05 Sinais/sintomas escroto/testículos, outros
P15 Abuso crónico de álcool		S14 Queimadura/escaldão		U95 Cálculo urinário	Y06 Sinais/sintomas próstata
P16 Abuso agudo de álcool		S15 Corpo estranho na pele		U98 Análise urina anormal NE	Y07 Impotência NE
P17 Abuso tabaco		S16 Traumatismo/contusão		U99 Outras doenças urinárias	Y08 Sinais/sint. função sexual masculina, outros
P18 Abuso medicação		S17 Abrasão/arranhão/bolhas		Gravidez, Parto e	Y10 Infertilidade/subfertilidade masculina
P19 Abuso de drogas		S18 Laceração/corte		Planeamento Familiar	Y13 Esterilização masculina
P20 Alterações da memória		S19 Outra lesão cutânea		W01 Questão sobre gravidez	Y14 Planeamento familiar, outros
P22 Sinais/sint. comportamento criança		S20 Calos/calosidades		W02 Medo de estar grávida	Y16 Sinais/sintomas mama masculina
P23 Sinais/sint. comportamento adolescente		S21 Sinais/sintomas da textura da pele		W03 Hemorragia antes do parto	Y24 Medo disfunção sexual masculina
P24 Dificuldades específicas aprendizagem		S22 Sinais/sintomas das unhas		W05 Vômitos/náuseas durante gravidez	Y25 Medo doença transmissão sexual
P25 Problemas fase vida de adulto		S23 Queda cabelo/calvície		W10 Contraceção pós-coital	Y26 Medo cancro genital masculino
P27 Medo de perturbações mentais		S24 Sinais/sintomas do cabelo/couro cabeludo		W11 Contraceção oral	Y27 Medo doença genital masculina, outra
P28 Limitação funcional/incapacidade		S26 Medo cancro da pele		W12 Contraceção intra-uterina	Y28 Limitação funcional/incapacidade
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros		S27 Medo de outra doença pele		W13 Esterilização	Y29 Sinais/sintomas, outros
P70 Demência		S28 Limitação funcional/incapacidade		W14 Contraceção/outras	Y70 Sífilis masculina
P71 Outras psicoses orgânicas NE		S29 Sinais/sintomas pele, outros		W15 Infertilidade/subfertilidade	Y71 Gonorreia masculina
P72 Esquizofrenia		S70 Herpes zoster		W17 Hemorragia pós-parto	Y72 Herpes genital
P73 Psicose afectiva		S71 Herpes simplex		W18 Sinais/sintomas pós-parto	Y73 Prostatite/vesiculite seminal
P74 Distúrbio ansioso/estado ansiedade		S72 Escabiose/outras acariases		W19 Sinais/sintomas da mama/lactação	Y74 Orquite/epididimite
P75 Somatização		S73 Pediculose/outras infecções pele		W21 Preocupação imagem corporal na gravidez	Y75 Balanite
P76 Perturbações depressivas		S74 Dermatofitose		W27 Medo de complicações na gravidez	Y76 Condiloma acuminado
P77 Suicídio/tentativa suicídio		S75 Monilíase/candidíase pele		W28 Limitação funcional/incapacidade	Y77 Neoplasia maligna próstata
P78 Neurastenia/surmenage		S76 Outras infecções da pele		W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros	Y78 Neoplasia maligna genital masculino, outra
P79 Fobia/perturbação compulsiva		S77 Neoplasias malignas da pele		W70 Sepsis/infecção puerperal	Y79 Neoplasia benigna genital masculino NE
P80 Perturbações personalidade		S78 Lipoma		W71 Infecções que complicam a gravidez	Y80 Traumatismo genital masculino, outro
P81 Perturbação hiperemética		S79 Neoplasia cutânea benigna/incerta		W72 Neoplasia maligna relac. com gravidez	Y81 Fimose/prepúcio redundante
P82 Stress pós traumático		S80 Queratose solar/queimadura solar		W73 Neop. benigna/incerta relac. com gravidez	Y82 Hipospádias
P85 Atraso mental		S81 Hemanquioma/linfangioma		W79 Les. traumáticas que complicam gravidez	Y83 Testículo não descido
P86 anorexia nervosa, bulimia		S82 Nevos/sinais da pele		W76 Malf. congénita que complica gravidez	Y84 Malf. genital congénita masculina, outra
P98 Outras psicoses NE		S83 Lesões da pele congénitas, outras		W77 Gravidez	Y85 Hipertrofia benigna próstata
P99 Outras perturbações psicológicas		S84 Impetigo		W79 Gravidez não desejada	Y86 Hidrocele
		S85 Quisto pilonidal/fístula		W80 Gravidez ectópica	Y99 Doença genital masculina, outra
		S86 Dermatite seborreica		W81 Toxémia da gravidez	
		S87 Dermatite/eczema atópico		W82 Aborto espontâneo	Problemas Sociais
		S88 Dermatite contacto/alérgica		W83 Aborto provocado de alto risco	Z
		S89 Eritema das fraldas		W84 Gravidez	Z01 Pobreza/problemas económicos
		S90 Pitíriase rosada		W85 Diabetes gestacional	Z02 Probl. relacionados água/alimentação
		S91 Psoríase		W90 Parto sem complicações de nado vivo	Z03 Probl. habitação/vizinhança
		S92 Doença glândulas sudoríparas		W91 Parto sem complicações de nado morto	Z04 Probl. socio-cultural
		S93 Quisto sebáceo		W92 Parto com complicações de nado vivo	Z05 Probl. com condições trabalho
		S94 Unha encravada		W93 Parto com complicações de nado morto	Z06 Probl. desemprego
		S95 Molusco contagioso		W94 Mastite puerperal	Z07 Probl. relacionado com educação
		S96 Acne		W95 Out. prob. mama dur. gravidez/puerpério	Z08 Probl. relacionado sist. segurança social
		S97 Úlcera crónica da pele		W96 Out. complicações do puerpério	Z09 Probl. legal
		S98 Urticária		W99 Out. prob. gravidez/parto	Z10 Probl. relacionado com sistema saúde
		S99 Outras doenças da pele			Z11 Probl. relacionado com estar doente
					Z12 Probl. relacional com parceiro
					Z13 Probl. comportamental parceiro
					Z14 Probl. por doença parceiro
					Z15 Perda ou falecimento parceiro
					Z16 Probl. relacional com criança
					Z18 Probl. com criança doente
					Z19 Perda ou falecimento de criança
					Z20 Probl. relacional com familiares
					Z21 Probl. comportamental familiar
					Z22 Probl. doença familiar
					Z23 Perda/falecimento de familiar
					Z24 Probl. relacional com amigos
					Z25 Acto ou acontecimento violento
					Z27 Medo de problema social
					Z28 Limitação funcional/incapacidade
					Z29 Problema social NE

ANEXO VI: AUTO QUESTIONÁRIO AUDIT

TIRAR

FOLHA

TIRAR

FOLHA

ANEXO VII: AUDIT – VERSÃO ENTREVISTA

FALTA

V

entrevís

ANEXO VIII: AUDIT & INTERVENÇÕES BREVES – PARA PROFISSIONAIS DE
SAÚDE

TIRAR

FOLHA

TIRAR

FOLHA

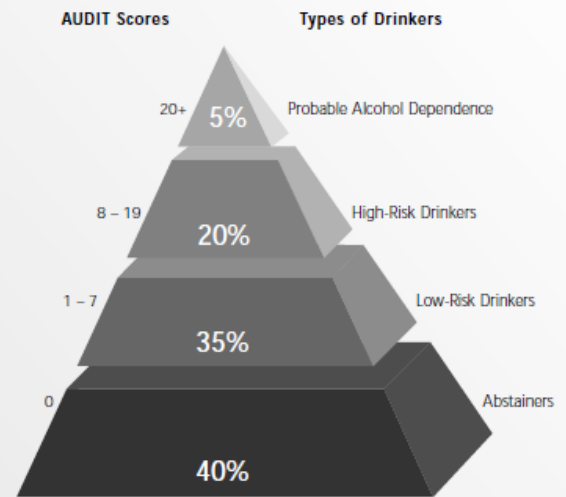
ANEXO IX: A GUIDE TO LOW-RISK DRINKING (WHO, 2001)

Panel 1



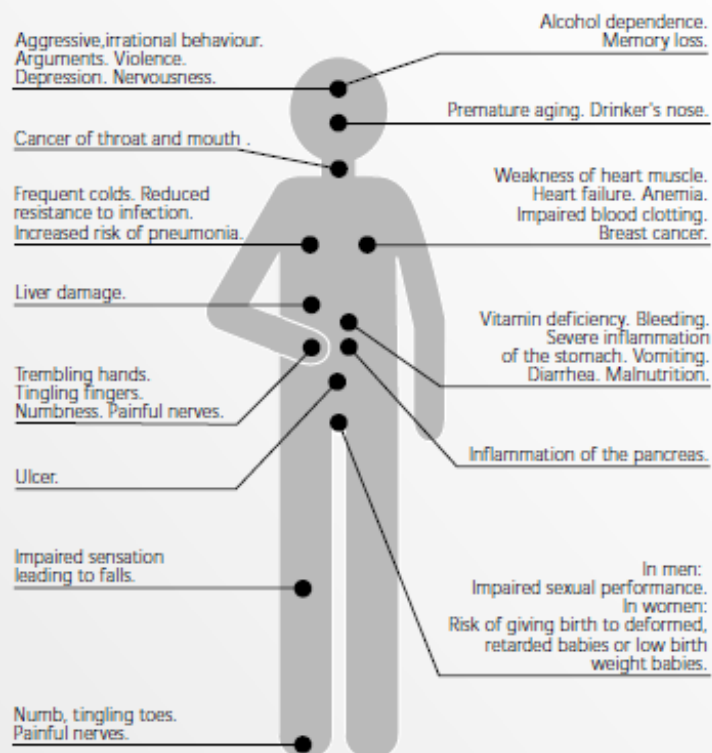
Panel 2

The Drinkers' Pyramid



Panel 3

Effects of High-Risk Drinking



High-risk drinking may lead to social, legal, medical, domestic, job and financial problems. It may also cut your lifespan and lead to accidents and death from drunk-en driving.

Panel 4

Should I Stop Drinking or Just Cut Down?

You should stop drinking if:

- You have tried to cut down before but have not been successful, or
- You suffer from morning shakes during a heavy drinking period, or
- You have high blood pressure, you are pregnant, you have liver disease, or
- You are taking medicine that reacts with alcohol.

You should try to drink at low-risk levels if:

- During the last year you have been drinking at low-risk levels most of the time, and
- You do not suffer from early morning shakes, and
- You would like to drink at low-risk levels.

Note that you should choose low-risk drinking only if all three apply to you.

Panel 5

What's a Low-Risk Limit?

- No more than two standard drinks a day
- Do *not* drink at least two days of the week

But remember: There are times when even one or two drinks can be too much – for example:

- When driving or operating machinery.
- When pregnant or breast feeding.
- When taking certain medications.
- If you have certain medical conditions.
- If you cannot control your drinking.

Ask your health care provider for more information.

Panel 6

What's a Standard Drink?

1 standard drink =



1 can of ordinary beer
(e.g. 330 ml at 5%)

or



A single shot of spirits (whiskey, gin, vodka, etc.)
(e.g. 40 ml at 40%)

or



A glass of wine or a small glass of sherry
(e.g. 140 ml at 12% or 90 ml at 18%)

or



A small glass of liqueur or aperitif
(e.g. 70 ml at 25%)

How Much is Too Much? The most important thing is the amount of pure alcohol in a drink. These drinks, in normal measures, each contain roughly the same amount of pure alcohol. Think of each one as a standard drink.

ANEXO X: GUIA PARA CONSUMO DE BAIXO RISCO – VERSÃO A CORES E A
PRETO E BRANCO

Tirar

Folha

Tirar

Folha

ANEXO XI: GUIA PARA DOENTES DEPENDENTES DO ÁLCOOL – VERSÃO A
CORES E A PRETO E BRANCO

Tirar

Folha

Tirar

Folha

ANEXO XII: APRESENTAÇÃO POWER-POINT PARA APOIO A INTERVENÇÕES
BREVES – PARA DOENTES SUBMETIDOS À APLICAÇÃO DO AUDIT

Tirar

Folha

Tirar

Folha

Tirar

Folha

Tirar

Folha

Tirar

Folha

Tirar

Folha

ANEXO XIII: BROCHURA PARA CONSUMIDORES DE BAIXO RISCO DE ÁLCOOL

TIRAR

FOLHA

ANEXO XIV: DESDOBRÁVEL DE AUTO-AJUDA - PARA CONSUMIDORES DE RISCO E NOCIVOS

TIRAR

FOLHA

TIRAR

FOLHA

~

TIRAR

FOLHA

TIRAR

FOLHA

TIRAR

FOLHA

TIRAR

FOLHA

TIRAR

FOLHA

ANEXO XV: CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO PARA A UNIDADE DE ALCOOLOGIA
DO NORTE

UNIDADE DE ALCOOLOGIA DO NORTE



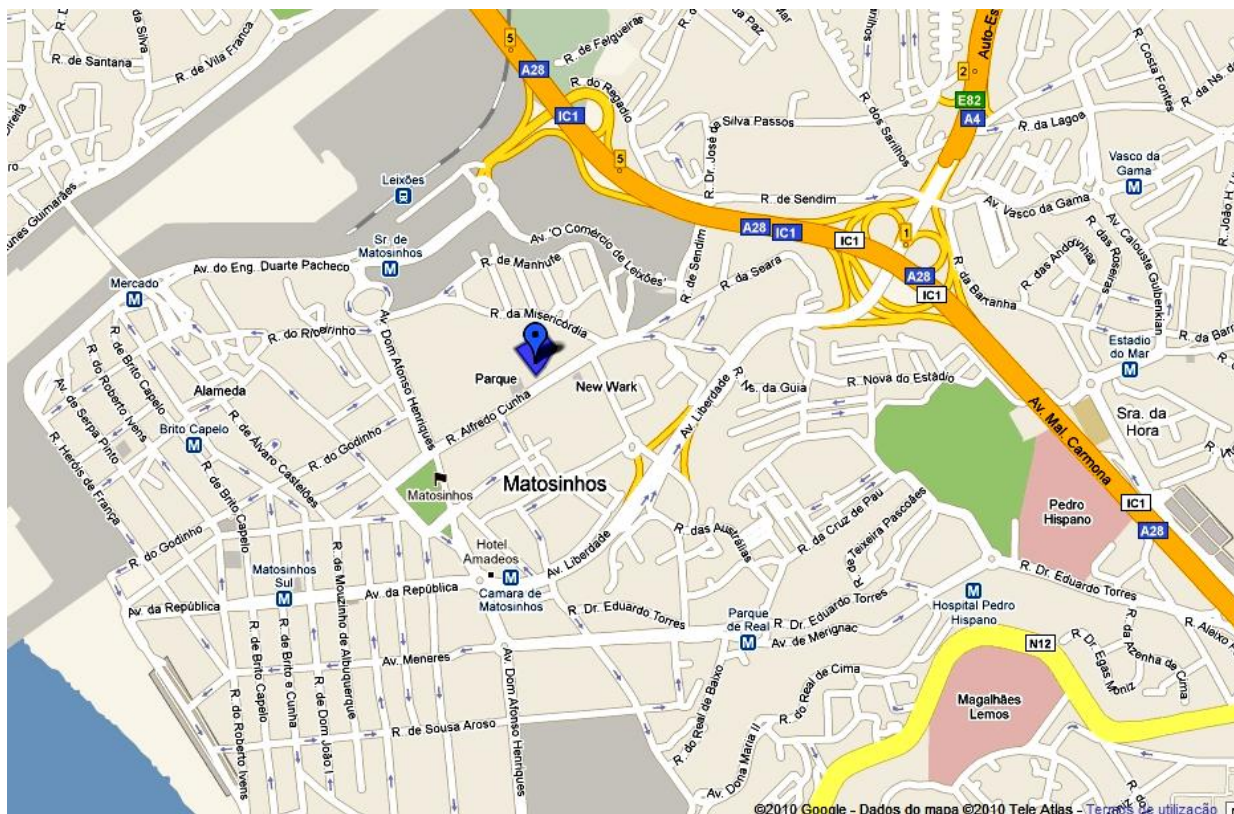
Critérios de Referência:

- ✓ utentes sobre os quais recaem fortes suspeitas de apresentarem a síndrome de dependência do álcool ()
- ✓ utentes com um histórico clínico de dependência do álcool e drogas conforme sugerido por tratamentos anteriores
- ✓ utentes com doença mental grave – passada ou presente.
- ✓ Utentes que não conseguiram atingir os objectivos de um consumo isento de riscos, apesar de sujeitos a aconselhamento breve alargado.

Meios Auxiliares de diagnóstico:

ANEXO XVI: MORADA, CONTACTOS, MAPA E TRANSPORTES PÚBLICOS PARA
A UNIDADE DE ALCOOLOGIA DO NORTE

UNIDADE DE ALCOOLOGIA DO NORTE



MORADA: Rua Alfredo Cunha, nº 367.

4450 - 024 - Matosinhos

CONTACTOS: Tel 220045060;

Fax 226102592

TRANSPORTES PÚBLICOS:

METRO: saída «Câmara de Matosinhos» (cerca de 15 minutos a pé)

AUTOCARROS: paragem «Hospital de Matosinhos» (cerca de 1 minuto a pé)

- rede Resende: 105, 105, 107, circular sul, 115, 118, 120, 122, 125
- rede STCP: 61, 505

DEVE TRAZER CONSIGO:

- o Bilhete de identidade/ Cartão de Cidadão e o Cartão de Utente
- todos Medicamentos que faz actualmente;
- as Análises e os Exames médicos que tiver em casa



ANEXO XVII: FOTOS UNIDADE DE ALCOOLOGIA DO NORTE

Consultas



Internamento parcial



Internamento – 1



Internamento – 2



Internamento 3



ANEXO XVIII: HISTÓRIA CLÍNICA MODELO USADA NA UNIDADE DE ALCOOLOGIA
DO NORTE



Ministério da Saúde

Unidade de Alcoologia

Delegação Regional do Norte



--

Ficha Clínica - Consulta Externa

Data ____/____/____

Identificação:

Idade: ____ • Estado civil: ____ • Profissão: ____

Situação Profissional ____ • Habilitações Literárias: ____ (____)

Naturalidade (freguesia, concelho, distrito) ____

Acompanhado por: ____ • Enviado por: ____

Centro de Saúde: ____ • Médico Família: ____

Motivo: ____

Tratamentos prévios: ____

Genograma

História clínica:

Informação trazida pelo doente: Análises |__| Ecografia abdominal |__| RX Pulmonar |__|

Antecedentes Pessoais:

--

Doenças relevantes (passadas e actuais): ____

Cirurgias: ____

Alergias: ____

Acidentes e traumatismos: ____

Problemas com o sistema judicial: ____

Mod. 40 DRN

Antecedentes Familiares:

Medicação prévia à admissão:

Outras dependências: _____

Idade de início: ____ • Substância de início: _____ • Situação actual: _____

Tratamentos efectuados: _____

Outras informações relevantes: _____

Exame Físico:

Observações e dados mais relevantes (Exame mental):

Aspecto físico: _____

Orientação temporo-espacial: _____

Atenção: _____

Concentração: _____

Memória: _____

Discurso: _____

Alterações do pensamento:

Forma: _____

Conteúdos: _____

História dos consumos abusivos:

Idade do 1º contacto: ____ • Contexto: _____ • Motivação: _____

Idade de cons. moderados: ____ • Contexto: _____ • Motivação: _____

Idade de cons. abusivos álcool: ____ • Contexto: _____ • Motivação: _____

Hábitos tabágicos (quantidade e idade de início): _____

Estimativa de consumos (assinalar a unidade copos, litros..):

	Quantidade (dia)	Quantidade - (semana)	Gramas etanol	Locais
Cerveja				
Vinho				
Bagaços				
Martini				
Aguardente				
Outros				
Total Aperitivos				
Total Destilados				

Sinais dependência desde: ____ anos • Tremores*: |__| • Sudorese |__| • Vômitos |__| • Náuseas |__|
 Parestesias |__| • Tonturas |__| • Cefaleias |__| • Crises convulsivas |__| • Outros: _____
 _____ • generalizados |__| • Extremidades |__| • Lábios |__| • Língua |__|

Motivação no momento da admissão na consulta:

Níveis de Prochaska e Climenti – Pré contemplação |__| Contemplação |__| Preparação |__|

Medicação estabelecida na triagem:

Encaminhamento:

Internamento Completo: |__| • Data ____ / ____ / ____ • Clínico de referência _____

Internamento Parcial: |__| • Data ____ / ____ / ____ • Clínico de referência _____

Cons. Externa: C. Geral |__| • Psiquiat. |__| • Nutriç. |__| • Psicolog. |__| • S. Social |__| • Enferm. |__|

Clínicos de referência: _____ • _____

Informação de retorno: |__| • dirigida a: _____

AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE NUTRIÇÃO:

Data: ____ / ____ / ____

Avaliação Antropométrica:

Estatura: ____ cm Peso: Habitual: ____ Kg • Actual: ____ Kg • Esperado: ____ Kg

IMC: ____ Kg/m² • Classificação nutricional: _____

Peso de referência: ____ Kg (média aritmética das fórmulas de Butheau e Metropolitan Insurance Company)

Impedância Bioelétrica: Massa gorda _____ • Massa magra _____ • Água _____

Antecedentes:

Pessoais: _____

Famíliares: _____

Alergias / Intolerâncias alimentares: _____

Trânsito intestinal: _____ • Retenção de líquidos: _____

Medicação actual: _____

Dados analíticos:

Data	Glicose (mg/dl)	Col. total (mg/dl)	Col. LDL (mg/dl)	Col. HDL (mg/dl)	TRG (mg/dl)	Ác. Úrico (mg/dl)	Prot. totais (mg/dl)	Albumina (mg/dl)
____/____/____								
____/____/____								
____/____/____								
____/____/____								
____/____/____								
____/____/____								
____/____/____								
____/____/____								
____/____/____								

História alimentar:

Levanta-se: ____ h ____ m

Pequeno-Almoço: ____ h ____ m • _____

Meio-Manhã: ____ h ____ m • _____

Almoço: ____ h ____ m • _____

Meio-Tarde: ____ h ____ m • _____

Jantar: ____ h ____ m • _____

Ceia: ____ h ____ m • _____

Deita-se: ____ h ____ m

AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE SERVIÇO SOCIAL:

Data: ____ / ____ / ____

Nacionalidade: _____ • Telefone: _____ • Área residência: _____

Bilhete Identidade (N.º, AI, Data): _____

N.º Segurança Social _____ • N.º Contribuinte _____ Código Rep. Finanças _____

Profissão mais recente _____ • Situação profissional _____ • Desde ____ / ____ / ____

Formação alternativa (por ex. profissional) _____

Reforma / Pensão _____ Euros • Outras prestações pecuniárias _____ Euros

Total de rendimentos do agregado familiar _____ Euros

Nome do cônjuge _____ • Profissão _____

Número e idade dos filhos _____

Filhos que vivem com o utente _____

Contacto com os filhos significativos _____

Contacto com outros familiares _____

Pessoas ao seu encargo _____

Problemática associada ao consumo de álcool:

Problemas judiciais _____

Violência doméstica _____

Filhos menores seguidos por CPCJ _____

Sinistralidade (rodoviária / laboral com influência do álcool) _____

Problemas colocados ao Serviço Social: _____

Diligências a efectuar _____

Diligências efectuadas _____

Técnicos / Instituições (que acompanham a situação) _____

Principais contactos: _____

Observações: _____

AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Data: ____ / ____ / ____

Acompanhado por: _____

Avaliação de Sinais Vitais

T. A. ____ mmhg • Pulso ____ p/m • Temp ____ ° C • Álcool teste: ____ mg/dl • Resp. ____ cr/m • Glicemia ____

Abstinente: Sim ☐ / Não ☐ • Há quanto tempo: _____Em recaída pontual ☐ • Sem conseguir cumprir objectivos terapêuticos ☐

Estado actual do doente:

Tremores: ☐ • generalizados ☐ • Extremidades ☐ • Lábios ☐ • Língua ☐ • Sudorese ☐Vómitos ☐ • Náuseas ☐ • Parestesias ☐ • Tonturas ☐ • Cefaleias ☐ • Crises convulsiv. ☐

Qualidade do sono: _____ • Appetite: _____

Adaptação à medicação:

Complicações orgânicas mais evidentes:

Craving: intenso ☐ • moderado ☐ • inexistente ☐ • Despoletado em situações ou contextos específicos: _____

Informação subjectiva: preocupações com saúde, problemas familiares, conjugais financeiros

Apreciação global:

AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE PSICOLOGIA

Data: ____ / ____ / ____

Problemática Individual mais relevante no início do acompanhamento:

Sinais de alteração do humor (agressividade, tristeza, ansiedade)

Existência de sinais de deterioração intelectual e/ou problemas mnésicos: (Fig. Complexa de REY, Benton, etc...)

Grau de envolvimento com a temática do alcoolismo – reconhecimentos do problema, preocupação com as questões físicas... (SADQ)

Disponibilidade para a mudança – níveis de motivação /(Prochaska e DiClementi) – RCQ

Avaliação de custos e benefícios da abstinência por parte do utente

Em caso de recaída(s) avaliação dos determinantes prévios e da consciência do utente

Existência de problemáticas de co-morbilidade: (SCL 90R/BSI) – e avaliação qualitativa contínua

Problemáticas alargadas mais relevantes no início do acompanhamento com peso na co-morbilidade e nos consumos:

Conjugal, Familiar, laboral, judicial

Retoma da avaliação aos 6 meses de acompanhamento (continua com a descrição do mesmo)

OBSERVAÇÕES

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 28 horizontal blue lines spaced evenly across the page, typical of standard notebook paper. The lines are thin and light blue, set against a plain white background. There are no margins, text, or other markings on the page.