ALCOOLISMO- *PROTOCOLO*

Dr. Alexandre Firmo de Souza Cruz
Coordenador de Saúde Mental Ribeirão Preto

Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

INTRODUÇÃO:

O texto que você esta recebendo foi feito e distribuído aos médicos da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto em 2008. Foram feitas algumas modificações e atualizações no texto original. Como previmos há anos atrás, a situação de uso de drogas e álcool se tornou mais intensa, sendo necessário que redobremos nossos esforços para lidar com o problema.

- O alcoolismo é um dos mais sérios problemas de saúde pública mundial.
- O uso em vida do álcool nos EUA é de 85% da população
- Entre 14 e 33 anos esta proporção chega a 92%
- 68% dos norte-americanos relatam uso de bebida alcoólica no ano anterior e 51% relatam o uso de bebidas alcoolicas no mês anterior.
- Estima-se que 75% dos acidentes de carro envolvem motoristas alcoolizados.
- 50% dos homicídios e 25% dos suicídios encontram-se associados ao uso do álcool.

EPIDEMIOLOGIA DO USO DO ÁLCOOL NO BRASIL:

Em 2001, foi feita uma Pesquisa Domiciliar envolvendo 107 maiores cidades do país (com população acima de 200.00 habitantes). Foram entrevistadas 8.589 pessoas entre 12 e 65 anos. O uso na vida de álcool constatado foi de 68,7%%. O uso na vida de álcool foi maior na região sudeste com 71,5%.A porcentagem de dependentes é de três homens para cada mulher. A percentagem de dependentes entre 12 e 19 anos era de 5,2%, sendo maior no nordeste atingindo 9%.

Em levantamento nacional com estudantes a partir da 5ª série, em escolas públicas de 26 capitais, atingindo 48.155 alunos entre 11 e 18 anos verificou-se que 29% dos estudantes mencionaram uso de álcool a ponto de se embriagar. 15% dos estudantes faziam uso freqüente de bebida alcoólica, podendo ser incluídos na categoria de usuários abusivos. Um número elevado. 91% das internações hospitalares por dependência estão associadas ao uso do álcool. 70% dos laudos feitos pelo IML detectaram a presença de álcool nos cadáveres. 37,7% dos motoristas que se acidentaram beberam antes do acidente.

Como o álcool é ingerido?

Álcool é um termo genérico que significa uma oxidrila (-OH) ligada a um carbono saturado. O álcool que pode ser usado em ingestão humana é o etanol (CH3-CH2-OH). A maior parte da ingestão alcoólica em bebidas nos Estados Unidos ocorre na forma de cerveja. Latas de 350 ml de cereja trazem ao organismo 12 a 14 mg de álcool. Bebidas como o vinho, têm 40% de proporção alcoólica. Taças de 120 ml levam à ingestão de quantidade de álcool que o organismo humano leva cerca de uma hora para metabolizar. As taças em restaurantes têm em geral cerca de 60 a 90 ml.

EFEITOS DO ÁLCOOL DEPENDEM DE VÁRIOS FATORES:

I - INGESTÃO E ABSORÇÃO

Os efeitos das bebidas alcoólicas dependem da quantidade ingerida e absorvida pelo organismo. Sob grandes ingestões, o esfíncter pilórico se fecha e com isso grandes quantidades de bebida podem ficar restritas ao estômago por horas. Além do fechamento do piloro surge o reflexo do vômito. Cerca de 10% do álcool é absorvida pelo estômago. Os outros 90% são absorvidos pelo intestino.

II- A AÇÃO DO ÁLCOOL NAS CÉLULAS NERVOSAS

A antiga concepção era de que a ação das substâncias nas células nervosas envolvia receptores como o NMDA (N-metil-D-Aspartato). Aparentemente, este tipo de mecanismo não se aplica totalmente aos efeitos do álcool no organismo. O álcool interfere com a fluidez das membranas cerebrais. Existem registros de aumento do efeito de algumas substâncias como a serotonina (através do 5HT2-3) e o GABA e sobre a ação em alguns receptores voltagem dependentes. Ação sobre receptores do tipo D2 de dopamina tem sido levantada por alguns pesquisadores no Núcleo Accumbens.

III - AÇÕES SOBRE O COMPORTAMENTO

A ação do álcool depende da quantidade absorvida. Em geral, quando a dosagem sérica atinge 0,05% provoca perda da conexão entre o a capacidade de julgamento e o controle dos impulsos. Entre 0,1 e 0,2%, deprime funções motoras e interfere na expressão das emoções. Na maioria dos estados americanos, níveis correspondentes a 0,15 a 0,2% são considerados de intoxicação alcoólica. Em 0,3% o paciente está confuso; entre 0,4 e 0,5% o paciente entra em coma.

IV- AÇÕES SOBRE O APARELHO GASTROINTESTINAL

O álcool se encontra associado à gastrite e ao comprometimento da absorção intestinal de algumas substâncias, em particular, vitaminas ligadas ao complexo B. Está associado à pancreatite, câncer: de boca, esôfago, estômago, intestino e cólon.

V- FUNÇÃO HEPÁTICA

90% do álcool ingerido é metabolizado através do fígado. Duas enzimas estão mais envolvidas: Desidrogenase Alcoolica e Aldeído Desidrogenase. Algumas substâncias como o Dissulfiram inibem a Aldeido Desidrogenase. Mulheres têm quantidades em geral 4,3 vezes menores de Desidrogenase Alcoólica. Alguns grupos étnicos (orientais, indígenas) têm menores quantidades de Desidrogenase alcoólica.
Enzimas hepáticas (TGO. TGP. GAMA-GT) podem se elevar em função da ingestão alcoólica.

VI - ASPECTOS GENÉTICOS

As pesquisas apontam para fatores genéticos, envolvidos:

1. Pessoas com parentes em primeiro grau portadores de alcoolismo estão três a quatro vezes mais propensas a desenvolver alcoolismo.
2. Pacientes com transtornos ligados ao alcoolismo, e com histórico familiar de transtornos ligados ao alcoolismo, têm em geral índices superiores de consumo alcoólico
3. Achados entre gêmeos monozigóticos mostram índice maior de propensão ao alcoolismo em relação aos gêmeos dizigóticos.
4. Filhos de pais biológicos sem transtorno ligado ao alcoolismo não apresentam um risco aumentado para o transtorno se criados por figuras parentais com transtornos relacionados ao alcoolismo.
5. Filhos de pais com transtornos relacionados ao álcool, ainda estão em risco para um transtorno relacionado com o álcool, mesmo quando criados por figuras parentais sem transtornos relacionados com o álcool.
6. Alguns estudos parecem relatar uma relação entre os o álcool e os receptores dopamínicos do tipo D2. Esta hipótese envolve participação da área tegmental ventral e do núcleo accumbens.

VII - INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS

O resultado crônico da ingestão é uma aceleração da capacidade de metabolização de uma série de substâncias além do próprio álcool. Assim, no paciente portador de alcoolismo, que não se encontra alcoolizado em dado momento, provavelmente doses maiores de algumas substâncias podem ser necessárias para se obter o mesmo efeito.
O álcool e algumas substâncias depressoras do sistema nervoso central têm efeitos sinérgicos e devem ser usados com cautela:

- Sedativos
- Drogas para alívio da dor
- Medicações para enjôos de viagem
- Medicações para resfriados
- Medicações para problemas alérgicos

Dependendo da quantidade, o uso de narcóticos pode levar à apatia, sonolência e morte.

DEPENDÊNCIA E ABUSO DE ÁLCOOL

CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA DO DSM – IV (Classificação norte americana).

PADRÃO MAL ADAPTATIVO DE USO DE SUBSTÂNCIA LEVANDO A PREJUÍZO SIGNIFICATIVO OU SOFRIMENTO MANIFESTADO POR TRÊS OU MAIS DOS SEGUINTES CRITÉRIOS, OCORRENDO A QUALQUER MOMENTO NO MESMO PERÍODO DE 12 MESES:

Tolerância definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- 1) necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância.
- 2) acentuada redução do efeito com a ingestão das mesmas quantidades de substância.

ABSTINÊNCIA

- 1) abstinência à substância
- 2) uso para aliviar ou impedir sintomas de abstinência

A mesma substância é freqüentemente consumida em quantidade ou por período maior do que o pretendido.

Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância

Muito tempo é gasto em atividades necessárias a obtenção da substância

Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em função do uso da substância.

O uso da substância continua apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

CRITÉRIOS DO CID 10 PARA DEPENDÊNCIA

a) Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;

b) Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo;

c) Estado de abstinência fisiológico, quando o uso de substância cessou ou foi reduzida, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

d) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;

e) Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;

f) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como: dano ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos conseqüentes a períodos de consumo excessivo da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA:

A intoxicação alcoólica pode levar a depressão respiratória e morte, sendo necessário o diagnóstico diferencial com traumas de crânio e/ou hematomas. O álcool inicialmente provoca aumento do fluxo sanguíneo cerebral, depois o diminui. Em caso de intoxicação, grave com depressão respiratória, pode ser necessário submeter o paciente a ventilação e unidade de terapia intensiva. Atenção deve ser dada para a correção de eventual desequilíbrio hidroeletrolítico.

INTOXICAÇÃO IDIOSINCRÁSICA:

Um tipo específico de intoxicação que pode ocorrer com a ingestão de pequenas quantidades de bebida alcoólica. Atos de suicídio, violentos ou mesmo homicídio podem ocorrer com perda completa da lembrança para fatos após o episódio. O que chama a atenção é a mudança súbita do comportamento. Hipóteses explicativas associadas para o fenômeno são:
a) elevado nível de ansiedade - o álcool levaria a perda da inibição para impulsos.
b) trauma de crânio ou encefalite anterior podem ser fatores predisponentes.

SÍNDROME DA ABSTINÊNCIA DO ÁLCOOL

Mais a frente há uma descrição mais detalhada da Síndrome de Abstinência do Álcool com os níveis da S.A.A. Os sinais mais evidentes e clássicos são*: TREMOR (de 8 Hz ou mais) e sintomas psicóticos e perceptuais*

CONVULSÕES NA ABSTINÊNCIA:

- As convulsões são generalizadas, tônico clônicas.
- O estado de mal epiléptico é raro (menos de 3% dos casos)
- Diagnóstico diferencial deve ser feito com: infecções ou traumatismos, neoplasias ou outros fatores (hipoglicemia, hipomagnesemia e hiponatremia).

TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA (adiante há uma sistematização de tratamento)

- Preferencial: BENZODIAZEPÍNICOS
  (Uso oral ou parenteral) - absorção IM é irregular. O médico deve titular a dose.

*Alguns estudos falam no uso da Carbamazepina na dose de 800 mg diários (o uso tem se tornado cada vez mais comum nos EUA e Europa)

* Antagonistas B-adrenérgicos e clonidina têm sido usados para controle da hiperatividade simpática.

DELIRIUM TREMENS É CONDIÇÃO DE RISCO

- É emergência médica com morbidade e mortalidade significativa
- O paciente pode se mostrar agressivo ou suicida, se atuar conforme seu delírio e alucinação.
- DT NÃO TRATADO TEM TAXA DE MORTALIDADE DE ATÉ 25%.
- 5% de todos os indivíduos alcoólicos hospitalizados têm DT
- DT surge em geral em pacientes de 30 a 40 anos com histórico de 5 a 10 anos de consumo de álcool do tipo “farra alcoólica”.
- A presença de doença física (hepatite, pancreatite) predispõe a síndrome. Uma pessoa com boa saúde física raramente apresenta DT.

DEFICIÊNCIA DE TIAMINA

Síndrome de Wernicke (condição aguda)

- Reversível na maioria dos casos.
- Ataxia
- Disfunção vestibular
- Confusão
- Anormalidades na motilidade ocular como: nistagmo horizontal, paralisia dos retos laterais, paralisia de fixação (reação mais lenta à luz e anemocoria).
- Pode desaparecer em dias ou semanas ou evoluir para Korsakoff.

Tratamento da Síndrome de Wernicke- 100 MG de Tiamina V.O. - 2 a três vezes ao dia por uma a duas semanas. Em pacientes em uso de solução de glicose EV-100mg para cd 1l de soro glicosado.

Síndrome de Korsakoff (condição crônica)

- Reversível apenas em 20% dos casos.
- Quadro caracterizado por perda da memória e confabulação, o paciente em geral substitui a memória introduzindo trechos sem muita coerência com o restante. A condição pode ser crônica e pode demorar semanas até ceder. Pode ainda permanecer.

Tratamento da Síndrome de Korsakoff- 100 mg de Tiamina V.O- 2 a 3 vezes ao dia por 12 meses.

(Mais adiante apresentaremos uma sistematização resultante de um consenso do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira).

Pelagra

Deficiência de niacina
Tratamento
50mg de niacina VO quatro vezes ao dia ou 25 mg via parenteral duas a três vezes ao dia.

Síndrome Alcoólica Fetal

- Maior razão para deficiência mental nos EUA.
- Pode afetar até 35% dos filhos de alcoolistas.
- Microcefalia e alterações crânio faciais estão envolvidas

Não existe tratamento, apenas a prevenção. O álcool interfere na formação do tubo neural na criança, alguns estudos apontam para efeitos tardios na fertilidade dos filhos. O álcool interfere ainda com a absorção de acido fólico necessário ao desenvolvimento neural da criança.

Ainda não existem estudos sobre a suplementação alimentar como forma de prevenir danos, a orientação para interrupção do uso do álcool ainda é o melhor.

TRATAMENTOS DO ALCOOLISMO

O problema do alcoolismo é mundial e as técnicas psicoterápicas abrangem praticamente todas as correntes possíveis de tratamento. O aspecto fundamental continua a ser a capacidade do individuo de decidir pela interrupção, auxiliado ou não por medicações.
As abordagens envolvendo redução de dose ingerida parecem ter sentido nas pessoas onde os questionários padrão revelam um uso que vem se tornando abusivo de maneira mais recente. Instalado um quadro de alcoolismo mais grave e a situação não é a mesma.
Grupos de Alcoólatras Anônimos e Narcóticos Anônimos trabalham com a dinâmica dos doze passos. Este tipo de tratamento de caráter social é popular nos Estados Unidos e mesmo aqui.

Psicoterapia

Participação e apoio fundamental da família
Posição encorajadora do terapeuta.

Medicação

Dissulfiram:

- Inibe competitivamente a enzima aldeído desidrogenase;
- Não deve começar antes de 24horas da última ingestão de álcool;
- Paciente deve ser informado sobre as conseqüências do uso por até duas semanas após a interrupção da medicação;
- Tratamento: 250 mg diários;
- Paciente deve ter boa forma física e ser cooperativo;
- Acumula cetaldeído no sangue;
- Causa: rubor sensação de calor na face, tórax A reação dura 30 a 60 minutos;
- Pode desencadear reações em pacientes com F20

O seu uso deve ser restrito aos centros ou unidades especializadas associado a um programa de tratamento. Gravidez, problemas hepáticos e outras situações clínicas podem contra indicar o uso do Dissulfiram.

Naltrexona

- Foi à segunda medicação aprovada para o tratamento de alcoolismo pelo F.D.A. (Food and Drug Administration) depois do Dissulfiram.
- É um inibidor opióide.
- Pode precipitar reações de abstinência em pacientes que fazem uso de heroína ou de outras substâncias opióides.

Acamprosato

- Eliminação renal
- O tratamento dura de 6 a 12 meses.

Outros medicamentos em estudo são o: Ondasentron e o Topiramato

Psicoterapia Comportamental ou Congitiva Comportamental

- Ensina outros meios de lidar com a ansiedade.
- Ajuda o paciente a relacionar conteúdos internos ao aumento de consumo
- Incentiva habilidades de autocontrole e autoconsciência.

Em geral, também só está disponível em centros especializados.

INFORMAÇÕES ÚTEIS PARA O MÉDICO DA REDE PÚBLICA QUE DESEJA INICIAR O TRATAMENTO DO PACIENTE:

É interessante que o profissional saiba, ou tenha à mão para mostrar ao paciente, o conteúdo alcoólico de cada bebida. O paciente tem vários conceitos falsos, dentre eles, o de que o consumo de destilados faz mal, mas o de fermentados não; a tabela abaixo mostra o conteúdo alcoólico de cada bebida. Abaixo apresentamos o conceito de dose-padrão que será útil na determinação do encaminhamento do tratamento do paciente:

BEBIDA	PERCENTAGEM DE ÁLCOOL
CERVEJA “LIGHT”	3,5%
CERVEJA OU COOLER	4,5 A 6%
VINHO	12%
VINHOS FORTIFICADOS	20%
WHISKIE, VODCA OU PINGA	40%

DOSE PADRÃO:
É a dose correspondente ao consumo de 14 gramas de etanol puro (ou seja, 17 ml de álcool a 0,79 mg/ml).

UMA DOSE PADRÂO DE ÁLCOOL EQUIVALE A:				
40 ML DE PINGA, WHISKIE OU VODCA.	85 ML DE VINHO DO Porto ou Vermute ou licores	140 ml de vinho de mesa	340 ml de cerveja ou chopp (1 lata)	1 garrafa grande de cerveja= a 2 doses.

AÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ATUAL MOMENTO NA REDE MUNICIPAL

A rede municipal vive uma transição. No momento atual, os casos de alcoolismo recebem aconselhamento para procurar:
a) **Grupos de Alcoólicos Anônimos:** Os grupos de A.A.A. são tradicionais, algumas vezes montados por instituições religiosas, as unidades de saúde têm por vezes listas dos mais próximos. São baseados nos 12 passos para interromper o uso e no evitar-se a “primeira ingestão” ou “primeiro gole”. Como os pacientes são diferentes, nem todos se beneficiarão de uma ou outra estratégia para parar de beber.
b) **CAPS AD -** CAPS foram estruturas criadas pela Reforma Psiquiátrica com o objetivo de se situarem entre o atendimento ambulatorial e o de internação. Em geral, o paciente tem várias atividades de psicoterapia, sociais, mesmo recreativas e de socialização, com o objetivo de adquirir consciência sobre determinada dependência e sobre a maneira de lidar com ela. Trata-se de uma alternativa à internação pura e simples. Oficialmente, estes são os dispositivos disponíveis para a comunidade no momento. Ribeirão Preto tem um CAPS AD na Rua Pará n. 1010 no bairro do Ipiranga, funciona em um convênio com o Sanatório Espírita Vicente de Paulo há mais de 10 anos, recebendo pacientes com problemas de alcoolismo ou outras dependências. O encaminhamento pode ser espontâneo ou por demanda referenciada a partir da unidade de saúde.

EM PARALELO:
Em paralelo, vem se desenvolvendo um modelo mais amplo para se lidar com o problema do alcoolismo. Para entendê-lo, é importante que vocês vejam o modelo abaixo de dois questionários usados para a questão do alcoolismo:

a) O CAGE e b) O AUDIT.

QUESTIONÁRIO "CAGE":

C – (cut down) - Alguma vez o (a) sr (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
0 ( ) não 1 ( ) sim

A- (annoyed) - As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
0 ( ) não 1 ( ) sim

G- (guilty) - O (A) Sr (a) se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber?
0 ( ) não 1 ( ) sim

E (Eye opened) - O Sr (a) costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo?
0 ( ) não 1 ( ) sim

Cálculo da pontuação pelo CAGE:

1. Atribua um ponto para cada resposta positiva (sim) a cada uma das perguntas. Somar os pontos.
2. Dois pontos ou mais, ou seja, quer dizer que a pessoa tem grande possibilidade de ter dependência de álcool.

AUDIT:

A dose padrão está descrita e corresponde a uma lata de cerveja de 340 ml ou uma dose de pinga ou 140 ml de vinho

1. Com que freqüência você toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca (vá para as questões 9-10) (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana ☐	6. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses,</u> você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente ☐ (4) Todos ou quase todos os dias

2. Nas ocasiões em que bebe quantas doses você consome tipicamente ao beber? (0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7,8 ou 9 (4) 10 ou mais ☐	7. Quantas vezes ao longo dos <u>últimos 12 meses</u> você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ☐
3. Com que freqüência você toma "cinco ou mais doses" de uma vez? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ☐	8. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u> você foi incapaz de lembrar-se do que aconteceu devido à bebida? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ☐
4. Quantas vezes ao longo dos <u>últimos 12 meses,</u> você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez por mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias 5. Quantas vezes <u>ao longo dos últimos 12 meses</u>, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias ☐	9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses (2) Sim, nos últimos 12 meses 10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse? (0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses (2) Sim, nos últimos 12 meses ☐

Anote aqui o resultado: ___ + ___+___+___+___+___+___+___+___+___+___= ☐
Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10

- Tempo de aplicação: 2-4 minutos;
- Suas questões correspondem aos principais critérios diagnósticos da CID-10

Classificação do nível de uso de Álcool de acordo com o AUDIT

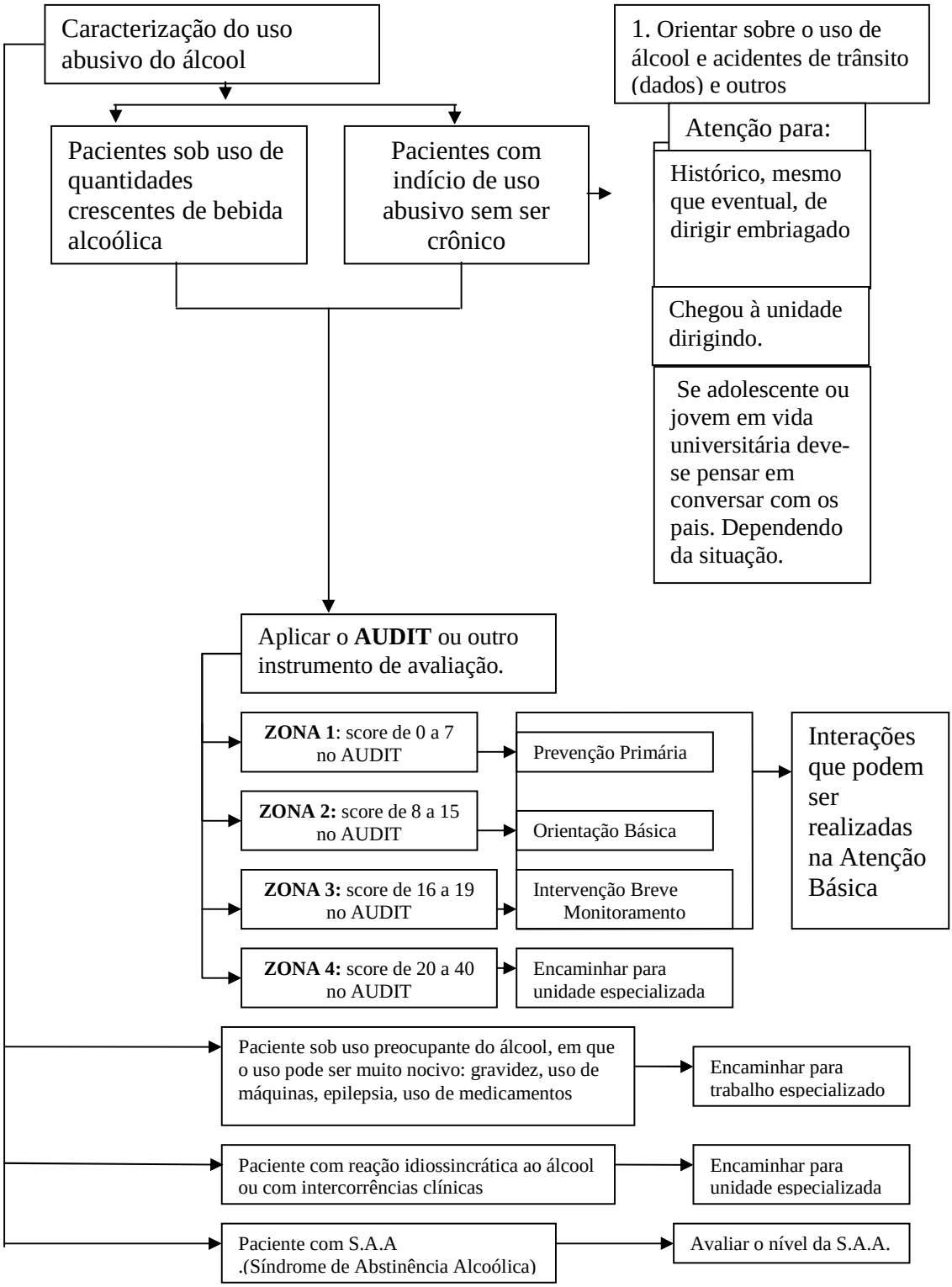
Nível de Risco	Intervenção	Escores
Zona I	Prevenção Primária	0~7
Zona II	Orientação Básica	8-15
Zona III	Intervenção Breve e Monitoramento	16-19
Zona IV	Encaminhamento para serviço especializado	20-40

Como se pode ver o Audit estabelece diferentes níveis de intervenção de acordo com a fase da dependência do álcool em que o paciente se encontra.

A diferença do modelo anterior é que antes se encaminhava o paciente apenas quando o caso era de tal gravidade que não restava senão a internação para desintoxicação ou o encaminhamento para a unidade especializada. O AUDIT é um instrumento reconhecido pela OMS no tratamento das questões relacionadas ao álcool e é aplicado em todo o mundo.

A orientação básica centra no aconselhamento para a redução. A intervenção breve é feita ao longo de entrevistas nas quais o paciente é convidado a reduzir a ingestão e a refletir sobre os danos do álcool em sua vida. No modelo, se evitam posturas preconceituosas ou autoritárias. O paciente é esclarecido dos danos possíveis e a pensar sobre a ingestão. O modelo tem sido usado em vários países do mundo com variações, segundo alguns, com efeitos similares, por vezes, à psicoterapia.

FLUXOGRAMA PARA ALCOOLISMO



O QUE É A INTERVENÇÃO BREVE?
"Refere-se a uma estratégia de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança do comportamento do paciente."
(*fonte: SUPERA MÓDULO 4. COORD: Denise de Micheli e M.L.O.Formigoni) Gabinete de Segurança Institucional-SENAD-Ministério da Saúde.*

A Intervenção Breve consiste em um número limitado de entrevistas com duração de 5 a 15 minutos, focais, voltadas para o problema do uso de álcool ou drogas.

A Intervenção Breve pode ser aplicada por qualquer profissional da área da saúde. A diferença de conhecimento de cada profissional, a empatia com o paciente e uma postura de orientação que evite o preconceito sobre a doença, fazem muita diferença na aplicação da intervenção breve. Para alguns profissionais o curso de capacitação pode ser necessário. Segundo Miller e Sanchez, elementos que podem ser abreviados no termo inglês "FRAMES" sintetizariam os princípios da entrevista motivacional que pode ser aplicada na Intervenção Breve:

F eedback (devolutiva ou retorno) – após aplicação de questionário padrão dá-se o retorno ao paciente sobre os riscos presentes no padrão atual de consumo.

R esponsability (responsabilidade) – procura-se enfatizar a responsabilidade do paciente sobre a mudança de seu próprio comportamento.

A dvice (aconselhamento)- conjunto de orientações claras que podem ser feitas ao paciente sobre a diminuição ou interrupção do uso do álcool.

M enu of Option (menu de opções) uma espécie de mapeamento das situações, feito junto com o paciente com a identificação das circunstâncias que o levam a aumentar o consumo, incluindo companhias ou outras e formas de evitá-las.

E mpathy (empatia) – procurar ser empático, compreender a situação do paciente, evitando-se posturas ou comentários ou termos que traduzam preconceito.

S elf-efficacy (auto-eficácia)- ajudar o paciente a pesar os benefícios e malefícios do uso do álcool, confiando em seus próprios recursos para evitar o consumo ou limitá-lo.

Admite-se ainda que o paciente passe por quatro fases motivacionais que podem ser cíclicas e se repetir:

Pré-contemplação (em que o paciente não admite para si os danos do uso da substância): nesta fase é necessário dar informações objetivas para o paciente.

Contemplação (em que o paciente se encontra ambivalente, mas passa a questionar o uso): dentro de uma "negociação" com o paciente se propõe procura-se ajuda-lo a pesar as vantagens e desvantagens do uso.

Preparação: (o paciente se dispõe a montar um plano para a mudança com o profissional): o foco aqui é ajudá-lo a fazer este plano

Ação: encoraja-se o paciente a manter a decisão de colocar o plano em ação apesar de suas dúvidas.

Manutenção: fortalecer o paciente a manter as mudanças.

Estudos têm demonstrado a eficácia da intervenção breve na redução de consumo alcoólico em todo o mundo. As prefeituras devem manter cursos de capacitação para as equipes de saúde já que o procedimento é barato, o tempo gasto em sua aplicação é pequeno e os resultados podem

ser significativos diminuindo os agravos relacionados ao uso do álcool, diretos e indiretos (acidentes, por exemplo).

INTERVENÇÃO BREVE, ÚNICO MODELO?

O modelo de intervenção breve parece ter um bom efeito no usuário em fase inicial, mas a questão é um pouco mais complexa ao se lidar com o usuário pesado. Os modelos de redução de danos nem sempre se mostram efetivos. Freqüentemente não.
Há que se julgar ainda fatores genéticos que interferem nos tratamentos, vida familiar, hábitos dos pais etc.

12 PASSOS, outro modelo

Vários grupos no país trabalham com o modelo dos 12 passos e propõem que o paciente interrompa a bebida alcoólica e não chegue ao primeiro gole.
O modelo prevê uma reavaliação de vida dos estragos causados pelo álcool. Clínicas e setores especializados de todo o mundo usam este modelo.
Grupo de Auto Ajuda (Associações de Alcoólatras e Narcóticos Anônimos usam os 12 passos como modelo de atenção). Estes grupos têm um papel importante em todo o mundo.
A transição da internação para a vida comunitária é feita com a transferência dos pacientes para estes grupos em todo o mundo.

Doze Passos

1º. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.

2º. Viemos a acreditar que um “Poder” maior do que nós, poderia devolver-nos à sanidade.

3º. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendíamos.

4º. Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.

5º. Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.

6º. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

7º. Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.

8º. Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.

9º. Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando faze-lo pudesse prejudicá-las ou a outras.

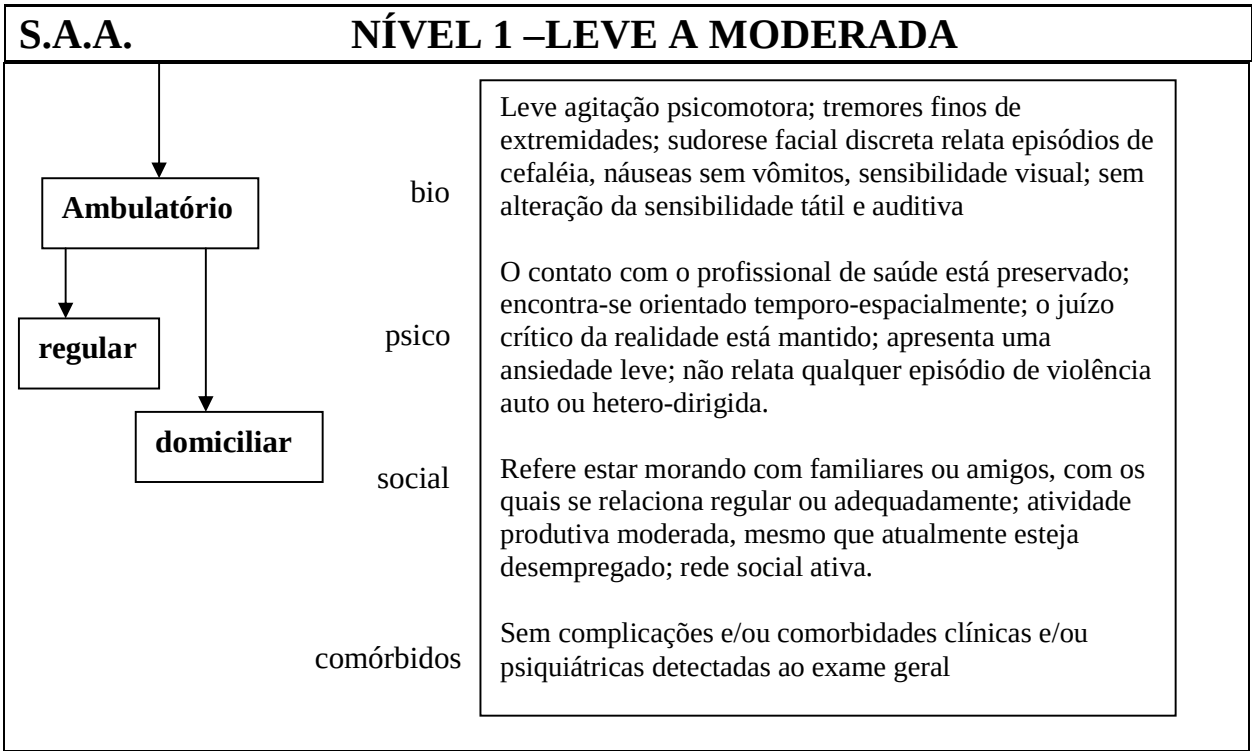
10º. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

11º. Procuramos, através de prece e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade.

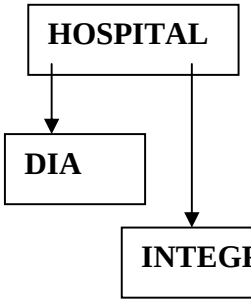
12º. Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

AVALIAR O NÍVEL DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOOLICA (S.A.A.):

É uma síndrome, muitas vezes associada à interrupção do uso do álcool, caracterizada por: agitação, ansiedade, alterações do humor, tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial e outros. Complicações da S.A.A. são: convulsões, delirium tremens (D.T.) e alucinose. O quadro tem início cerca de 6 horas após a parada ou diminuição na ingestão. Convulsões tônico-clônicas generalizadas podem ocorrer. É importante lembrar que o Delirium Tremens não tratado tem uma mortalidade de 5 a 25% dos casos. Importante lembrar que um episódio de Delirium Tremens pode surgir após uma ingestão alcoólica excessiva. A evolução destes quadros depende do quanto estejam hidratados, do equilíbrio hidroeletrolítico e de outras condições físicas que possam afetar o paciente. O manejo do entorno é vital. A presença de familiares colaboradores, ou sua ausência, podem determinar a necessidade ou não de internar um paciente em um hospital. Quando existem complicações, o tratamento hospitalar é em muitos casos necessário. No caso do Delirium Tremens, o quadro se instala em 1 a 3 dias e pode durar de 1 semana até 2 meses. Em geral, não excedem de 10 a 12 dias. Uma boa anamnese e exame físico são necessários. O quadro abaixo foi retirado de um Consenso Clínico sobre o tratamento da Síndrome de Abstinência.



S.A.A.	NÍVEL II – GRAVE



bio

Agitação psicomotora intensa; tremores, generalizados; sudorese profusa; com cefaléia, náuseas com vômitos, hipersensibilidade visual; quadro epileptiforme recente ou descrito a partir de história pregressa.

psico

O contato com o profissional de saúde está alterado; encontra-se desorientado temporo-espacialmente; o juízo crítico da realidade está comprometido; apresenta uma intensa ansiedade leve; com episódio de violência auto ou hetero-dirigida, apresenta-se delirante, com pensamento descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável; observam-se alucinações táteis e/ou auditivas

social

Refere estar morando só ou com familiares ou amigos,, mas este relacionamento está ruim; tem estado desempregado ou impossibilitado de desenvolver atividade produtiva; a rede social é inexistente ou apenas se restringe ao ritual de uso de substância.

comórbidos

Com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas detectadas ao exame geral.

Tratamento da S.A.A, nível 1

1ª Semana	• Esclarecimento adequado sobre S.A.A. para pacientes e familiares. • Retornos freqüentes ou visitas da equipe no domicílio por três ou quatro semanas. • Contra indicar o uso de veículos durante o uso do benzodiazepínico. • Dieta leve ou restrita e hidratação adequada. • Repouso relativo em ambiente calmo, desprovido de estimulação áudio visual. • Supervisão familiar. • Encaminhamento para emergência se observar alteração da orientação temporo- espacial e/ou nível da consciência.

2ª a 3ª semanas	Farmacoterapia: Tiamina: 300mg IM/dia Sedativos: depende do caso Diazepam: 20 a 40 mg por dia por via oral Clordiazepóxido pode ser empregado Lorazepam (indicado quando há hepatopatia associada) 2 a 4 comprimidos de 2mg ao dia por via oral

Tratamento do S.A.A. nível 2:

	CUIDADOS GERAIS: • REPOUSO ABSOLUTO • Redução do estímulo áudio visual • Monitoramento da glicemia • Dieta leve ou jejum • Monitorização sintomatológica pelo CIWA Ar
	Farmacoterapia: Tiamina: 300mg IM/dia *Aumentar a dose em caso de confusão mental, nistagmo ou outras manifestações neurológicas (Síndrome de Wernicke) Sedativos: Diazepam 10-20 mg V.O. de hora em hora inicialmente ou Clordiazepóxido 50 a 100mg V.O. /hora inicialmente ou Lorazepam 2-4 mg V.O. de hora em hora. * Em geral, o uso E.V. não chega a ser necessário, mas pode ser utilizado, 10mg por 4 minutos com retaguarda para o manejo de parada respiratória
	Cuidados gerais: redução gradual dos cuidados gerais
	O que deve ser evitado: • Hidratar sem acompanhamento adequado ou de forma indiscriminada • Administrar glicose • É aconselhável evitar o uso da Clorpromazina ou da Fenilhidantoína, dependendo da situação • Administrar Diazepam E.V. sem recursos para reverter parada respiratória
	Manejo das Complicações: • Convulsões: Diazepam 10 a 30 mg EV, lentamente, na crise • Delirium Tremens: Diazepam 60 mg por dia por Via Oral ou Lorazepam 12 mg/dia por Via Oral. Associar-se, se necessário: Haldol 5mg IM ou V. O. • Alucinose Alcoólica: Haloperidol 5 mg V.O. por dia. Pode ser aplicado I.M. de acordo com a necessidade

O CIWA-Ar –Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised é uma escala aplicada para avaliação da S.A.A..Abaixo você pode vê-la:

ANEXO 1

CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT FOR ALCOHOL REVISED CIWA –Ar

NOME:_____DATA:_____
Pulso ou F.C.:_____P.A.:_____Hora:_____

1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?

(0) Não
(1) Náusea leve e sem vômito
(4) Náusea recorrente com ânsia de vômito
(7) Náusea constante, ânsia de vômito e vômito ☐

2. Tremor com os braços estendidos ou separados:
(0) Não
(1) Não visível, mas sente
(4) Moderado, com os braços estendidos.
(7) Severo, mesmo com os braços estendidos. ☐

3. Sudorese:
(0) Não
(4) Facial
(7) Profusa ☐

4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigações, pinicações?

Código da questão 8 ☐

5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador sem detectar nada por perto?

Código da questão 8 ☐

6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes?Você tem visto algo que tem lhe perturbado?Você tem visto coisas que não estão presentes?

(0) Não **(4) Alucinações leves**
(1) Muito leve **(5) Alucinações moderadas**
(2) Leve **(6) Extremamente grave**
(3) Moderado **(7) Contínuo** ☐

7. Você se sente muito nervoso?
(observação)
(0) Não
(1) Muito leve
(4) Leve
(7) Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico. ☐

8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?
(0) Não (4) Moderado/grave
(1) Muito leve (5) Grave
(2) Leve (6) Muito grave
(3) Moderado (7) Extremamente grave

9. Agitação: (observação)
(0) Normal
(1) Um pouco mais que a atividade normal
(4) Moderadamente
(7) Constante

10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu?
(0) Orientado
(1) Incerto sobre a data, não responde seguramente
(2) Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias.
(3) Desorientado com a data com mais de 2 dias.
(4) Desorientado com o lugar e pessoa.

Escore:_____-

QUANDO INTERNAR UM PACIENTE ALCOOLISTA?

A internação de um paciente alcoólatra, seja em unidade hospitalar geral, em comunidade terapêutica ou em unidade hospitalar psiquiátrica especializada, deve ser precedida pela avaliação de sua condição física, do estágio do alcoolismo, do seu estado psíquico no momento, de seu risco e mesmo de sua predisposição em realizar o tratamento.

Há enorme preconceito contra o portador de alcoolismo. Raramente é visto como um problema real de saúde publica, muitas vezes é enxergado como um hábito indesejável. Pessoas raramente enxergam o paciente em um continuum. É frequente o alcoólatra ser visto através dos valores das pessoas antes de ser visto em sua condição real.

O fluxograma adotado pela prefeitura inclui a intervenção breve ou outra forma de entrevista motivacional para os casos ambulatoriais.

UNIDADES BÁSICAS OU SAUDE DA FAMILIA (anterior à internação)

O nível de prevenção primária envolve a atenção comunitária e aqui existem algumas considerações importantes que estão relacionadas a estudos mais recentes sobre o consumo alcoólico no Brasil. Grupos religiosos têm um papel importante na prevenção. Uma pesquisa com questionários realizada pelo IBOPE em 2011 revelou dados interessantes:
- em relação ao consumo alcoólico no ultimo mês:
48% dos adultos e 40% dos menores reportavam consumo alcoólico no ultimo mês
Esta proporção, no entanto caia quando se verificava a religião dos entrevistados:
24% dos adultos evangélicos reportavam consumo alcoólico no mês anterior contra 52% dos adultos católicos

32% dos menores evangélicos contra 40¨% dos menores católicos relatavam consumo alcoólico no mês anterior

Isto pode estar relacionado à preocupação constante do esclarecimento dos fiéis durante os cultos. Algumas igrejas evangélicas têm uma preocupação especial com o álcool, como introdutor de problemas no seio das famílias.
Isso por outro lado demonstra que o esclarecimento constante em comunidade tem um efeito positivo. A ação dos serviços de saúde pressupõe o respeito aos valores da comunidade e às suas formas de organização comunitária, mesmo as religiosas.

AÇÃO PRÁTICA

GRUPOS DE MUDANÇAS DE HÁBITOS

A maioria dos núcleos de saúde da família tem grupos que são desde grupos de socialização a grupos de mudança de hábitos alimentares ou outros. Uma estratégia interessante é a formação de grupos para mudanças de "hábitos" que podem ser desde o habito de fumar, hábito de beber, hábito de comer a mais do que o necessário ou outros hábitos impróprios para a saúde. Grupos de mudança de hábitos podem tornar o grupo mais diversificado e permitir que o assunto não seja focalizado em um aspecto o que poderia esgotar o grupo mais rapidamente.
Os grupos devem ter uma formalidade mínima e os assuntos devem ser lidados com o estimulo à socialização em primeiro lugar evitando muita rigidez.

CASOS JÁ INSTALADOS DE MAIOR CONSUMO ALCOÓLICO

Casos já instalados de maior consumo alcoólico podem ser encaminhados para Grupos de AAA que devem ser mais próximos da unidade de saúde. Se houver alguma dificuldade de transporte envolvida para participação no grupo, perguntar se algum grupo religioso faz este trabalho pode ser bastante útil. Os casos já instalados de maior consumo alcoólico devem ser avaliados sempre que possível por algum questionário padrão (seja o CAGE, o AUDIT ou outro). O fluxograma da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto tem um trajeto previsto de acordo com a gradação no AUDIT, mas não é a única maneira de avaliar o alcoolismo. Ambulatórios Especializados ou Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas são as opções nacionais para o encaminhamento ambulatorial quando possível.

Nos casos já instalados de alcoolismo com alto consumo um elemento primordial é:

A) AVALIAÇÃO POR EXAME FÍSICO DO PACIENTE

Ela de certa forma precede todas as outras avaliações. Na comunidade, maior ou menor, encontram-se casos de pacientes portadores de cirrose hepática severa com ascite e que mesmo assim não interromperam o uso de bebida alcoólica. Alguns destes casos demandariam longas internações em unidades estruturadas, talvez com períodos em alas clínicas em hospital geral. Infelizmente, os clínicos têm dificuldade em internar casos de não urgência e as enfermarias não parecem ter previsão para isso, a não ser quando os casos se agravam muito.
Casos de pancreatite demandam condutas agudas de internação em enfermarias de clínica médica

em hospitais. Os pacientes que conseguem passar pela crise deveriam receber algum tipo ação intensiva na comunidade. Não existe igualmente este tipo de ação ainda prevista na grande maioria dos serviços do SUS no país, mas é questão de tempo até que se instalem.
Casos de comorbidades associadas, cardíacas, diabetes ou outras, devem ser avaliadas no que se refere ao impacto e discutidas com paciente e famílias. Não se deve esquecer que a conduta de beber muitas vezes ocorre em família.

O trânsito entre os casos graves e o hospital deve ser conhecido dos clínicos da Saúde da Família e das Unidades Básicas. O ideal é que unidades especializadas em hospital geral previssem as internações curtas e que outras existissem para internações mais longas.

Não existe medicina sem avaliação da condição geral do doente. Os serviços de saúde não têm como se esquivar desta necessidade.

ALCOOLISMO E INTERNAÇÃO

A internação tem ocorrido na Europa e nos Estados Unidos. Na Itália, tem ocorrido contato cada vez maior comunidades terapêuticas para este tipo de trabalho. Os critérios para internação devem estar associados ao que for melhor para o paciente. Infelizmente uma leitura acentuadamente ideológica substituiu a internação como única forma de tratamento pela ausência de internação como única alternativa.
Pacientes terminam ficando muito debilitados e o consumo exagerado nem permite um discernimento adequado sobre sua condição.
Todos os dias cerca de 20 pacientes aguardam em listas de espera em Ribeirão Preto por uma internação. A cidade tem mais de 70.000 dependentes de álcool. Caso usemos as estatísticas do CEBRID, 20 pacientes representariam 0,02 a 0,03% de todos os dependentes da cidade. Um número baixo e bem aquém, provavelmente, da necessidade real.
Como as vagas são poucas, os gestores passam a sancionar um discurso de ausência de necessidade de internação. Temos 20 leitos para dependentes no Hospital Santa Tereza e 16 leitos em uma cidade próxima chamada Santa Rita do Passa Quatro. 36 leitos para uma área de mais de um milhão e duzentos mil habitantes. Os discursos sobre alas em hospital geral esbarram no fato de que elas na prática não surgem; não que não exista a necessidade, elas simplesmente não aparecem.

CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO DO ALCOOLISTA

Qual seria o critério técnico nestas circunstâncias para internar o alcoolista? O critério é médico, extrapola questões locais e está associado ao risco no consumo impróprio ou outro risco de saúde associado. O critério de voluntariedade ou involuntariedade do procedimento também tem que ser médico e baseado no grau de risco imediato para o paciente. O destino da internação, se hospital geral ou outro tipo de unidade, seja unidade psiquiátrica ou comunidade terapêutica, depende do médico e do corpo de saúde presente na Comunidade Terapêutica para onde está sendo encaminhado o paciente. Por incrível que pareça, este é o mesmo critério que tem sido utilizado no encaminhamento em outros países.

O sistema deve garantir o leito ou o tratamento ambulatorial quando necessário, seja em hospital geral ou em unidade especializada.

BIBLIOGRAFIA

1) Kaplan, H.I., Sadock,B.J., Grebb,J.A. (1997) Transtornos relacionados ao álcool.In: Compêndio de Psiquiatria.7ª. Edição. Trad.: Dayse Batista, Ed:Artes Médicas, Porto Alegre.

2) Carlini,.E A; Galduroz, J.C.F. ; Noto, A.R.; Nappo,S.A.(2001) –Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil.Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia, UNIFESP, 380 p., 2002.
3) Laranjeiras, R.; Nicastri, S.; Jerônimo,C.; Marques, A.C. (2000) Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (S.A.A.) e o seu tratamento. Ver. Brás. Psiquiatr., Vol.22.,n.2., ISSN 1516-4446.

4) Galduroz, J.C.F.; Noto, A.R;, Fonseca, A.M. ;Carlini,E.A.(2005) –V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médioda rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras,2004. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. Psicotrópicas, 398p.

5) Carlos, L.A.; Baltieri, D.A.(2004) Tratamento Farmacológico da Dependência do Álcool. Rev.Bras.Psiquiatr.,Vol.26,n., ISSN 1516 4446.

6) Miller,W.R.; Sanches, V.C. (1993) Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard,G.; ed. Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults. Notre Dame, IM: University of Notre Dame Press.

7) Prochasca, J.A.; DiClemente, C.C.& Norcross, j.C. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviour. American Psychiatry, 47:1102-1114.

8) Duarte, P.C.A.V.; Formigoni, M.L.O.S.-Coord. (2006)- CURSO SUPERA (Sistema de Detecção do Uso Abusivo de Substâncias Psicoativas; Encaminhamento, intervecção breve, Reinserção social e Acompanhamento)-Volumes: n.1 a n.6.-UNIFESP e SENAD(Secretaria Nacional Antidrogas), Gabinete da Presidência da República-Brasil.

9) Cibin, M., Marin,G., Francesco Pedroni, F., Hinnenthall,I., Roberto Ravera, R., Paola Bozzola, P., Guelfi , G.P.- Alcologia e Problemi alcol correlati in internet- http://www.psychomedia.it/pm/answer/alcoldx1.htm