

Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários

CRISTINA MARIA PIRES RIBEIRO GOMES*

RESUMO

O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade no nosso país. Torna-se pois imperativo implementar uma estratégia preventiva eficaz que permita detectar os indivíduos com consumo alcoólico de risco antes que as consequências sociais e na saúde se tornem evidentes, uma vez que a maioria dos problemas ligados ao consumo de álcool (PLA) e o respectivo impacto na sociedade são maioritariamente causados por consumidores excessivos. Os clínicos gerais/médicos de família são os profissionais de saúde que têm assim uma função importante a desempenhar neste contexto, visto haver um contacto mais estreito com a sua população de utentes e prestarem cuidados de saúde em continuidade. Existem questionários breves (dos quais se destaca o AUDIT) que permitem detectar o consumo excessivo de álcool e ajudar os profissionais dos cuidados primários de saúde a identificar utentes que beneficiariam em reduzir os consumos. Vários trabalhos demonstram que, após a identificação do nível de consumo, uma intervenção breve feita por médicos de família permite promover a redução do consumo de álcool.

É mais utilizado em contextos de consumo excessivo do que na dependência e pode ser utilizado por profissionais que não são especialistas em contextos aditivos. Contudo também se utiliza este tipo de intervenção quando se pretende motivar dependentes alcoólicos a serem referenciados para tratamentos especializados com a finalidade da abstinência.

Palavras-Chave: Consumo de Risco; Nocivo; Dependência; Unidade Bebida Padrão; Questionários de Rastreio, AUDIT; Entrevista Motivacional; Intervenções Breves.

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO



Os Problemas Ligados ao Álcool (PLA), constituem um importante problema de Saúde Pública e interfe-

rem com variados aspectos da vida do indivíduo, desde os problemas de saúde individual e familiar, a nível laboral e social sendo causa frequente de problemas judiciais. O consumo de álcool na União Europeia, está relacionado com 20 a 40% das admissões psiquiátricas, 20 a 40% dos suicídios masculinos, 40 a 60% dos incidentes violentos e com cerca de 30% dos acidentes de viação¹.

Os problemas ligados ao álcool tem grande prevalência em Portugal e afetam 16,4% da população portuguesa dos 15 aos 64 anos. No Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1999, 59,4% dos portugueses referem consumo de bebidas alcoólicas no ano anterior^{2,3}. No estudo "Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas na População Portuguesa", realizado por Aires Gameiro, demonstra-se que em 1997 existiriam cerca de 750.000 consumidores excessivos e 580.000 dependentes do álcool (9,4% e 7% respectivamente, da população com idade superior a 15 anos)⁴.

A idade de início do consumo é cada

*Assistente graduada de Clínica Geral
Centro de Saúde de Sete Rios
Extensão S. Domingos de Benfica

vez mais precoce e assiste-se ao aumento do «*Binge Drinking*» – consumo excessivo de álcool num curto intervalo de tempo – para se atingir a intoxicação; aos 11 anos, 50% dos jovens europeus já experimentou o consumo de bebida alcoólica uma vez na vida e aos 15 anos, 90% já consumiu bebidas alcoólicas⁵.

A EUROCARE estima que o custo económico referente ao consumo de álcool represente 5 a 6% do PIB mundial devido ao absentismo, diminuição da produtividade, sinistralidade rodoviária e laboral e cuidados de saúde⁶.

Os Cuidados de Saúde Primários oferecem oportunidades para avaliar os hábitos alcoólicos dos utentes, tendo em conta que todos os anos cerca de 70% da população visita o seu médico de família e 90% consulta pelo menos uma vez em cinco anos⁷. A evidência sugere que cerca de 20% dos utentes que utilizam os cuidados primários serão consumidores excessivos⁸. Na rotina diária a maioria destes consumidores excessivos não são diagnosticados. Habitualmente apresentam-se com sintomas ou problemas que aparentemente não estão associados directamente ao consumo de álcool e os médicos de família tem por vezes dificuldade em identificar esses consumidores excessivos.

Estes utentes consultam os seus médicos de família duas vezes mais que um utente médio com queixas gastrointestinais, psiquiátricas e por acidentes ou traumatismos não se estabelecendo de forma oportuna a relação entre os consumos e as referidas queixas⁸. O potencial de detecção e intervenção na redução dos problemas ligados ao álcool foi também demonstrado em vários países nomeadamente através da utilização de questionários de detecção e com intervenções breves⁹.

O álcool está implicado numa variedade de doenças e problemas de natureza legal e social. Apesar de muitos deste problemas de saúde estarem rela-

cionados com um contexto de dependência severa, se houver consumos de bebidas alcólicas em quantidades de cerca de 20 a 40 gr de álcool por dia esse facto já constitui um factor de risco para acidentes, traumatismos e problemas sociais¹⁰.

Muitos factores contribuem para o desenvolvimento dos problemas relacionados com o álcool, como sejam o desconhecimento dos limites aceitáveis quando se consome e dos riscos associados ao consumo excessivo. Influências sociais e ambientais como sejam aspectos culturais, usos e costumes, que são favoráveis aos consumos excessivos, também desempenham um factor importante. Um dos benefícios de fazer a detecção é o facto de os utentes que não são dependentes poderem parar ou reduzir os seus consumos de álcool com adequada intervenção. Se forem dependentes alcoólicos a abstinência torna-se indispensável, o que requer tratamento especializado¹⁰.

ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM DO CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL A NÍVEL DA O.M.S. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE)

Desde 1989, a OMS (Organização Mundial de Saúde) desenvolve um projecto internacional estruturado o «*Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care - Phase IV*» em que participam 13 países Europeus¹¹. Teve o seguinte desenvolvimento:

Fase I - Desenvolvimento do AUDIT (um instrumento de rastreio fiável e válido).

Fase II - A eficácia das intervenções breves nos cuidados primários foi demonstrada num ensaio multinacional aleatório.

Fase III - As atitudes dos médicos de família perante os Problemas ligados ao álcool, os métodos para encorajar a rea-

lização dos rastreios e intervenções breves foram avaliados em ensaios controlados.

Fase IV – Desenvolvimento e aplicação de estratégias para a generalização, a realização por rotina de rastreio e intervenções breves, nos cuidados primários dos países participantes.

Esse projecto promove encontros para troca de experiências e avaliação dos programas dos vários países participantes e apoia entidades oficiais no desenvolvimento de intervenção nos cuidados primários.

CLASSIFICAÇÕES DOS CONSUMOS

O facto do CID-10¹² (Classificação Internacional de Doenças) desenvolvido pela OMS ser um sistema para todas as causas de morte e de deficiência, incluindo as doenças psiquiátricas, e do DSM-IV¹³ (diagnóstico e estatística dos transtornos mentais) desenvolvido nos EUA, ser específico às doenças psiquiátricas, dificultou o estabelecimento da correspondência entre as classificações dos consumos.

No contexto da classificação dos problemas ligados ao álcool a OMS considera **Consumo de risco, Nocivo e Dependência**. Apesar de não fazer parte da classificação inicial CID-10, o conceito de consumo de risco (Hazardous) foi criado e introduzido por Babor et al, 1994¹⁴.

Consumo de risco (Hazardous)¹⁰ é definido como um padrão de consumo que pode vir a implicar dano físico ou mental se o consumo persistir. É um padrão de consumo de muita importância em saúde pública apesar da ausência de alguma perturbação evidente no utilizador.

A intervenção no caso das pessoas cujo consumo é de risco pode prevenir o aparecimento de problemas. De um modo geral as pessoas não se sentem à partida motivadas a tomar a decisão de

modificar o seu estilo de vida no sentido de reduzir o consumo das bebidas.

Consumo nocivo (Harmful)¹⁰ define-se como um padrão de consumo que causa danos à saúde, quer físico, quer mental. Todavia o transtorno não satisfaz os critérios de dependência.

Dependência¹⁰ define-se como um padrão de consumos constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

O tipo de intervenção do médicos de família na dependência inclui a identificação do problema e a discussão com o consumidor das vantagens de poder ser orientado para um especialista. A intervenção na dependência exige diferentes técnicas que justificam a referência aos cuidados secundários.

UNIDADE DE BEBIDA PADRÃO¹⁰

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

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

mente.

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

	Cerveja	Vinho	Aperitivo	Aguardente
Capacidade do copo	3 dl	1,65 dl	0,5 dl	0,5 dl
Conteúdo de álcool puro	12g	12 a 13g	10 a 12g	14 a 16g

Álcool e Problemas ligados ao álcool em Portugal. Maria Lucília Mercês de Mello et al; DGS 2001¹⁵

A O.M.S.¹⁶ preconiza actualmente como consumo de baixo risco (da qual não resultarão problemas ligados ao álcool).

Consumo baixo risco

Homem: Até duas unidades de bebida por dia

Mulher: Até uma unidade de bebida por dia

ou

Até duas unidades de bebida por dia
E não beber pelo menos dois dias por semana

Mas não se deve beber rigorosamente nada se:

- Estiver grávida ou a amamentar
- Conduzir ou trabalhar com uma máquina
- Tomar medicamentos
- Em situação de doença
- Em situação de dependência alcoólica

Como calcular o conteúdo de álcool numa bebida?

O conteúdo de álcool numa bebida depende do tipo de bebida e do recipiente que contém essa bebida. Há muitas variações nestas grandezas dependendo do país e da cultura. Um estudo da OMS¹⁶ indicou que a cerveja pode variar de 2% a 5% volume por volume de álcool puro; o vinho varia de 10,5% a 18,9%; destilados variam de 24,3% a 90%. A cidra varia de 1,1% a 17%. Contudo é essencial adaptar estes dados em função de cada país.

Outro aspecto corresponde ao facto de ao quantificar a quantidade de álcool numa determinada bebida é necessário utilizar um factor conversor do álcool

que permite converter qualquer volume em gramas. Por cada ml de etanol existem 0,79 g de álcool puro. Por exemplo um copo de vinho (140 ml) a 12%

× 0,79 corresponde a 13g de etanol¹⁶.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

O consumo de bebidas alcoólicas pode condicionar múltiplos problemas clínicos e psicosociais pelo que é muito importante o clínico explorar esses contextos. Entre os de tipo clínico destacam-se a patologia esofágica, gástrica, do intestino delgado, do pâncreas, hepática assim como perturbações cardiovasculares, hematológicas, osteomusculares, metabólicas, infecciosas, neoplasias e alterações neurológicas. Também podem associar-se perturbações psiquiátricas (ansiedade, depressão, fobias, crises de angústia); e outras dependências (tabaquismo, benzodiazepinas, *cannabis*, cocaína, opiáceos). No âmbito psicosocial o consumo excessivo dificulta a adaptação familiar e sociolaboral devido ao facto de que o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental se deterioram em proporção directa com o grau de intoxicação. As primeiras dificuldades aparecem na família e outras relações interpessoais. Existe ainda o risco de separação e divórcio, perda do emprego e um risco aumentado de sofrer acidentes (de tráfico, laborais ou domésticos).

Contudo, os utentes com consumo excessivo, seja de risco ou nocivo, podem manifestar inicialmente poucos sintomas ou sinais clínicos e o médico pode não suspeitar da relação entre algumas queixas inespecíficas e o consu-

mo de álcool. Na anamnese algumas queixas como cefaleias, ansiedade, humor depressivo, dores epigástricas ou abdominais, perda de memória, cansaço, devem alertar o médico para a possibilidade de poder estar perante um problema relacionado com o consumo de álcool¹⁷.

Do ponto de vista do exame físico pode existir também pouca expressão clínica que sugira o consumo excessivo; alguns utentes podem ter elevação da tensão arterial e taquicárdia. No contexto da dependência e como expressão de doença crónica pode-se encontrar hepatomegália, telangiectasias e icterícia. Podem existir sinais neurológicos como tremor, ataxia e polineuropatias¹⁷; podem também surgir arritmias cardíacas e cardiomiopatias.

RASTREIO DO ALCOOLISMO – DETECÇÃO DOS CONSUMOS

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

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

Estão disponíveis dois tipos de rastreio do alcoolismo, considerados como válidos e fiáveis. O primeiro inclui os questionários e entrevistas estruturadas e o segundo os exames laboratoriais.

Níveis de implementação do rastreio¹⁸

1. **Mínima:** Rastreio dos consumo em populações especialmente vulneráveis (por exemplo: gestantes, filhos de alcoólicos)
2. **Standard:** Rastreio dos consumos de

subgrupos de populações com maior prevalência de consumos

3. **Máxima:** rastreio sistemático dos consumos

Os médicos de famílias são os profissionais que pelo facto de acompanharem os seus utentes de uma forma continuada, mais perfil têm para fazer este tipo de detecção.

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

Para implementar estes hábitos de detecção do consumo de álcool nos Cuidados de Saúde Primários e para otimizar os resultados, as questões relacionadas com o álcool são englobadas em exames gerais de saúde ou perguntas relacionadas com hábitos e estilos de vida, tais como exercício físico, hábitos alimentares ou hábitos tabágicos^{19,20}.

Questionários breves

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

A investigação tem demonstrado que os questionários AUDIT, CAGE e FIVE-SHOT detectam cerca do dobro dos consumidores excessivos encontrados nas consultas médicas de rotina e três vezes mais dos revelados por algumas provas laboratoriais: Gama glutamyl transpeticidase, TGO, TGP, fosfatase alcalina e a deficiência carbohidrato transferrina^{21,22}.

A identificação do tipo de consumos é fundamental, já que está demonstrado que se os consumidores excessivos forem sujeitos a intervenções breves ou aceitarem um plano de tratamento, reduz-se os níveis de consumo, sendo tanto mais eficazes quanto mais cedo for iniciada a intervenção clínica²³.

Interrogatório sistemático do consumo de bebidas alcoólicas²⁴

SIAC (SYSTEMATIC INVENTORY OF ALCOOL CONSUMPTION)

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

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

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

Ficha de registo			
	Quantidade	Dias	Total
Consumos diários			
Consumo dias festivos			

AUDIT

A OMS criou em 1989 um questionário *standard*, o AUDIT, que foi validado em vários países e foi recentemente validado em Portugal por Roque da Cunha. Este questionário, que foi construído de forma a ser mais adequado nos Cuidados de Saúde Primários, permite detectar níveis variados de consumo, desde o de risco, o nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada, o que previne riscos e danos na saúde.

A sensibilidade deste questionário varia entre 83% e 92% e a especificidade

entre 92% e 98%²⁵. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40 e, quando superior a 8, há consumo excessivo.

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

No final deste artigo e de uma forma estruturada se fará uma descrição mais em pormenor da aplicabilidade do AUDIT tendo em conta os resultados do questionário e o tipo de intervenção a desenvolver em função desses resultados (orientações OMS).

CAGE

Constituído por quatro perguntas, identifica as pessoas que alguma vez foram dependentes de álcool e é especialmente útil para detectar a dependência e o abuso em ambiente hospitalar²⁶.

Tem uma sensibilidade entre 61 e os 100% e uma especificidade entre os 77 e 96%, sendo os valores mais baixos relativos à sua aplicação nos Cuidados Primários de Saúde^{26,27}.

Atribui-se um ponto a cada resposta positiva. Um resultado superior a dois indica provável consumo excessivo de álcool.

- Já lhe aconteceu ter que beber logo ao levantar, para aliviar a sensação de mal estar?
- Já pensou que deveria reduzir ou deixar de ingerir bebidas alcoólicas?
- Já alguma vez se sentiu desgostoso e triste com os seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?
- Já se sentiu desagradado com os comentários que outras pessoas tenham feito acerca dos seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?

Guias de Educação e Promoção da saúde.

Direcção Geral da Saúde 2001

FIVE-SHOT²⁸

Este instrumento é constituído por cinco perguntas; as primeiras duas per-

guntas foram extraídas do AUDIT e as três últimas do CAGE. O valor máximo que se pode obter é de 7 pontos. Quando a pontuação é igual ou superior a 2,5, há consumo excessivo. Foi também validado por Roque da Cunha mas teve resultados inferiores comparativamente com o AUDIT.

FIVE-SHOT (reproduzido com permissão de Roque da Cunha)

1. Com que frequência consome bebidas alcoólicas?

1. nunca
2. uma vez por mês ou menos
3. duas a quatro vezes por mês
4. duas a quatro vezes por semana
5. quatro ou mais vezes por semana

2. Quantas bebidas alcoólicas consome num dia em que bebe?

1. uma ou duas bebidas
2. três ou quatro bebidas
3. cinco ou seis bebidas
4. de sete a nove bebidas
5. dez ou mais bebidas

3. Já alguém o (a) criticou por beber?

1. não
2. sim

4. Já se sentiu mal ou com sentimento de culpa pelo facto de beber?

1. não
2. sim

5. Já, alguma vez, bebeu logo de manhã para acalmar os nervos ou «curar uma ressaca»?

1. não
2. sim

Existem ainda outros testes válidos que resultam de combinações entre CAGE e AUDIT, bem como versões curtas do AUDIT, MAST (*Michigan Alcoholism Screening test*), BMAST (Brief MAST), TWEAK (*Tolerance, Worry, Eye opener, Amnesia Cut down*), FAST (*Fast Alcohol*

Screening test) e ainda perguntas isoladas^{29,31,32}.

Numa meta-análise de artigos sobre os instrumentos de rastreio para o consumo excessivo concluiu-se que os questionários mais eficazes são o AUDIT e o CAGE, demonstrando serem instrumentos de rastreio viáveis, sensíveis, específicos, com alto valor preditivo positivo e negativo, com poder de resposta e de interpretação³⁰.

Estas características são essenciais para a validade e garantia de qualidade dos questionários.

Entrevistas estruturadas

O programa da OMS «*Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care*» preconiza também a entrevista de diagnóstico estruturada para doenças mentais (conhecida por CIDI-*Composit International Clinical Interview*)^{34,35}.

A entrevista clínica tende a revelar (com as informações recolhidas, quer com o próprio entrevistado, quer através de familiares ou de outras pessoas próximas) maior sensibilidade que a entrevista estruturada do CIDI – resultando na identificação de maior número de indivíduos com consumo excessivo.

Provas laboratoriais

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

Actualmente, aceita-se que estas provas laboratoriais não servem como método de detecção, mas constituem bons indicadores de lesão ou dano, nomeadamente hepático, e facilitam o seguimento de pacientes com valores ele-

vados. São úteis como reforço positivo nos utentes que estão a reduzir o consumo excessivo ou que estão abstinentes, no contexto da dependência alcoólica³⁶.

Assim, as provas laboratoriais consideradas isoladamente, são menos fiáveis para diagnosticar consumo excessivo de bebidas alcoólicas, nomeadamente em cuidados de saúde primários. Para o objectivo de detecção, as entrevistas clínicas e questionários são mais sensíveis e específicos que as análises laboratoriais que identificam somente 10 a 30% dos consumidores excessivos. Mas para o propósito de monitorização, algumas análises, nomeadamente hepáticas, podem ser úteis para alguns utentes. Por exemplo, consumo excessivo e crónico do uso de álcool pode estar associado a elevação da GGT, o que pode ajudar na monitorização do sucesso do tratamento.

INTERVENÇÃO

Ciclo da Mudança³⁷

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

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

É possível encontrar utentes que não

têm consciência do problema e não estão motivadas para mudar (pré-contemplação)

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

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

A quarta fase o utente mudou comportamento (acção).

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

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

Entrevista Motivacional³⁸

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

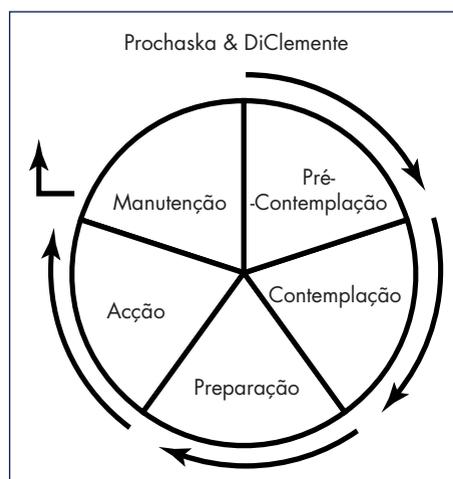


Figura. Ciclo de Mudança

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

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

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

1. Criar motivação para mudar
2. Reforçar compromisso com a mudança

Se seguir os princípios e técnicas da Entrevista Motivacional, o profissional centra a abordagem no utente e deixá-lo conduzir o processo, evitando a confrontação. Avalia, assim, melhor, em que fase o mesmo se situa no processo de mudança e ajusta a intervenção às suas necessidades e interesses em vez de oferecer ajuda, informação e conselhos de uma forma rotineira.

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

Existem seis princípios fundamentais na entrevista motivacional:

1. Expressar empatia
2. Identificar discrepâncias
3. Gerir a resistência à mudança
4. Evitar confrontos directos
5. Promover a confiança e a capacidade do utente
6. Colocar perguntas abertas
7. Reflectir e sintetizar

EXPRESSAR EMPATIA

Expressar empatia significa transmitir

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

IDENTIFICAR AS DISCREPÂNCIAS

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

GERIR A RESISTÊNCIA À MUDANÇA

Envolver o utente no processo de resolução do problema.

EVITAR CONFRONTOS DIRECTOS

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

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

O aparecimento de resistência é um indicador de reflexão para mudança de estratégia.

PROMOVER A CONFIANÇA E A CAPACIDADE DO UTENTE

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

FORMULAR PERGUNTAS ABERTAS

É a técnica mais importantes para uma boa entrevista. Uma pergunta aberta, colocada de forma genuína, sugere que o profissional está aberto a qualquer resposta. Fazer perguntas abertas leva o utente a falar, a dar informações importantes sobre o que pensa.

REFLECTIR E SINTETIZAR

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

Intervenções breves

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

INTERVENÇÃO NO CONSUMO DE RISCO E/OU NOCIVO

Estes modelos de intervenção breve baseados na entrevista motivacional são intervenções de baixa intensidade, com uma duração média de cinco a dez minutos até 30 min e podem decorrer em três ou quatro sessões, que têm por finalidade modificar o comportamento de risco de um indivíduo, nomeadamente na redução dos seus níveis de consumo de álcool.

ASPECTOS ESSENCIAIS DAS INTERVENÇÕES BREVES PARA CONSUMO DE RISCO E NOCIVOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS⁵²

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

Adaptado de Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings. 1999³⁹

Quando um utente modifica o seu estilo de vida, como seja o consumo de tabaco ou de álcool, evolui, como já foi explicado, para a decisão, passando por estádios de mudança, que são pré-contemplação (não preparados para mudar), contemplação (ambivalência em relação à mudança), preparação (planeando a mudança), acção (o acto da mudança) e a manutenção (mantendo ou perpetuando o novo comportamento). Este modelo de mudança pode ser percebido como um percurso, podendo o utente ter períodos de recuo e de avanço dependendo da vantagens e inconvenientes de manter ou mudar esse comportamento. A recaída pode ocorrer e é comum e não indica necessariamente uma intervenção mal sucedida ou falhada.

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

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

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

a intervenção feita e prever uma referência.

LIVRO GUIA DE AUTO AJUDA¹⁶

Pode-se entregar ao utente um livro de auto-ajuda que tem como finalidade ajudar o utente a situar algumas dificuldades sentidas no percurso de mudança, que pode sinalizar e, posteriormente, analisar com o seu médico.

Este livro ajuda a esclarecer quais os limites do consumo com baixo risco.

O PAPEL DA FAMÍLIA¹⁶

Quando o utente tem problemas ligados ao álcool, os efeitos negativos do consumo são sentidos pelo utente e também pela família e amigos. Quando um familiar manifesta desconforto relacionado com o consumo de um elemento da família, o médico deve estar atento às preocupações expressas pelos familiares e deve orientá-los no sentido de que estas pessoas possam ajudar o consumidor no sentido da redução dos seus consumos. Estes familiares devem ser encorajados a falar com o consumidor e expressar o seu interesse pelo problema, providenciando suporte emocional. Estas intervenções devem ter um tom não ameaçador ou confrontador, mas sim de disponibilidade e ajuda, porque a decisão da mudança de comportamento em relação aos consumos depende sempre da motivação do próprio.

INTERVENÇÃO FACE À DEPENDÊNCIA

Nos utentes que mostram evidência de dependência alcoólica, a finalidade terapêutica é a abstinência das bebidas alcoólicas e referência a um programa especializado de tratamento. A decisão por tratamento ambulatorio ou internamento depende da gravidade da dependência, manifestada por sintomas de privação, recursos do utente, situação profissional, suporte familiar, acessibilidade a programas de tratamento. Utentes que possam não estar motiva-

dos para tratamento formal, podem preferir grupos de auto ajuda, como os oferecidos pelos AA – Alcoólicos Anónimos, em articulação com suporte médico. Grupos de AA existem para dar apoio aos membros familiares adultos do doente com dependência alcoólica. Caso o utente tenha que ser referenciado, é razoável fazer uma intervenção breve no sentido de motivar o utente a aceitar o tratamento num centro especializado. Dever-se-á ter uma lista actualizada dos centros de referência, números de telefone e forma de articulação.

Poderá ser importante estabelecer com os centros de referência alguns protocolos de referência que permitam, perante a suspeita de dependência, fazer a referência da forma mais adequada em função dos recursos existentes.

Aplicabilidade prática do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification test) OMS^{10,16}

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

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

QUESTIONÁRIO AUDIT E PONTUAÇÃO

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

0. nunca

1. uma vez por mês ou menos

2. duas a quatro vezes por mês

3. duas a três vezes por semanas

4. quatro ou mais vezes por semana

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para «curar» uma ressaca?

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

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0. nunca

- 1. menos de um vez por mês
- 2. pelo menos uma vez por mês
- 3. pelo menos uma vez por semana
- 4. diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

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

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

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

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

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

Reproduzido com permissão de
Roque da Cunha (Trabalho de validação)

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

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

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

Para aumentar a receptividade do utente ao questionário deve-se ser em-

QUADRO I

DIMENSÃO E CORRESPONDÊNCIA DOS ÍTEMS DO QUESTIONÁRIO AUDIT

Dimensão	N.º pergunta	Conteúdo do item
Caracterização dos consumos	1	Frequência dos consumos
	2	Quantidade
	3	Frequência de consumos excessivo
Sintomas de dependência	4	Descontrolo no consumo
	5	Limitações com o consumo
	6	Consumos logo de manhã
Consequências do consumo	7	Sentimento de culpa após beber
	8	<i>Black-outs</i>
	9	Consequências para outros por beber
	10	Preocupação de outros pelo consumo

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

pático e não confrontador.

Os resultados reflectirão os níveis de risco relacionados com o consumo de álcool. Tendo como base a evidência, os resultados estão de acordo com o Quadro II¹⁶:

QUADRO II

% utentes	Score	Nível de consumo
40%	0	abstinentes
35%	1 - 7	bebedores de baixo risco ou moderado
20%	8 - 19	bebedores de risco (8-15) e nocivo (16-19)
5%	20 - 40	dependência

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

Os quatro níveis de risco que o score do questionário AUDIT apresenta permite orientar a intervenção (ver Quadro III).

1. Que fazer se o resultado do AUDIT demonstrar que o utente bebe dentro das quantidades consideradas de baixo risco (Zona 1) ? (0-7)
2. Que fazer se o resultado do AUDIT demonstrar que o utente bebe dentro das quantidades consideradas de risco e nocivo (Zona 2 e 3) ? (8-20)
3. Que fazer se o resultado do AUDIT demonstrar que o utente bebe dentro das quantidades consideradas dependência (Zona IV)? (20-40)

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

QUADRO III

Nível de risco	Intervenção	Score Audit
Zona I	Educação	0-7
Zona II	Aconselhamento	8-15
Zona III	Aconselhamento+Intervenção breve+ monitorização	16-19
Zona IV	Referenciar para diagnóstico , avaliação e tratamento	20-40

AUDIT – *The alcohol Use Disorders Identification test: Guidelines for use in Primary Care Second Edition* – World Health Organization 2001. Department of Mental Health and Substance Dependence
Adaptado de *Brief intervention. For Hazardous and Harmful Drinking: a manual for use in Primary Care* World Health Organization 2001. Department of Mental Health and Substance Dependence

Zona de risco 1 (Score do AUDIT 0-7)**Consumo de baixo risco**

- Dar *feed back* sobre os resultados do teste
- Esclarecer o utente sobre o nível de riscos e as consequências de ultrapassar esses níveis
- Congratular o utente pelos seus resultados e pela adesão às orientações feitas

Zona II (Score AUDIT 8-15) Consumo de risco

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

Zona III (Score AUDIT 16-19) Consumo nocivo

- Situar em que fase motivacional se

encontra o utente

- Saber em que fase o utente se situa para modificar o seu comportamento em relação à bebida, fazendo-lhe a seguinte pergunta:

- Se pensar numa escala de 1 a 10 que importância atribui à possibilidade de modificar os seus consumos de bebidas alcoólicas?

1-4 pré-contemplação

4-6 contemplação

6-10 preparados para acção

Zona IV (Score AUDIT >20)**Dependência. Avaliação analítica**

Intervenção breve para Referenciação
Os elementos da intervenção breve são, portanto:

- Apresentar os resultados da detecção; identificar riscos e analisar as consequências, providenciar informação médica; solicitar o compromisso do utente; identificar metas a atingir; reforçar e encorajar.

No contexto da dependência o utente deve ser referenciado. Algumas conside-

QUADRO IV**ESTÁDIOS DE MUDANÇA E INTERVENÇÃO**

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

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

rações devem ser ponderadas quando o utente não está preparado para ser referenciado. Mesmo neste contexto, uma intervenção breve com o intuito da referenciação justifica-se, tendo como ponto de partida os resultados da avaliação clínica e analítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rehn N, Room Robin, Edwards G. Alcohol in the European Region –consumption, harm and policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001.
2. Dias CM, Silva AV, Neto D. Consumo de bebidas alcoólicas em Portugal Continental: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999.
3. European Commission. Directorate of Public Health European Commission. Alcohol in Postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Brussels: Thor Nostrstrom; 2001.
4. Gameiro A. Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal (1985-1991-1997). Lisboa: Hospitalidade; 1998.
5. Silva AV. Consumos de álcool em jovens na Europa. In 4º Encontro do Centro Alcoologia Sul: proceedings (2001 Nov. 9-10).
6. EUROOCARE. Report Alcohol Problems in Family: a summary of the EUROOCARE Report to the European Union on Alcohol policy. Cambridge: EUROOCARE; 1995.
7. Anderson P. Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. British Journal of General Practice 43, 386-389, 1993.
8. Kaner E F S, Heather N, McAvoy BR. Intervention for excessive alcohol consumption in primary Health care: attitudes and practices of English General Practitioners. Alcohol & Alcoholism 34,4, 559-556. 1999a
9. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction 1988; 88 (3): 315-36.
10. Babor T., Higgins-Biddle J., Saunders J., Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. Geneva: WHO Department of Mental Health and substance dependence; Second Edition 2001.
11. WHO. Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care Phase IV. Geneva: WHO; 2002.
12. OMS. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
13. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 1996.
14. Babor, T., Campbell, R., Room, R. and Saunders, J.(Eds.) Lexicon of Alcohol and Drug Terms, World Health Organization, Geneva, 1994.
15. Guias de Educação e Promoção da Saúde. Min. da Saúde Direcção Geral da Saúde 2001.
16. Babor T, Higgins-Biddle J. Brief Intervention. For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for use in Primary Care. WHO 2001.
17. Burge SK, Schneider FD. Alcohol- Related Problems: Recognition and Intervention. American Family Physician 1999.
18. Programa Beveu Menys. Direcció General de Drogodependències I Sida. Departament de Sanitat I Seguretat Social. Generalitat de Catalunya 2001.
19. Daepfen JB, Smith TL, Schuckit MA. How would you label your own drinking pattern overall? An evaluation of answers provided by 181 high functioning middle-aged men. Alcohol and Alcoholism 1999; 34: 767-72.
20. Fleming MF. In search of the holy grail for the detection of hazardous drinking (commentary). J Fam Pract 2001; 50:321-2.
21. Aergeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse and dependence in a general practice population. Br J Gen Pract 2001; 51:206-17.
22. Friedman PD, McCullough D, Chin MM, Saitz R. Screening and intervention for alcohol problems: a national survey of primary care physicians and psychiatrists. J Gen Intern Med 2000; 15:84-91.
23. WHO. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. Am J Public Health 1996; 86:948-55.
24. Gual A, Conte M, Segura L, Riba A, Colom J. El ISCA (Interrogatório Sistemático de Consumos alcoólicos) Um nuevo instrumento para a identificação precoce dos bebedores de risco. Med Clin (Barc), 2001; 117:685-9.
25. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, DelaFuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction 1993; 88:791-804.
26. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-7.
27. Bush B, Shaw S, Cleary P, Delbanco TL, Aronson MD. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. Am J Med 1987; 82:231-5.
28. Seppa K, Lepisto J, Sillanauke P. Five-shot questionnaire on heavy drinking alcohol. Clinical Exper Res 1998; 26:1788-91.

29. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med* 1998; 15:1789-95.

30. Bradley KA, Bush KR, McDonell MB, Malone T, Fihn SD. Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT – Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). *J Gen Intern Med* 1998; 13: 379-88.

31. Gordon AJ, Stephen A, Raisto S. Three questions can detect hazardous drinkers. *J Fam Pract* 2001; 50: 205-9.

32. Williams R, Vinson DC. Validation of a single screening question for problem drinking. *J Fam Pract* 2001; 50:307-12.

33. Brown RL, Leonard T, Saunders LA, Papasoutilis O. A two item conjoint screen for alcohol and other drug problems. *J Fam Pract* 2001; 14:95-106.

34. Janca A, Robbins LN, Cottler LB. Clinical Observation of Assessment using composite International Diagnostic Interview: an analysis of CIDI Field Trials – Wave II at St Louis site. *Br J Psychiatry* 1992; 160:815-8.

35. Nelson CB, Kessler RC, Mroczek D. Scoring the World Health Organisation's Composite International Diagnostic Interview Short Form. 2001.

36. Mihás AA, Tavassoli M. Laboratory markers of ethanol intake and abuse: a critical appraisal. *Am J Med Sci* 1992, 303: 415-428

37. Prochaska JO, Di Clemente CC. Towards a comprehensive model of change. In: Miller, WR and Heather, N (eds) *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum; 1986.

38. Miller, W.R. & Rollnick, S. *Motivational Interviewing – Preparing People to Change Addictive Behavior*. Guilford; 1991.

39. Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at risk, problem and dependent drinkers *Alcohol Res Health* 1999; 23:128-37.

Endereço para correspondência:

crisrina.mpr@mail.telepac.pt