
UNIAD - Unidade de pesquisa em Álcool e Drogas
Departamento de psiquiatria
Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de medicina
UNIFESP/EPM

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA E USO NOCIVO
DE ÁLCOOL

Cláudio Jerônimo da Silva
Luís André P. G. Castro
Ronaldo Laranjeira

Introdução

Fazer o diagnóstico e tratar a dependência do álcool precocemente têm uma importância fundamental no prognóstico deste transtorno para o paciente e para a sociedade. Perto de um quinto dos pacientes tratados na rede primária bebe em um nível considerado de alto risco ou faz uso nocivo do álcool (Fleming, 1999). Geralmente o primeiro contato desses paciente com o serviço de saúde ocorre por intermédio dos médicos clínicos gerais. Entretanto, estudos têm demonstrado que é um transtorno pouco diagnosticado e tratado por eles (Klaman & Miller, 1997). Os médicos não fazem o diagnóstico nem tratam o uso nocivo ou dependência de álcool e drogas com mesma freqüência e precisão que o fazem com as outras doenças crônicas (Cleary & Miller, 1988). Em geral o foco desses profissionais está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência, que ocorrem tardiamente, e não para a dependência subjacente (Walsh, 1995). O período médio entre o primeiro problema decorrente do uso do álcool e a primeira intervenção voltada a este problema é de cinco anos (W.H.O, 1987). A demora para iniciar o tratamento e o tratamento inadequado pioram o prognóstico levando a crer que os pacientes dependentes de álcool raramente se recuperam (Galanter, 1998). Uma das razões para estes problemas pode ser a falta de um currículo mínimo nas faculdades de medicina para treinamento dos estudantes nesta área .

Clark (1981) descreveu quatro impedimentos para o médico elaborar o diagnóstico e tratamento da dependência do álcool: (1) cognitivo - falta de conhecimento da variedade de sintomas gerados pela dependência ou meios sistemáticos de fazer o diagnóstico diferencial; (2) atitude - uma visão negativa do paciente e do tratamento; (3) comunicação - a resistência dos pacientes dependentes provocam nos médicos respostas pouco acolhedoras; e (4) conceptual - os médicos não vêem a dependência como uma doença que eles tenham a responsabilidade de diagnosticar e tratar.

Reconhecendo a falta de treinamento na área de dependência química, o NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) e o NIDA (National Institute on Drug Abuse), nos Estados Unidos, e universidades Inglesas, elaboraram um programa de

treinamento para diagnóstico, prevenção e tratamento da dependência de álcool e drogas. Estas iniciativas baseiam-se no fato de que o treinamento tem-se demonstrado efetivo na habilitação técnica para o diagnóstico e tratamento da dependência, bem como na promoção de mudanças positivas nas atitudes dos profissionais com relação ao paciente (Walsh, 1995; Chappel & Jordan & Treadway, 1997).

No Brasil não existe nenhuma exigência governamental, nem um consenso entre os pesquisadores de como deveria ser um currículo mínimo que garantisse aos estudantes de medicina adequada habilidade no manejo clínico do paciente dependente de álcool. Diante desse quadro, a UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, em parceria com o MEC (Ministério da Educação e Cultura), elaborou um treinamento direcionado aos médicos clínicos gerais para o diagnóstico precoce e tratamento da Dependência de Álcool.

O treinamento tem a duração de 8 horas distribuídas em 3 módulos:

Módulo 1: Introdução teórica aos conceitos básicos e avaliação diagnóstica do uso nocivo e dependência de álcool.

Módulo 2: Avaliação e tratamento dos transtornos mentais associados ao do uso de álcool.

Módulo 3: Tratamento farmacológico e não farmacológico da dependência de álcool

Objetivos do Treinamento

- Dar subsídios ao clínico para fazer o diagnóstico precoce da dependência do álcool melhorando com isso o prognóstico do paciente.
- Proporcionar aos médicos um entendimento amplo que envolva as questões biológicas, cognitivas, comportamentais e sociais presentes na dependência química, bem como exploração e mudança nas atitudes desses profissionais.
- Capacitar o clínico geral para tratar as principais complicações e comorbidades psiquiátricas que ocorrem da dependência de álcool.
- Capacitar o clínico geral para aplicar estratégias motivacionais por meio de uma Intervenção Breve, objetivando motivar o paciente para o tratamento.

MÓDULO 1

Introdução aos conceitos básicos e avaliação diagnóstica do uso nocivo e dependência do álcool

Síndrome de Dependência do Álcool

Introdução

A síndrome de dependência do álcool (SDA) é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas comportamentais, fisiológicos e cognitivos na qual o uso do álcool alcança uma grande prioridade na vida de um indivíduo e as demais atividades passam a um segundo plano.

Griffith Edwards e Milton Gross (1976) descreveram um novo conceito psicopatológico para dependência, conhecido como “Síndrome de Dependência do Álcool” (SDA), propondo: a) um diagnóstico dimensional, avaliando-se a frequência e a intensidade dos sintomas ao longo de um *continuum*; b) uma validação clínica, embasada em pesquisas empíricas; c) uma distinção entre uso nocivo, dependência e problemas associados ao uso de álcool; d) um entendimento do desenvolvimento e manutenção da dependência que envolva processos de aprendizagem (aprendizagem social, condicionamento operante e clássico) e influência de fatores plásticos (por ex., cultura e personalidade) na expressão clínica da dependência do álcool.

Sinais e Sintomas da SDA

Os sinais e sintomas clínicos que compõem a SDA compreendem o estreitamento de repertório, a tolerância, a abstinência, o alívio ou evitação da abstinência pelo uso do álcool, o desejo para consumir álcool e a reinstalação da síndrome após abstinência.

Estreitamento do Repertório do Beber

O consumo do bebedor comum e a sua escolha da bebida varia de um dia para o outro e de semana para semana; uma dia ele pode beber uma cerveja no almoço, nada no outro dia, ou dividir uma garrafa de vinho com amigos. À medida que a

dependência avança, os estímulos para beber relacionam-se ao alívio dos sintomas de abstinência e o padrão de beber torna-se cada vez mais rígido, estreitado e estereotipado, já que os dias de abstinência ou de consumo baixo vão se tornando mais raros (Edwards e col., 1999). O paciente passa a beber o dia inteiro com vista a manter um nível alcoólico no sangue que previna a instalação de uma síndrome de abstinência. As influências sociais e psicológicas que o fariam beber começam a não ser levadas em consideração.

Tolerância

Tolerância é a perda ou diminuição da sensibilidade aos efeitos iniciais do álcool que ocorrem como resultado da prévia exposição a ele. (Edwards e col., 1999). Como consequência, os pacientes aumentam a quantidade de álcool ingerida para compensar a tolerância que se estabelece aos efeitos agradáveis do álcool.

Na prática clínica, a tolerância é identificada quando o paciente consegue exercer - mesmo com prejuízo do desempenho - várias atividades (por ex., dirigir automóveis) com uma concentração de álcool no sangue tão elevada que normalmente incapacitaria o bebedor normal. (Laranjeira e col., 1996).

Síndrome de abstinência

É um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos que aparecem em decorrência da diminuição ou interrupção do uso do álcool. Inicialmente, os sintomas de abstinência são leves e intermitentes. Posteriormente, com agravamento da síndrome de dependência, a frequência e a gravidade dos sintomas aumentam, passando a ser persistentes (Laranjeira e col., 1996).

Saliência do comportamento de uso

Com o avanço da dependência, a pessoa começa dar prioridade à ingestão alcoólica em detrimento das atividades sociais, profissionais e recreativas (Edwards e col., 1999). O comportamento passa a girar em torno da procura, consumo e recuperação dos efeitos do álcool apesar dos problemas psicológicos, médicos e psicossociais. Na prática clínica pode-se identificar a saliência do comportamento de busca do álcool, investigando-se a ingestão de álcool nas situações socialmente inaceitáveis - no trabalho, quando está doente, quando falta dinheiro, dirigindo

automóveis etc. (Laranjeira e col., 1996). Os pacientes abandonam progressivamente os prazeres e/ou interesses diversos em favor do uso do álcool; aumentam a quantidade de tempo necessário para obter, tomar e se recuperar dos efeitos do álcool e persistem no consumo, apesar das conseqüências nocivas, tais como problemas clínicos e psicossociais. Além disso, possuem dificuldade para controlar o início e término do consumo de álcool.

Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo uso do álcool

Para aliviar ou evitar os sintomas desagradáveis e intensos da abstinência, os pacientes passam a ingerir álcool, apesar das conseqüências psíquicas e físicas adversas.

Na história clínica devem ser valorizados os seguintes aspectos: a) início da relação entre o beber e o alívio dos sintomas de abstinência; b) tempo entre o despertar e a primeira dose de álcool do dia; c) cultura do paciente; d) personalidade do paciente (Laranjeira e col., 1996).

Sensação subjetiva de necessidade de beber

É o desejo subjetivo e intenso de fazer uso do álcool - "*craving*" ou "*fissura*". (Laranjeira e col., 1996). A pessoa experiencia uma perda do controle. Entretanto, não está claro se a experiência é verdadeiramente a perda de controle ou a decisão em não exercer o controle (Edwards e col., 1999).

Reinstalação da síndrome após abstinência

Na reinstalação da síndrome de dependência após abstinência, o paciente retoma rapidamente o padrão mal - adaptativo de consumo de álcool, após um período de abstinência (Laranjeira e col., 1996). Uma pessoa com nível de dependência moderado quando fica abstinente por um período e volta a beber a síndrome de dependência se reinstala em semanas ou meses. Para um nível de dependência grave este período pode ser alguns dias (Edwards e col., 1999).

Dependência X Problemas

Existe uma distinção entre dependência e problemas relacionados a ela. Problemas no trabalho ou familiares não entram no critério de dependência. Existem duas dimensões distintas: de um lado a psicopatologia do beber - a dependência propriamente dita; e do outro, uma dimensão que enfoca os problemas que decorrem do uso ou da dependência do álcool. A **FIGURA 1** ilustra estas duas dimensões: no eixo horizontal está a dependência e no eixo vertical os problemas, ambos variando ao longo de um *contínuum*. No quadrante I estariam os indivíduos que apresentam dependência e problemas decorrentes dela. No quadrante II, os indivíduos que embora não sejam dependentes apresentam problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas - por exemplo, alguém que sofre um acidente ao dirigir após um uso abusivo episódico. No quadrante III estariam aqueles que não apresentam problemas ou dependência - são os indivíduos que fazem uso de bebida alcoólica considerado normal ou de baixo risco. O quadrante IV inexistente (dependência sem problemas).

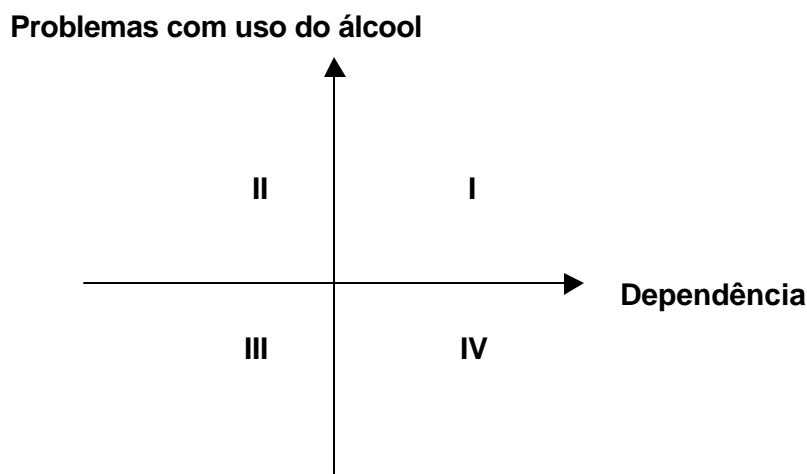


FIGURA 1 : Desenho esquemático da relação entre dependência e problemas associados ao uso do álcool.

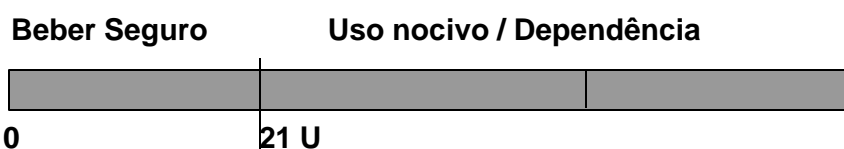
Beber Seguro (baixo risco)

Sabe-se que o uso do álcool está associado a diversos problemas. Mas qual seria o nível de consumo necessário para que isso ocorra? Embora seja uma questão não claramente respondida, existe um nível no qual beber está associado à baixo risco de desenvolver problemas. O consumo que indica baixo risco é diferente para homens (21 Unidades ao longo da semana) e mulheres (14 Unidades ao longo da semana) - **FIGURA 2**.

No Brasil existe uma diversidade grande de bebidas cuja concentração alcoólica e a medida dos vasilhames variam muito. Entretanto podemos padronizar as concentrações alcoólicas das bebidas como mostra a **FIGURA 3**.

Por exemplo, um pessoa que bebe 3 doses de uísque ao dia, estaria ingerindo 150 ml de uma bebida alcoólica destilada cuja concentração é aproximadamente 40 %. Isso equivale a 60 g de álcool ($150 \times 0,4$) e 6,0 Unidades (cada 10 g = 1 Unidade). Ao longo da semana essa pessoa estaria ingerindo **42 Unidades**, ultrapassando em grande escala a faixa do beber seguro.

HOMENS :



MULHERES :

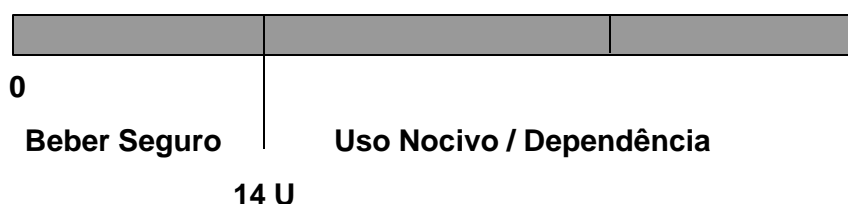


FIGURA 2: faixa do beber seguro e uso nocivo / dependência de bebidas alcoólicas em unidades de álcool, para Homens e Mulheres.

Bebida	Concentração	Quantidade
Vinho	12%	90 ml = 10g = 1 U
Cerveja	5%	350 ml = 17g = 1,7 U
Destilado (Pinga)	40%	50 ml = 20g = 2 U

FIGURA 3: Relação entre a bebida, concentração alcoólica e quantidade de Unidades presentes em algumas bebidas alcoólicas encontradas no Brasil.

Rastreamento

Para o rastreamento da dependência, o AUDIT – ANEXO 1 – é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da saúde (OMS) que identifica as pessoas com um consumo de risco para o álcool. Este instrumento foi desenvolvido em 1980 com o objetivo de identificar os bebedores de risco entre os pacientes que procuravam atendimento médico na rede básica de saúde. O AUDIT é constituído por 10 questões que exploram o uso, a dependência e os problemas relacionados ao uso do álcool. Os scores vão de 0 a 40 sendo que uma pontuação igual ou superior a 8 indica a

necessidade de uma investigação diagnóstica mais específica (Figlie, 1997). O AUDIT não faz o diagnóstico, mas indica os prováveis casos de dependência.

O CAGE - ANEXO 2 - é também um instrumento proposto por Ewing e Rouse (1970) para rastreamento da dependência do álcool. Assim com o AUDIT, o CAGE não faz o diagnóstico mas aponta os prováveis casos de dependência, é menos completo mas tem a vantagem de ser de fácil e de rápida aplicação, porque é constituído por apenas quatro questões. A sigla CAGE resulta das palavras chaves em inglês contidas em cada uma das quatro questões: *Cut - down ; Annoyed; Guilty e Eye - opener*

Crítérios Diagnósticos - CID – 10

O Código Internacional das Doenças - décima revisão (CID 10) incorporou muitos dos critérios da Síndrome de Dependência do Álcool , proposta por Edwards Griffith em 1976. Os critérios diagnósticos do CID 10 para uso nocivo e dependência seguem abaixo .

Uso nocivo

- O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário
- Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a vários tipos de conseqüências sociais adversas.
- O Uso Nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de Dependência, se um distúrbio psicótico ou se outra forma específica de distúrbio relacionado ao álcool ou drogas estiver presente.

Dependência

O diagnóstico deve ser feito se três ou mais dos seguintes critérios são experienciados ou manifestados durante o ano anterior:

- Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.
- Dificuldade de controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início , término ou níveis de consumo .
- Síndrome de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido. Os sintomas da síndrome de abstinência são característicos para cada substância.
- Evidência de Tolerância de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
- Abandono progressivo de outros prazeres em função do uso da substância.

Exames Complementares.

Os seguinte exames complementares podem estar alterados no paciente que faz uso nocivo ou é dependente de álcool: gama GT, volume corpuscular médio das hemáceas, eletrólitos (cálcio, magnésio, sódio e potássio), hemograma, transaminases (TGO e TGP), função hepática (tempo de protrombina, albumina e proteínas totais), função renal (uréia e creatinina). Outros exames complementares podem ser solicitados a partir da necessidade avaliada ao exame clínico: glicemia de jejum, colesterol e triglicérides, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exame de urina.

MÓDULO 2

Avaliação clínica e tratamento dos transtornos mentais associados ao uso do álcool

TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL

Intoxicação alcoólica aguda

A intoxicação alcoólica é uma condição clínica decorrente da ingestão aguda de bebidas alcoólicas. Produz alterações neurológicas agudas e transitórias (que podem variar desde uma embriaguez leve à anestesia e coma, depressão respiratória e mais raramente morte (Ramos & Bertolete, 1997). É pouco provável que uma dose excessiva coloque em risco a vida dos pacientes dependentes, em função da tolerância desenvolvida para o álcool. Estes pacientes também podem chegar à inconsciência, mas é mais provável que isso ocorra com o bebedor eventual que exagera na quantidade de bebida por exemplo numa farra de sábado à noite (Edwards, 1999). Para pessoas que não apresentam tolerância, uma concentração sanguínea de 0,03 mg% leva à euforia. Com 0,05 mg% podem apresentar leves incoordenações. Com 0,1 mg% observa-se ataxia e com 0,2 mg% confusão mental e diminuição da concentração. Anestesia e morte ocorrem com níveis acima de 0,4% (Laranjeira e col., 1996). As alterações de comportamento decorrentes da intoxicação alcoólica aguda, incluem comportamento sexual inadequado, agressividade, labilidade do humor, diminuição do julgamento crítico e funcionamento social e ocupacional prejudicados. As mulheres atingem níveis sanguíneos mais elevados que os homens decorrentes do maior grau de gordura no organismo feminino comparado ao masculino.

Intervenção não farmacológica

A intoxicação alcoólica aguda é uma condição clínica passageira, não existindo um meio rápido de promover a eliminação do álcool do organismo. O tratamento consiste em medidas gerais como:

- Proporcionar um ambiente seguro, que proteja o indivíduo quando o mesmo interromper a ingestão de álcool, evitando qualquer dano a si mesmo e a outros.
- Proporcionar tempo para a metabolização do álcool (Laranjeira e col., 1996). O uso de estimulantes tem se mostrado clinicamente ineficaz (Miller, 1995).
- Às vezes é indicada uma lavagem estomacal (Edwards e col., 1999).
- Nos casos graves, quando se ingere doses letais de álcool, pode-se tentar a hemodiálise (Laranjeira e col., 1996). Isto é particularmente comum nas intoxicações

com metanol, nas quais os riscos de morte e cegueira são relevantes. É fundamental solicitar dosagem dos níveis séricos e respiratórios de álcool, exames toxicológicos da urina e radiografia de crânio para se diagnosticar o coma alcoólico, que é responsável por um índice de mortalidade em torno de 5%.

- Excluir outras causas orgânicas para a sonolência (traumatismo craniano, hipoglicemia, cetoacidose, infecção sistêmica, *overdose* de outras drogas lícitas ou ilícitas), quando o paciente encontra-se intoxicado, já que a principal medida é deixá-lo dormir até passar os efeitos da intoxicação aguda. Deve-se assegurar, entretanto, que o mesmo não aspire o seu próprio vômito.

Intervenções farmacológicas

Não existem medicamentos clinicamente eficazes, capazes de reverter os efeitos farmacológicos do álcool (Samet e col., 1997).

Flumazenil

É um antagonista benzodiazepínico que parece ser capaz de reverter os efeitos do álcool nos pacientes comatosos, além de melhorar a ansiedade e a ataxia induzidas pelo próprio álcool (Laranjeira e col., 1996).

Naloxone

O uso de naloxone ainda é controverso. Alguns estudos não conseguiram reproduzir os achados iniciais (reversão da intoxicação alcoólica aguda). Esta medicação estaria indicada para reverter ou bloquear os efeitos farmacológicos do álcool quando administrada antes da ingestão (Miller, 1995).

Intervenções Não Farmacológicas	Medidas gerais: Ambiente seguro Tempo para metabolização do álcool Lavagem estomacal Hemodiálise ou diálise
Intervenções Farmacológicas	Flumazenil Naloxone

Quadro 1 – Tratamento da Intoxicação Alcoólica Aguda

Síndrome de abstinência do álcool (SAA)

(Consenso brasileiro sobre SAA, 2000)

A síndrome de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas que aparece quando as pessoas que bebem excessivamente diminuem ou param de beber.

A síndrome de abstinência pode variar em níveis de gravidade. Os critérios da Classificação Internacional das Doenças - décima revisão (CID - 10), para o diagnóstico da SAA são:

F10.3: Síndrome de Abstinência

Um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa do álcool, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses. O início e curso do estado de abstinência são limitados no tempo e relacionados à dose de álcool consumida imediatamente antes da parada e da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode ser complicada com o aparecimento de convulsões.

Diagnóstico

Os sintomas iniciam após 6 horas da diminuição ou interrupção do uso do álcool. Os sintomas iniciais são tremores, ansiedade, insônia, náuseas e inquietação. Sintomas mais sérios ocorrem em aproximadamente 10% dos pacientes, e incluem febre baixa, taquipnéia, tremores e sudorese profusa. Convulsões podem ocorrer em cerca de 5% dos pacientes não tratados com síndrome de abstinência do álcool. Outra complicação grave, é o *delirium tremens* (DT), caracterizada por alucinações, alteração do nível da consciência e desorientação. A mortalidade nos pacientes que apresentam DT é de 5 a 25% (Trevisam e col., 1998)

Avaliação do paciente

A avaliação inicial do paciente que refere uso crônico de álcool deve ser muito cuidadosa e detalhada (Romach & Sellers, 1991). A partir desta investigação é possível que se determine o nível de comprometimento no momento da intervenção, dos problemas relacionados a este uso, das complicações e das comorbidades associadas (Williams & McBride, 1998). Esta etapa possibilitará um encaminhamento mais adequado para o tratamento subsequente. Portanto, ela deve ser direcionada para dois vértices fundamentais: (1) a avaliação da SAA e (2) problemas associados ao consumo (**fluxograma 1**).

1) Avaliação da síndrome de abstinência do álcool (SAA)

1.a) Anamnese : Uma história clínica deve ser feita com o objetivo de avaliar o paciente como um todo. Não existem sinais ou sintomas patognomônicos da SAA; portanto, todas as condições clínicas associadas e todos os diagnósticos diferenciais deverão ser buscados nesta etapa inicial. A maior parte das complicações associadas à SAA ocorrem devido a uma avaliação inadequada. Ênfase deve ser dada ao fato de que um paciente com SAA quase sempre tem alguma outra intercorrência clínica associada.

1.b) História do uso de álcool: devem-se buscar informações básicas sobre o padrão de consumo dos últimos anos, bem como avaliar a quantidade e frequência do beber. Além disso, informações mais detalhadas sobre o padrão de consumo mais recente, em especial ao último consumo ou diminuição do consumo (ver sinais e

sintomas da SAA). O diagnóstico pelo CID-10 de uso nocivo ou dependência do álcool deve ser buscado

A partir do momento em que o diagnóstico da SAA é feito devem-se buscar dois tipos de avaliações mais pormenorizadas: o diagnóstico da gravidade da SAA e os diagnósticos das eventuais comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas.

Levando em consideração a gravidade do diagnóstico, é possível classificar o comprometimento do usuário em dois níveis: **LEVE/MODERADO ou GRAVE**. A partir desta classificação, o paciente será referendado para o melhor tratamento, de acordo com a disponibilidade da rede de serviços de saúde de cada região.

A estrutura biopsicossocial dos fenômenos relacionados ao uso problemático de álcool determinará também a complexidade de seu comprometimento. Consideram-se aspectos **biológicos, psicológicos e sociais** na definição dos níveis de comprometimento do paciente e o correspondente tratamento a que deve ser submetido.

Nível I – O comprometimento é **LEVE/MODERADO**, quando o paciente apresentar uma síndrome de abstinência leve/moderada, compreendendo os seguintes aspectos:

BIOLÓGICOS: leve agitação psicomotora; tremores finos de extremidades; sudorese discreta e facial; episódios de cefaléia; náuseas sem vômitos; sensibilidade visual, sem percepção auditiva e tátil alteradas.

PSICOLÓGICOS: o contato com o profissional de saúde está íntegro; encontra-se orientado temporo-espacialmente; o juízo crítico da realidade está mantido; apresenta uma ansiedade leve; não relata qualquer episódio de violência auto ou hetero dirigida.

SOCIAIS: mora com familiares ou amigos, e esta convivência está regular ou boa; sua atividade produtiva ainda vem sendo desenvolvida, mesmo que atualmente esteja desempregado/afastado; a rede social é ainda considerada existente.

COMÓRBIDOS: sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas no exame geral.

Para pacientes com comprometimento leve/moderado a intervenção deverá ser psicoeducacional e clínica, isto é o paciente deve ser informado com clareza sobre o diagnóstico, recebendo orientações sobre a dependência do álcool e sobre a síndrome de abstinência, além de tratamento específico para a fase de privação

aguda de acordo com a necessidade. O encaminhamento será direcionado para o tratamento ambulatorial especializado (com ou sem desintoxicação domiciliar) (Bartu & Saunders, 1994).

Nível II - O comprometimento é **GRAVE**, quando o paciente apresentar-se com síndrome de abstinência grave com os seguintes aspectos:

BIOLÓGICOS: agitação psicomotora intensa; tremores generalizados; sudorese profusa; cefaléia; náuseas com vômitos; sensibilidade visual intensa; quadros epileptiformes agudos ou relatados na história pregressa.

PSICOLÓGICOS: o contato com o profissional de saúde está prejudicado; o paciente encontra-se desorientado temporo-espacialmente; o juízo crítico da realidade está comprometido; apresenta-se com uma ansiedade intensa; refere história de violência auto ou hetero dirigida; o pensamento está descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; observam-se alucinações auditivas táteis ou visuais.

SOCIAIS: o relacionamento com familiares ou amigos está ruim; tem estado desempregado, sem desenvolver qualquer atividade produtiva; a rede social de apoio é inexistente ou restrita ao ritual de uso do álcool; não existe familiar que seja responsável pelo tratamento domiciliar.

COMÓRBIDOS: com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas ao exame geral.

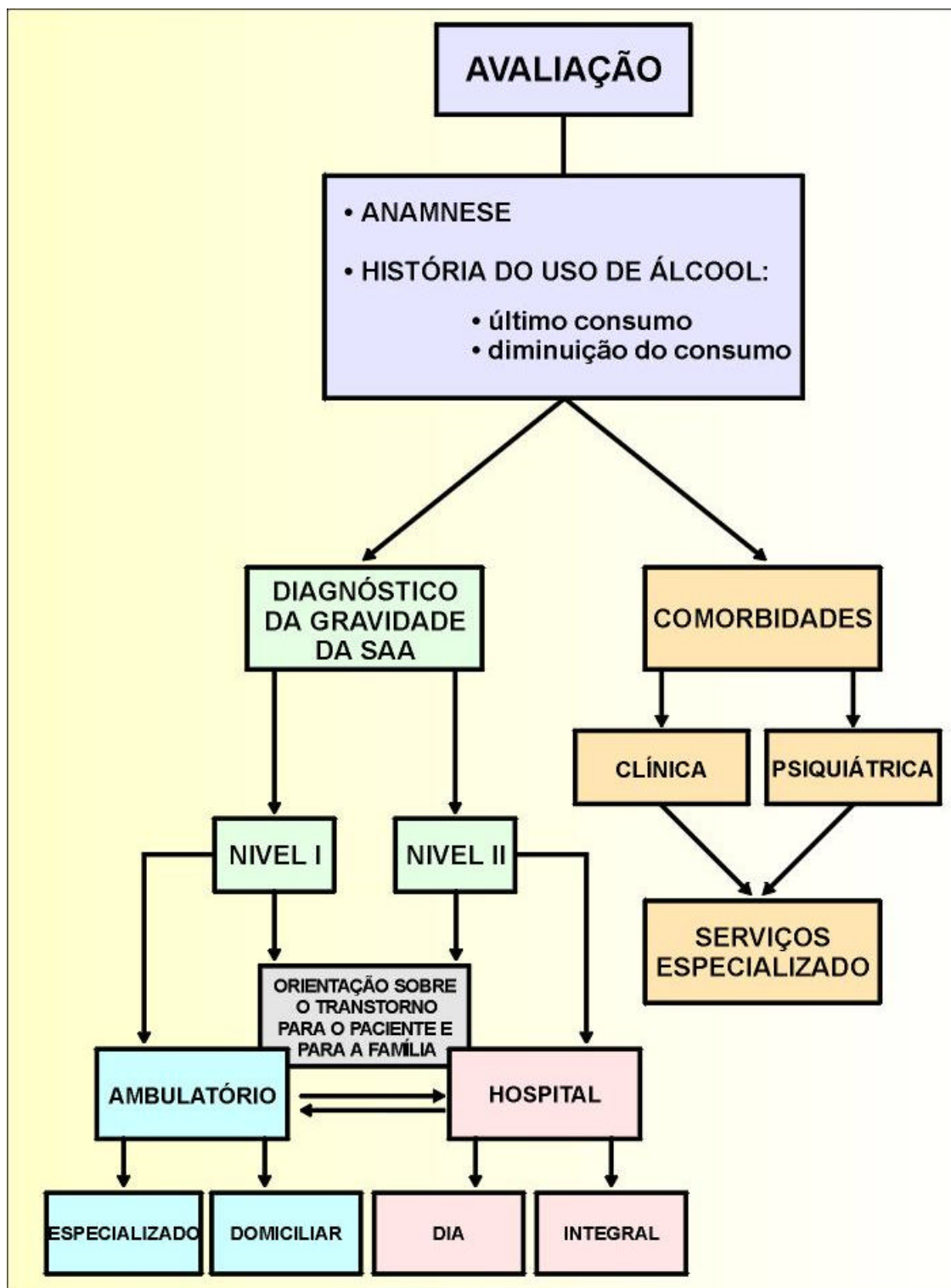
Para pacientes com comprometimento grave a emergência clínica psiquiátrica será a melhor intervenção e a orientação imediata da família quanto à gravidade do quadro em que se encontra. O paciente será encaminhado para tratamento hospitalar especializado, sendo a família encaminhada para uma abordagem psicoeducacional sobre o transtorno.

2. Pareamento

O **ambulatório** é uma intervenção não intensiva, pouco estruturada, pois utiliza menos recursos, é segura e menos dispendiosa. Cerca de 90% dos pacientes dependentes de álcool podem ser tratados no ambulatório. Para pacientes com síndrome de abstinência leve/moderada, sem comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves, o tratamento ambulatorial não oferece risco de vida. É um

tratamento pouco estigmatizante, porque permite ao indivíduo se manter junto à família, dentro dos sistemas social e profissional dele, possibilitando ainda a participação ativa dos familiares no tratamento (Abbott et al., 1995; Collins et al., 1990; Fleeman, 1997; Wiseman et al., 1997).

O hospital é um tratamento mais estruturado e intensivo, portanto, mais caro, mas tem se mostrado tão efetivo como o ambulatório. Está indicado para pacientes: a) com síndrome de abstinência grave, b) com comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves, c) com dependência grave que não se beneficiaram de outras intervenções; d) para aqueles que usam múltiplas substâncias psicotrópicas, d) que tem apresentado comportamentos auto ou heteroagressivos. A disfunção grave do sistema familiar e social é determinante para o encaminhamento ao hospital (McKay et al., 1997).



Fluxograma 1: Avaliação do paciente com SAA e pareamento com o tratamento.

Tratamento ambulatorial

Ao receber o paciente, a atitude do profissional de saúde deve ser acolhedora, de empatia e não preconceituosa. O tratamento da SAA (quadro agudo) é um momento privilegiado para motivar o paciente ao tratamento da dependência (quadro crônico). Deve-se esclarecer a família e, sempre que possível, o próprio paciente sobre os sintomas apresentados, dos procedimentos a serem adotados e das possíveis evoluções do quadro. Deve ser propiciado ao paciente e à família o acesso facilitado a níveis mais intensivos de cuidados (serviço de emergência, internação) em casos de evolução desfavorável do quadro. É importante ainda reforçar a necessidade de comparecimento às consultas que serão tão freqüentes quanto possível nos primeiros 15 dias do tratamento.

Plano de atendimento

Abordagem não - farmacológica:

- Orientar a família e paciente quanto à natureza do problema, tratamento e evolução do quadro;
- Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audio-visual;
- A dieta é livre, devendo haver atenção especial com a hidratação;

O paciente e a família devem ser orientados sobre a proibição do ato de dirigir veículos. As consultas devem ser marcadas o mais brevemente possível para reavaliação.

Abordagem farmacológica:

Reposição vitamínica: tiamina intramuscular nos primeiros 7-15 dias; após este período, a prescrição passará a ser oral. Dos poucos estudos comparando doses de tiamina, foram recomendadas doses de 300mg/dia com o objetivo de evitar a síndrome de Wernick (a tríade clássica de sintomas: ataxia, confusão mental e anormalidades de movimentação ocular extrínseca NÃO está sempre presente).

Benzodizepínicos (BDZs): a prescrição deve ser baseada em sintomas. Dessa forma, as doses recomendadas são as que em média o paciente pode receber num determinado dia; o paciente e os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas

a serem monitorados e orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem da medicação à noite. Qualquer sintoma de dosagem excessiva de BZD, como sedação, deveria levar à interrupção da medicação.

- Diazepam: 20 mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana

OU

- Clordiazepóxido: até 100 mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana.

Nos casos de hepatopatias *graves*:

- Lorazepam: 4 mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana.

Ocorrendo falha (recaída ou evolução desfavorável) dessas abordagens, a indicação de ambulatório deve ser revista, com encaminhamento para modalidades de tratamento mais intensivas e estruturadas.

Internação domiciliar

O paciente deve permanecer restrito em sua moradia, com assistência de familiares. Idealmente, o paciente deverá receber visitas freqüentes de profissionais de saúde da equipe de tratamento. Deve ser propiciado ao paciente e à família o acesso facilitado a níveis mais intensivos de cuidados (serviço de emergência, internação) em casos de evolução desfavorável do quadro.

Plano de atendimento:

Abordagem não farmacológica:

- A orientação da família deve ter ênfase especial em questões relacionadas à orientação têmico-espacial e pessoal, níveis de consciência, tremores e sudorese;
- Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audio-visual;

- A dieta é leve, desde que tolerada, devendo haver atenção especial com a hidratação;
- Visitas devem se restritas, assim como a circulação do paciente

Abordagem farmacológica:

Reposição vitamínica: a mesma recomendada para o tratamento ambulatorial.

Benzodiazepínicos (BDZs): a prescrição deve ser baseada em sintomas. Dessa forma, as doses recomendadas são as médias que o paciente pode atingir num determinado dia; o paciente e os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas a serem monitorados e orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem da medicação à noite.

- Diazepam: 40 mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana;

OU

- Clordiazepóxido: 200 mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana.

Nos casos de hepatopatias *graves*:

- Lorazepam: 8 mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana.

No caso de falha (recaída ou evolução desfavorável), está indicado o tratamento hospitalar.

Tratamento hospitalar

Modalidade reservada aos casos mais graves, que requerem cuidados mais intensivos. Doses mais elevadas de BZDs são geralmente necessárias e sua prescrição deve ser baseada em sintomas avaliados de hora em hora. Deve ser dada atenção especial à hidratação e à correção de distúrbios metabólicos (eletrólitos, glicemia, reposição vitamínica). Em alguns casos, regimes de internação parcial (hospital dia,

hospital noite) podem ser indicados. Nessas situações, deve ser feita uma cuidadosa orientação familiar sobre a necessidade de comparecimento diário e ser oferecida uma retaguarda para emergências. A utilização de “bafômetro” (etilômetro), quando esse recurso está disponível, deve ser feita na chegada do paciente à unidade.

Plano de atendimento:

Abordagem não farmacológica:

- Monitoramento do paciente deve ser freqüente, com aplicação de escala (CIWA-Ar) – no anexo - que orienta a administração de medicamentos.
- A locomoção do paciente deve se restrita.
- As visitas devem ser limitadas.
- O ambiente de tratamento deve ser calmo, com relativo isolamento, de modo a ser propiciada uma redução nos estímulos audio-visuais.
- A dieta deve ser leve, quando aceita. Pacientes com confusão mental devem permanecer em jejum, por risco de aspiração e complicações respiratórias; nesses casos, deve ser utilizada a hidratação por meio de 1.000 ml de solução glicosada 5%, acrescida de 20ml de NaCl 20% e 10ml de KCl 19,1%, a cada 8 horas.

Contenção física

Os pacientes agitados que ameaçam violência, devem ser contidos, se não forem sensíveis à intervenção verbal (Kaplan & Sadock, 1995).

- A contenção deve ser feita por pessoas treinadas, preferencialmente quatro ou cinco pessoas.
- Explicar ao paciente o motivo da contenção.
- Os pacientes devem ser contidos com as pernas bem afastadas e com um braço preso em um lado e o outro preso sobre a sua cabeça.
- A contenção deve ser feita de modo que as medicações possam ser administradas.
- A cabeça do paciente deve estar levemente levantada para diminuir a sensação de vulnerabilidade e reduzir a possibilidade de aspiração.

- Deve ser verificada periodicamente.
- A contenção deve ser removida , uma de cada vez a cada cinco minutos, assim que o paciente seja medicado e apresente melhora do quadro de agitação.
- Todo o procedimento deve ser documentado em prontuário.

Abordagem farmacológica:

Reposição vitamínica: a mesma recomendada para os níveis anteriores.

BDZs: a prescrição deve ser baseada em sintomas, avaliados a cada hora pela aplicação da escala CIWA-Ar. Quando a pontuação obtida for maior que 8 ou 10, administrar uma das seguintes opções:

- Diazepam: 10 - 20 mg VO a cada hora;
- Clordiazepóxido: 50 - 100 mg VO a cada hora;

Nos casos de hepatopatias *graves*:

- Lorazepam: 2 - 4 mg VO a cada hora.

A administração de BDZs por via intravenosa requer técnica específica e retaguarda para manejo de eventual parada respiratória. Deve-se administrar no máximo 10mg de diazepam durante 4 minutos, sem diluição.

Manejo das complicações

- **Convulsões:** a maioria das crises é do tipo tônico-clônica generalizada. Crises convulsivas é uma manifestação precoce da SAA: mais de 90% ocorrem até 48 horas após a interrupção do uso de álcool (pico entre 13 e 24 horas) e estão associadas com evolução para formas graves de abstinência (cerca de 1/3 dos pacientes que apresenta crises convulsivas evolui para *delirium tremens* se não for tratado). Em 40% dos casos, as crises ocorrem isoladamente; nos pacientes que apresentam mais de uma crise, elas ocorrem geralmente em número limitado. Quando houver história prévia de epilepsia, devem ser mantidos os medicamentos já utilizados pelo paciente.

O diazepam (ou um BDZ de ação longa) é a medicação de escolha, na dose de 10 ou 20 mg VO. O uso endovenoso é especialmente indicado durante os episódios convulsivos. Não há consenso para a indicação de carbamazepina no tratamento de crises convulsivas da SAA. A literatura não respalda a utilização de difenil-hidantoína (fenitoína) no tratamento dessa complicação da SAA.

- **Delirium Tremens:** forma grave de abstinência, geralmente iniciando-se entre 1 a 4 dias após a interrupção do uso de álcool, com duração de até 3 ou 4 dias. É caracterizado por rebaixamento do nível de consciência, com desorientação, alterações sensoperceptivas, tremores e sintomas autonômicos (taquicardia, elevação da pressão arterial e da temperatura corporal). Doses elevadas de BDZs são necessárias, mas o uso associado de neurolépticos é geralmente indicado. O tratamento farmacológico inclui: diazepam 60mg por dia (ou lorazepam até 12mg por dia, em casos de hepatopatia grave); haloperidol 5mg por dia; No caso de ocorrer distonia induzida por neurolépticos (particularmente se forem administrados por via parenteral), esse efeito colateral pode ser controlado com o uso de anticolinérgicos (biperideno 2 mg).

TRATAMENTO, COMPLICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

AMBULATÓRIO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

CUIDADOS GERAIS

Esclarecimento sobre SAA para o paciente e familiares; retornos frequentes ou visitas da equipe no domicílio; não dirigir veículos. Dieta leve ou restrita; hidratação adequada. Ambiente calmo, com pouca estimulação audio-visual, com supervisão de familiares e encaminhamento para emergência, se necessário.

FARMACOTERAPIA

Tiamina/dia: 300 mg intramuscular, a seguir oral.
Sedativos: depende do caso, a seguir, redução gradual.
Diazepam: de 20 à 40 mg dia/oral **ou**
Clordiazepóxido: de 100 à 200 mg/dia/oral **ou**
Lorazepam (hepatopatia associada): de 4 à 8 mg/dia/oral

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CUIDADOS GERAIS

Repouso absoluto, dieta leve ou jejum. Controle pela CIWA-Ar. Monitorização da glicemia, dos eletrólitos e da hidratação.

FARMACOTERAPIA

Tiamina/dia: 300 mg intramuscular. Se apresentar confusão mental, ataxia, nistágmo, aumentar a dose. A seguir, administração oral.
Sedativos:
Diazepam: 10 à 20 mg/oral de hora em hora **ou**
Clordiazepóxido: 50 à 100 mg/oral de hora em hora **ou**
Lorazepam: 2 à 4 mg/oral de hora em hora;
Se necessário, diazepam **endovenoso**, 10 mg em 4 minutos, com retaguarda para o manejo de parada respiratória.
Redução da medicação gradualmente.

COMPLICAÇÕES

CONVULSÕES

Diazepam: de 10 à 30 mg/dia oral **ou 10 mg/ev na crise.**

DELIRIUM TREMENS

Diazepam: 60 mg/dia oral **ou**
Lorazepam 12 mg/dia oral.
Associar, se necessário, **haloperidol:** 5 mg/dia oral **ou**
clonidina: 0,1 à 0,2 mg/dia oral.

ALUCINOSE ALCOÓLICA

Haloperidol: 5 mg/dia

O QUE NÃO FAZER

Hidratar indiscriminadamente.
Administrar glicose.
Administrar Clorpromazina ou Fenil-hidantoína.
Aplicar Diazepam endovenoso, sem recursos para reverter uma possível parada respiratória.

Intoxicação Patológica

É uma intoxicação alcoólica seguida de agressividade e violência, não rotineiramente apresentadas pela pessoa. Em pacientes dependentes mais suscetíveis, esse tipo de reação pode ocorrer com a ingestão de pequenas quantidades de álcool, que seriam insuficientes para produzir intoxicação na maioria das pessoas (Edwards e col., 1999). O comportamento violento e agressivo geralmente se inicia de forma súbita, após o consumo de álcool. Outras características importante são: a) amnésia para os eventos que ocorreram, durante o estado de intoxicação; b) longo período de sono, que se instala após o episódio de agressividade; c) perda do controle dos impulsos (Laranjeira e col., 1996).

Alguns estudos enfatizam anormalidades eletroencefalográficas e outros sinais de dano cerebral, principalmente disfunção do lobo frontal. Outras possíveis causas subjacentes são a hipoglicemia induzida pelo álcool ou transtornos da personalidade (Edwards e col., 1999).

O diagnóstico diferencial se faz com as seguintes condições clínicas: a) Intoxicação alcoólica grave, b) fenômeno epiléptico, c) *delirium tremens*, d) distúrbio de comportamento após traumatismo craniano, e) transtorno conversivo (Laranjeira e col., 1996).

Alucinoze Alcoólica

Os pacientes com alucinoze alcoólica caracterizam-se clinicamente pela presença de alucinações visuais ou auditivas (por ex., cliques, ruídos imprecisos, trechos de músicas, rugidos, barulhos de sinos, cânticos e vozes), vívidas e de início agudo que se iniciam após a suspensão ou diminuição do consumo excessivo de álcool. As alucinações verbais consistem de vozes que podem falar diretamente com o paciente, ou então, podem fazer comentários sobre ele. As alucinações podem ser imperativas, ordenando ao paciente que realize alguma atividade contra à sua vontade (por ex., tentativa de suicídio). As vozes podem aparecer ou desaparecer de forma súbita ou ocorrerem de forma mais ou menos constante. Uma característica clínica importante é a ausência de alterações do nível de consciência, ou seja, as alucinações ocorrem num cenário de clara consciência. As alucinações podem ser acompanhadas por ilusões,

delírios, idéias de referência e alterações do afeto. Os delírios são, na verdade, tentativas de explicar as alucinações. Os pacientes não evoluem com hiperatividade autonômica. Alguns pacientes podem expressar medo, ansiedade e agitação psicomotora em resposta às experiências alucinatórias. Alterações da forma do pensamento, sistema delirante complexo e afeto inapropriado estão ausentes. A avaliação crítica de que as vozes são imaginárias e o teste da realidade estão preservados. Mesmo os pacientes que perdem o “insight” podem recuperá-lo quando as vozes diminuem. Na maioria dos casos, os sintomas remitem em horas, dias ou semanas, sendo que alguns sintomas podem persistir por meses. Os pacientes com história prévia de episódios de intoxicação alcoólica possuem maior risco para recorrência de um novo episódio, caso volte a ingerir álcool novamente (Laranjeira e col., 1996; Edwards, 1999).

Os diagnósticos diferenciais devem ser feitos com: a) *delirium tremens*, b) síndrome de abstinência alcoólica, c) transtorno delirante tipo paranóide, d) abuso de outras drogas, particularmente as anfetaminas, e) esquizofrenia paranóide. Muitas vezes, para descartar o uso de outras drogas, deve-se solicitar exames toxicológicos da urina. Alguns pacientes podem persistir por mais de 6 meses com os sintomas alucinatórios, evoluindo para um quadro delirante crônico ou esquizofrenia (Laranjeira e col., 1996; Edwards, 1999).

Os mecanismos neurofisiológicos envolvidos na alucinose alcoólica envolvem o aumento da atividade dopaminérgica, diminuição da atividade serotoninérgica, além de um possível papel das beta-carbolinas e dos ácidos graxos essenciais (Edwards, 1999).

O tratamento desses pacientes consiste na prescrição de haloperidol 2 a 5 mg, duas vezes ao dia durante alguns dias, principalmente entre os pacientes mais agitados. Na prática clínica, o diagnóstico diferencial pode tornar-se complicado, podendo optar-se por uma internação com o objetivo de avaliar o curso clínico afastando o paciente do álcool. Nessas circunstâncias, observa-se uma melhora gradual da sintomatologia com as alucinações verbais tornando-se menos persistentes (Laranjeira e col., 1996; Edwards, 1999).

Deficiência cognitiva associados ao álcool

As características clínicas de comprometimento cerebral associados ao uso de álcool variam de perdas cognitivas leves, detectadas somente em testes neuropsicológicos até danos graves que produzem demência. Geralmente, o comprometimento cerebral global é mais comum do que as lesões localizadas como no caso da síndrome de Wernicke-Korsakoff. As alterações psicológicas e radiológicas são parcialmente reversíveis após meses de abstinência. Mesmo os pacientes demenciais podem evoluir com melhora cognitiva durante a abstinência (Laranjeira e col., 1996).

As principais perdas cognitivas evidenciadas pelos exames neuropsicológicos são prejuízo da capacidade de resolver problemas, prejuízo da capacidade de abstração, rigidez mental, dificuldade para apresentar respostas sensoriomotoras complexas, redução da capacidade visuoespacial, dificuldade para manter a concentração e alterações da memória para eventos recentes. Os pacientes não conseguem absorver novas informações, devido ao prejuízo da memória para apreender novos materiais (por ex., dificuldade para lembrar nomes) (Laranjeira e col., 1996; Edwards, 1999).

Nos pacientes dependentes, que evoluem com demência os principais achados neuropsicológicos são prejuízo de leve a moderado na memória de curto e longo prazo, na aprendizagem, na organização e na abstração visual-espacial, assim como dificuldade na manutenção da tendência cognitiva e controle dos impulsos. Os resultados destes testes podem melhorar com a abstinência, entretanto algumas pedas cognitivas podem persistir por pelo menos 5 anos (Edwards, 1999).

Tratamento

Antes de instituir qualquer modalidade de tratamento é importante diagnosticar de forma correta a presença de perdas cognitivas entre os pacientes dependentes, principalmente os casos iniciais. A maioria desses danos ao tecido cerebral não é uma condição facilmente tratável. Portanto, é fundamental descartar outras causas orgânicas (por ex, deterioração pós-traumática da personalidade, encefalite e tumor cerebral) nem que seja preciso internar o paciente para submetê-lo à investigações neurológicas e psicológicas enquanto abstêmio (Edwards, 1999).

Os pacientes com dano cerebral grave podem beneficiar-se de uma internação a longo prazo, ou então, serem encaminhados a um lar abrigado que possa apoiá-los em suas necessidades básicas, já que o risco de novas recaídas é considerável. Os

pacientes que compõem esse subgrupo apresentarão grande dificuldade para responder aos programas de tratamento normalmente disponíveis na comunidade, principalmente quando se o regime terapêutico for exigente.

Os programas de tratamento específicos para esta subpopulação de pacientes dependentes devem abordá-los de forma diretiva enfatizando novas aprendizagens e interação social, que são as áreas de funcionamento mais prejudicadas pelas lesões do tecido cerebral. Não devem ser esquecidos os fatores situacionais na elaboração de um plano de tratamento (por ex., assegurar que o dinheiro seja gasto de forma adequada) (Edwards, 1999).

O tratamento é a abstinência prolongada. Apesar da falta de evidências claras, a suplementação com vitaminas do complexo B é recomendado, quando existe dano cerebral generalizado (Laranjeira e col., 1996).

MÓDULO 3

Tratamento Farmacológico e Não Farmacológico da Dependência do álcool

Introdução.

Na dependência de álcool não existe um tratamento único em virtude da complexidade de problemas orgânicos e psicossociais. Uma proposta alternativa de tratamento é organizar na comunidade diversos níveis de atenção à saúde ao longo de um *continuum*, envolvendo desde a rede básica até os serviços especializados (internação hospitalar, cuidados residenciais, pensões protegidas, hospital dia e serviços de tratamento ambulatorial).

O contato inicial com o paciente é o primeiro passo para um diagnóstico e tratamento bem sucedidos do paciente dependente de álcool. O médico pode se defrontar com esses pacientes em vários momentos de sua prática diária: na sala de emergência; no consultório; encaminhamentos; ou por meio de familiares que procuram ajuda para trazer o paciente.

Na sala de emergência.

O paciente em geral está intoxicado ou com complicações físicas graves da dependência. Reconhece-las é de fundamental importância para estabelecer o diagnóstico. O paciente geralmente nega ou minimiza o uso de bebida alcoólica. A abordagem na sala de emergência não deve se limitar apenas ao tratamento da complicação que o trouxe ao pronto-socorro. Na alta, o médico deve explicar ao paciente a relação do seu problema com o uso de álcool e encaminhá-lo para um tratamento ambulatorial.

No consultório

Também no consultório, o paciente pode procurar o médico clínico geral para tratar uma complicação decorrente do uso de álcool. Neste caso, o clínico deve estar apto à motivar o paciente ao tratamento também da dependência subjacente ao problema atual.

Se o paciente procura o médico para o tratamento da dependência propriamente dita, é mais fácil a abordagem e neste caso o clínico deve estar apto para planejar um tratamento. Nos casos mais graves deve-se fazer o encaminhamento para um serviço especializado.

Quando os familiares procuram o médico

Os familiares podem procurar ajuda do clínico para obter uma orientação sobre como trazer o paciente para o tratamento. As dificuldades em lidar com o paciente e a impotência sentida pela família devem ser abordados. A família devidamente orientada, por meio das estratégias discutidas nessa consulta poderá conseguir trazer o paciente posteriormente ao consultório.

Nos casos de embriagues freqüente, risco de vida pessoal ou ameaças a terceiros, o encaminhamento do paciente ao pronto socorro ou outro serviço especializado, será compulsório, para avaliar a indicação de intervenção mais intensiva como a internação hospitalar.

Intervenções não farmacológicas

Intervenções Breves

São intervenções que podem ser aplicadas na rede primária de saúde, aonde o diagnóstico é feito pelo médico clínico geral. Os casos de dependência moderada ou grave ou pacientes que apresentem comorbidade devem ser encaminhados aos serviços especializados. As intervenções breves tem se mostrado tão eficazes quanto às intervenções mais intensivas (Edwards, 1999).

Os objetivos principais das intervenções breves são motivar o paciente ao tratamento e uma vez que pare de usar o álcool, evitar as recaídas. Manuais de auto-ajuda podem ser fornecidos aos pacientes (Fleming, 1999)

Motivação

Para se iniciar qualquer tipo de intervenção é necessário que se tenha o diagnóstico do uso de álcool (dependência ou uso nocivo) e uma avaliação da motivação do paciente.

1. Como motivar o paciente

A grande maioria dos usuários de álcool e drogas, que procuram ou são encaminhados para tratamento encontram-se extremamente ambivalentes quanto a suspensão do consumo: ao mesmo tempo que desejam parar com o uso porque está lhes causando problemas, desejam continuar usando, porque lhes causa prazer. A ambivalência é um conflito psicológico que precisa ser superado durante o tratamento (Jungerman, 1999).

O papel do médico é ajudar o paciente a resolver essa ambivalência identificando os motivos que os levam a usar o álcool e os motivos pelos quais deveriam parar com o consumo. É muito comum o paciente ter uma visão dissociada dos efeitos bons e ruins que a bebida lhes causa. Quando vão beber têm um pensamento direcionado para o que a bebida vai lhes causar de bom naquele momento: “vai relaxar”; “vai esquecer o problema”;

“vai compartilhar momentos agradáveis com os amigos”; “vai se sentir mais desinibido” etc. Neste momento, o pensamento não evoca os efeitos ruins que podem ocorrer no momento da embriaguez: inadequação, irritação; sintomas de abstinência no dia seguinte; etc. O médico deverá ajudá - lo pensar nestes dois aspectos (bons e ruins) fazendo um balanço que o ajudará na decisão. O médico deve:

- Ajudar o paciente a imaginar a sua vida com e sem álcool, nos aspectos bons e ruins de cada alternativa.
- Elaborar cooperativamente com o paciente os objetivos principais do tratamento.

A motivação é um processo dinâmico, que pode ser influenciado por vários fatores. A conduta do médico frente a esta ambivalência é muito importante. Ele deve ser empático, paciente, ativo e firme neste momento da intervenção.

Segundo Diclemente e Prochaska (Laranjeira e col., 1996) existem sete estágios de modificação comportamental, que ocorrem durante o processo de mudança: a)Pré-contemplação; b)Contemplação; c)Preparação; d)Determinação; e)Ação; f)Recuperação; g)Recidiva. Baseados nesses estágios é possível empregar medidas terapêuticas com a finalidade de vencer as resistências do paciente, fazendo-o avançar no reconhecimento de seu problema e promover uma mudança. A **figura 2** ilustra estes estágios.

Pré-contemplação

Nesta fase do tratamento, os pacientes apresentam pouca ou nenhuma preocupação com os problemas associados ao uso de álcool. A maioria deles não deseja modificar os próprios comportamentos, pois acha que não possui qualquer tipo de problema relacionado ao consumo excessivo de álcool. Muitas vezes são pressionados pelos familiares a procurarem tratamento. É importante neste momento, auxiliá-los na avaliação dos problemas. (Samet, 1997; McConaughy, 1983).

Contemplação

Na “contemplação”, os pacientes já se preocupam com os problemas associados ao uso de álcool porém não apresentam um plano para modificar comportamento. Estão começando a conscientizar-se, ou então, preocupar-se com as conseqüências adversas do consumo excessivo de álcool. É comum, que os pacientes busquem informações sobre os problemas causados pelo uso, com visando a compreensão das dificuldades

pelas quais está passando. Entretanto, o paciente ainda não se engajou num plano para modificar os seus comportamentos (Samet, 1997; McConnaughy, 1983).

Medidas Terapêuticas

- Listar as vantagens e desvantagens do consumo e o registro diário das recaídas podem ser medidas úteis.
- Reforçar os motivos para se tratar.

Preparação

Na “preparação”, os pacientes preocupam-se com os problemas associados ao uso de álcool, inclusive com um plano para se tratar. Nesse estágio, a decisão de modificar seu comportamento é assumida, porém ainda não foi acionado o plano de tratamento (Samet, 1997; McConnaughy, 1983).

Medidas Terapêuticas

- Reforçar a crença de que pode modificar o seu comportamento-problema.

Determinação

Na “determinação”, o paciente coloca em prática o plano para modificar o comportamento-problema, engajando-se ativamente num programa de tratamento. (Samet, 1997; McConnaughy, 1983).

Medidas Terapêuticas

- Nessa ocasião, pode-se oferecer ao paciente informações acerca dos vários tipos de tratamento atualmente disponíveis.

Ação

Na “ação”, o paciente inicia o tratamento ao interrompe o uso, sendo ajudado a escolher o tratamento ideal.

Manutenção

Na “manutenção”, os pacientes os pacientes rediscutem seus objetivos e a mudança de comportamento fazendo uma avaliação dos resultados.

A identificação da fase em que se encontra o paciente é de fundamental importância no direcionamento da terapêutica não farmacológica. Se o paciente se encontra numa fase de pré contemplação, ele não se reconhece como dependente e nem relaciona os seus problemas ao uso de bebida. Estabelecer, neste caso, tão somente estratégias de prevenção ao uso da substância (como evitar ir ao bar ou evitar situações que o lembre da bebida) não são eficazes. O paciente precisa estar convencido e relacionando os seus problemas ao uso do álcool. Só a partir desse momento, vai conseguir tomar atitudes e ações que o previnam do uso.

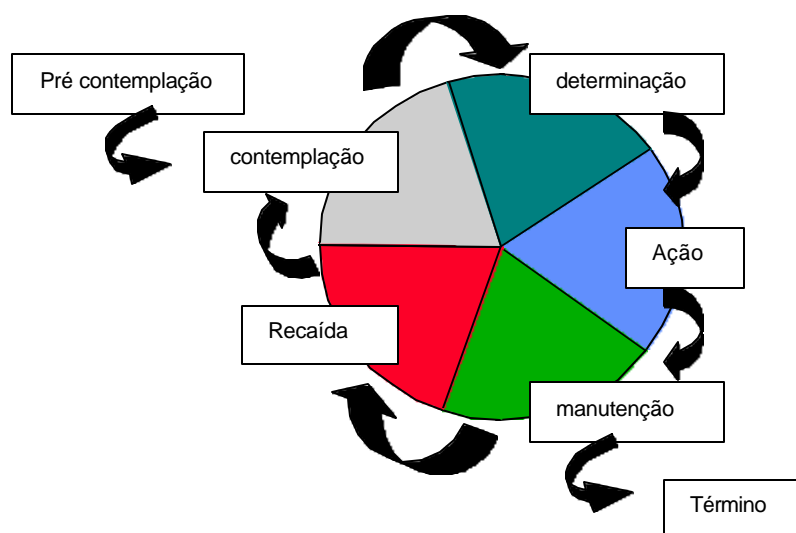


Figura 2: Esquema do processo de mudança do comportamento

Recaída x lapso

Entre a abstinência e a recaída existe uma área cinzenta - o lapso. É definido como sendo uma falha (um escorregão), sem que o uso da substância atinja os níveis anteriores à abstinência. Se o paciente voltar a usar a drogas nos mesmos padrões que usava antes de parar, recaiu. Antes da recaída existe o lapso, que não necessariamente precisa terminar numa recaída.

A recaída é a volta ao consumo de bebida nos mesmos padrões anteriores à abstinência. Ela não significa um fracasso, mas deve ser entendida e discutida para se evitar próximas recaídas. A figura 3 representa o lapso entre a abstinência e recaída.



Figura 3: Esquema do processo de recaída passando pelo lapso

Intervenção breve

Existem cinco passos a serem seguidos na aplicação de uma Intervenção Breve (Fleming, M e col. 1999):

1 Avaliação e feed back: A aplicação de questionário para triagem do problema é o primeiro passo. O CAGE ou AUDIT auxilia o médico nessa avaliação. É importante ter em mente os critérios diagnósticos de dependência e uso nocivo. Uma vez estabelecido o diagnóstico o médico deve dar um retorno ao paciente sobre o resultado da avaliação efetuada, tanto com relação ao uso da bebida de alcoólica quanto aos outros diagnósticos (hipertensão, gastrites, neuropatias etc.). Se o paciente tiver com sintomas de abstinência deve se iniciar pela desintoxicação seguindo o Consenso sobre SAA (Síndrome de Abstinência de Álcool).

2 Negociação da meta de tratamento: O profissional deve estabelecer uma meta de tratamento em acordo com o paciente. Se o paciente esta fazendo uso nocivo o médico pode sugerir como meta o beber controlado. Se o paciente tiver uma dependência já instalada a melhor meta é a abstinência.

3 Técnicas de modificação de comportamento: É muito importante que o médico reconheça o estado de motivação do paciente. Isto vai ajudar na manutenção da meta

estabelecida. Se o paciente esta numa fase pré contemplativa, ou seja, ainda não se reconhece como dependente ou que seus problemas tem relação com o seu uso de álcool, o médico deve motiva-lo para tratamento. O paciente precisa antes de estabelecer mudanças no seu comportamento, estar convencido de que a quantidade que esta bebendo esta lhe causando prejuízos. O quadro I mostra o balanço entre os prós e contras relacionados ao uso de álcool. A avaliação laboratorial e investigação das áreas de vida com problemas relacionados ao consumo auxiliam neste momento.

QUADRO I : Quadro para avaliação dos riscos e benefícios de usar o álcool

	Usar	Parar de usar
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • “relaxa” • Reúne os amigos • Esquece os problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • melhora o desempenho no emprego. • Melhora a relação com a família . • Economiza dinheiro • Melhora a saúde. •
Desvantagem	<ul style="list-style-type: none"> • Perde o controle e a crítica do que faz. • Coloca em risco a saúde física. • Sente-se deprimido no dia seguinte. • Ressaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Perde os amigos . • Não sei como me divertir sem o álcool.

Se o paciente esta numa fase contemplativa, ou seja, sabe que a bebida esta prejudicando, mas ainda não consegue estabelecer nenhuma mudança de comportamento, o médico pode dar instruções objetivas com relação a mudança da rotina e ambiente: não ter bebida em casa, não freqüentar ambientes onde só se bebe, evitar a companhia dos amigos que bebem.

4 Material de auto - ajuda

O médico pode fornecer ao paciente material didático informativo sobre uso de álcool.

5 Seguimento

Para garantir a efetividade a longo prazo o profissional o seguimento após a alta deve ser bem planejado, que pode ser uma visita mensal ao consultório ou uma visita domiciliar onde exista este tipo de atendimento ou um telefone podem ser efetivos.

Estrutura das sessões

Os componentes da intervenção breve podem ser incorporados em uma consulta com duração de 10 a 15 minutos. O número de visitas varia de acordo com a gravidade. Se o paciente faz um uso nocivo, estudos tem demonstrados que três ou quatro visitas podem ser suficientes. Se o paciente apresenta sintomas de abstinência, só na primeira semana pode ser necessária duas visitas. Se os sintomas forem leves, uma visita por semana por três semanas e mais uma visita por mês por três ou quatro meses ao consultório são suficientes. Abaixo estão exemplos de intervenções seguindo os passos descritos anteriormente.

1. Primeira consulta : Avaliação e feed back

- ❖ questões com relação ao consumo de álcool visando estabelecer um diagnóstico de dependência e uso nocivo. (Quanto, com que frequência, quando, Com quem, quais os estímulos ambientais?)
- ❖ Avaliação médica geral. Se houver ideação suicida ou algum outro problema médico considerar o encaminhamento ao especialista.
- ❖ Pedido de exames complementares
- ❖ Alguns exemplos de intervenção e feed back:
 - ❖ *Como seu médico estou preocupado com a quantidade que o Sr esta bebendo e como isto esta afetando sua saúde*
 - ❖ *Menos que 10 por cento das pessoas bebem como o você*

- ❖ *Você está bebendo álcool num nível considerado de alto risco para a sua saúde*
- ❖ Nesta primeira sessão já é possível estabelecer uma meta: tratamento da síndrome de abstinência, beber seguro ou abstinência e combinar com o paciente a próxima consulta. Para negociação da meta, segue exemplos de intervenções:
 - ❖ *Você precisa reduzir a quantidade que está bebendo*
 - ❖ *O que você acha de tentar diminuir para dois ou três drinks por semana*
 - ❖ *O que você acha de tentar reduzir a quantidade que vem bebendo no próximo mês.*

2. Segunda consulta

- ❖ Avaliação do consumo do álcool desde a última consulta. Se o paciente não conseguiu cumprir a meta, quais as dificuldades que encontrou.
- ❖ Avaliar o resultado dos exames complementares
- ❖ Reforçar a meta a ser seguida
- ❖ Fornecer material para leitura e auto ajuda
- ❖ Preenchimento do quadro de vantagens e desvantagens de beber (quadro I).
- ❖ Agendar a próxima consulta

3. Terceira consulta

- ❖ Avaliação do consumo do álcool desde a última consulta.
- ❖ Avaliar o quadro de vantagens e desvantagens.
- ❖ Se algum exame estiver alterado, por exemplo o GGT e o paciente já estiver diminuindo a bebida, repetir o exame. Isto serve para avaliar a melhora e mostrar de forma objetiva (em números) ao paciente as alterações hepáticas antes e depois da diminuição do consumo do álcool.
- ❖ Alguns exemplos de intervenção visando modificação do comportamento
 - ❖ *Aqui está um lista de situações que fazem as pessoas beberem e algumas vezes perderem o controle. Vamos conversar sobre os caminhos que você pode evitar tais situações*

- ❖ *Você identifica um membro da sua família ou amigo que possa ajudar você evitar as situações que fazem você beber?*

4. Quarta consulta

- ❖ Avaliar o uso de álcool desde a última consulta.
- ❖ Rever os pontos de maior dificuldade para enfrentar as situações de risco, e discutir estratégias para enfrentá-las
- ❖ Avaliar o progresso do tratamento até o momento e considerar o encaminhamento para centro especializado se necessário.

Intervenções Farmacológicas

Os principais objetivos das intervenções farmacológicas nos transtornos relacionados ao álcool são: a) Reverter os efeitos farmacológicos do álcool; b) Tratar e prevenir as complicações da abstinência do álcool e c) Manutenção da abstinência e prevenção das recaídas, por meio da redução do desejo para ingerir álcool; redução do consumo ao tornar a ingestão de álcool desagradável e tratamento da comorbidade psiquiátrica (Samet, 1997).

Nos últimos anos as intervenções farmacológicas têm-se concentrado na reabilitação e prevenção de recaídas, através das suas ações sobre o desejo compulsivo para beber e na perda do controle sobre a bebida com a finalidade de manter a abstinência obtida na desintoxicação (Samet, 1997; Laranjeira e col., 1996).

A dependência do álcool possui taxas elevadas de transtornos ansiosos e depressão, que podem influir no prognóstico do paciente, já que os mesmos podem recair em resposta aos níveis de ansiedade e depressão exacerbados. Portanto, o tratamento eficaz desses sintomas com agentes farmacológicos podem resultar numa redução do consumo de álcool e dos problemas associados.

Sensibilizantes ao Álcool (Dissulfiram)

No Brasil o sensibilizante ao álcool atualmente empregado para impedir que o paciente beba através de uma reação de aversão, é o dissulfiram. Os pacientes devem ser orientados a evitarem todas as fontes de álcool como soluções para limpeza oral e vinagre.

Esta medicação atua inibindo a enzima hepática aldeído-desidrogenase (ALDH), que catalisa a oxidação do acetaldeído em acetato, subprodutos do metabolismo do álcool. O aumento dos níveis sanguíneos de acetaldeído provoca uma reação aversiva caracterizada clinicamente por rubor facial, cefaléia pulsátil, náuseas, vômitos, dor torácica, palpitações, taquicardia, fraqueza, turvação visual, hipotensão arterial, tontura e sonolência. Nas reações graves, os pacientes (principalmente aqueles mais susceptíveis) podem exibir *delirium*, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, depressão respiratória e convulsões (Samet, 1997).

O grupo de pacientes que mais se beneficiam deste tratamento são: os pacientes mais velhos, altamente motivados, sem doenças físicas graves, estáveis do ponto de vista social, que necessitam de um auxílio externo para ajudar na sua decisão. Devem estar participando de um programa de tratamento que empregue estratégias para aumentar a adesão ao dissulfiram. É importante a adesão e aceitação do paciente para o sucesso do tratamento (Laranjeira e col., 1996).

Contra-indicações

As principais contra-indicações ao dissulfiram são: a) Condições clínicas que aumentam o risco da reação do dissulfiram com o etanol (por ex., doença vascular cerebral, doença cardiovascular, doença pulmonar graves, insuficiência renal, cirrose com hipertensão porta (por causa do risco de hemorragia visceral causado pelos vômitos durante a reação aversiva) e aterosclerose oculta (principalmente entre indivíduos acima de 60 anos e diabéticos); b) Condições clínicas que podem ser agravadas pelo dissulfiram (por ex., transtornos psicóticos, transtornos depressivos (pode agravar os sintomas psicóticos e depressivos), neuropatia periférica (sabe-se que o próprio dissulfiram pode causar neuropatia periférica) e distúrbios convulsivos idiopáticos (risco de diminuição do limiar convulsivo); c) Síndromes mentais orgânicas, devido à redução da capacidade dos

pacientes de compreenderem ou lembrarem-se dos riscos das reações aversivas do dissulfiram com o etanol; d) Gravidez, devido aos riscos de anomalias congênitas (Samet, 1997).

Precauções

As principais precauções a serem adotadas com a prescrição de dissulfiram são as interações com o uso concomitante dos antagonistas dos receptores α -adrenérgicos ou β -adrenérgicos e vasodilatadores, que são medicações utilizadas na regulação da pressão arterial. O dissulfiram pode ser empregado nos pacientes com história de convulsões associadas à abstinência desde que seja descartado a presença de um distúrbio convulsivo idiopático (Samet, 1997).

Nos pacientes que exercem atividades que necessitam de atenção (por ex., operar máquinas) deve-se tomar as devidas precauções (tais como, restringir inicialmente nos finais de semana e à hora de deitar a medicação), já que o dissulfiram pode provocar sonolência. Caso a sonolência persista depois de 3 dias de tratamento a medicação deve ser interrompida.

Antes de prescrever o dissulfiram é importante solicitar provas de função hepática devido à um efeito hepatotóxico idiossincrático raro, porém potencialmente fatal. Além disso, os sintomas sugestivos de hepatotoxicidade e os exames sanguíneos devem ser repetidos à cada 2 semanas, 3 meses, 6 meses e duas vezes no ano, durante o tratamento com dissulfiram. Geralmente a hepatotoxicidade ocorre nos primeiros 3 meses de tratamento.

Orientações Clínicas

A dose habitual é de 250 mg ao dia em dose única diária, após um intervalo de pelo menos 24 horas sem beber. Alguns pacientes podem beneficiar-se com doses de 500 mg ao dia.

Interações Medicamentosas

O dissulfiram interfere com a biotransformação dos seguintes medicamentos: warfarina; fenitoína; isoniazida; rifampicina; diazepam; clordiazepóxido; imipramina e desipramina, cujos níveis plasmáticos devem ser monitorizados junto com o tempo de protrombina (naqueles pacientes tratados com warfarina).

Agentes Anti-craving

O “*craving*” é um fenômeno fisiológico que sofre influência de fatores ambientais, sociais e emocionais, que contribuem para a inabilidade dos dependentes ficarem abstinidos, vulnerabilizando-os para a recaída (Laranjeira e col., 1996).

Naltrexone

Baseando-se em estudos animais demonstrando que a regulação do consumo de álcool pode ter envolvimento de opióides endógenos, vários pesquisadores vêm investigando os efeitos de uma antagonista opióide, o naltrexone, na prevenção de recaídas. Os antagonistas opióides devem ser usados como parte de um programa de tratamento que inclua aconselhamento ou psicoterapia. Portanto, são pouco eficazes quando usados isoladamente. O oferecimento de intervenções psicossociais (por ex., aconselhamento, treinamento de habilidades sociais, prevenção de recaída e entrevista motivacional) associado às intervenções farmacológicas aumentam a eficácia e a adesão ao tratamento (Samet, 1997; Laranjeira e col., 1996).

Indicações

O naltrexone reduz o desejo para beber, aumenta as taxas de obtenção e manutenção de abstinência, diminui os riscos de recaída, reduz o consumo excessivo (evidenciado pelos níveis mais baixos de GGT) e bloqueia os efeitos reforçadores do álcool (por ex., sensação de estar menos intoxicado), que podem desencadear uma perda do controle do próprio consumo, quando associados ao tratamento psicossocial ((Samet, 1997)

Contra-indicações

As principais contra-indicações ao naltrexone são: a)Hepatite aguda; b)Insuficiência hepática; c)Dependência de opióides ou abstinência de opióides, já que o naltrexone pode desencadear uma síndrome de abstinência grave nesses pacientes; d)Necessidade de usar medicamentos opióides. A gravidez e uso em pacientes adolescentes são considerados contra-indicações relativas, aonde devem ser levados em consideração os riscos e benefícios do tratamento. Há de ressaltar-se que o uso de naltrexone em pacientes adolescentes, mulheres e gestantes necessitam de estudos que ainda não foram realizados.

O aumento leve dos níveis séricos das transaminases não contra-indicam o seu emprego. Entretanto, a monitorização mensal dos valores da bilirrubina e das transaminases séricas nos 3 primeiros meses, e depois a cada 3 meses é suma importância. Monitorizações mais freqüentes devem ser indicadas, quando as transaminases estiverem elevadas. O naltrexone deve ser suspenso, quando as elevações das enzimas hepáticas persistirem, salvo se os aumentos forem brandos e atribuídos ao consumo atual de álcool.

Efeitos Adversos

Nas doses acima de 50 mg diários pode induzir hepatotoxicidade dose-dependente, o que contra-indica o seu uso em pacientes com hepatite aguda e insuficiência hepática. Os principais efeitos adversos são: a) Náuseas (10% dos casos), que geralmente coincide com os níveis plasmáticos atingidos em 90 minutos depois da administração; b) Cefaléia; c) Vertigem; d) Ansiedade e irritabilidade; e) Fadiga; f) Insônia; g) Vômitos; h) Sonolência.

Orientações Clínicas

A maioria dos estudos clínicos empregaram o naltrexone por 12 semanas. A decisão de continuar com o medicamento após este período baseia-se na avaliação clínica, levando-se em consideração as alterações que foram realizadas para manter a abstinência, histórias prévias de respostas ao tratamento e o interesse do paciente em continuar usando a medicação. Nos pacientes dependentes de opióides, o naltrexone pode ser administrado por pelo menos 6 meses.

A posologia recomendada é 50 mg diários. Para diminuir a gravidade dos efeitos adversos pode-se iniciar com 25 mg diários nos 2 primeiros dias, aumentando a dose para 50 mg diários se for tolerada. Supõem-se que doses de até 100 mg diários possam ser mais eficazes no tratamento da SDA, porém necessitam-se de mais estudos para confirmar esta afirmação. Para aumentar a aderência ao tratamento, solicita-se ao paciente ingerir a medicação pela manhã (por ex., junto com o desjejum), principalmente quando o paciente bebe ao anoitecer.

O naltrexone deve ser prescrito depois que a SAA for controlada e estabilizada. Para os pacientes com história prévia de abuso de heroína é necessário de pelo menos

um período mínimo de 7 dias de abstinência, com vista a prevenir a síndrome de abstinência. Nos pacientes tratados com metadona recomenda-se um período de abstinência maior (10 a 14 dias).

Interações Medicamentosas

As interações medicamentosas de maior relevância clínica são com as seguintes medicações: a) Dissulfiram, devido ao potencial dos efeitos hepatotóxicos de ambos os medicamentos; b) Tioridazina, com piora da letargia e sonolência quando associa-se o naltrexone. O uso concomitante de naltrexone e antidepressivos não aumenta a incidência de efeitos adversos.

Nos pacientes que necessitam de medicamentos para controle da dor deve-se priorizar outros analgésicos não-opiáceos (por ex., antiinflamatórios não-esteróides). Contudo, nos casos de dor grave procura-se utilizar um analgésico opióide de ação rápida com monitorização num ambiente equipado com ressuscitação cardiopulmonar, já que a depressão respiratória resultante pode ser mais profunda e grave. Os pacientes que serão submetidos à cirurgias eletivas e analgésicos contendo opióides no pós-operatório devem ser alertados para suspenderem o naltrexone pelo menos 72 h antes da cirurgia.

O subgrupo de pacientes com características clínicas favoráveis para uma boa resposta terapêutica ao tratamento com naltrexone associado a psicoterapia são:

- a) Níveis graves de desejo compulsivo para beber;
- b) Nível educacional baixo;
- c) Déficits cognitivos;
- d) História familiar de alcoolismo entre parentes de primeiro grau. Contudo, deve-se chamar a atenção que esses dados basearam em estudos com alcoolistas sem comorbidade psiquiátrica com outros transtornos mentais e abuso de drogas ilícitas.

Acamprosato

Acamprosato (acetil-homotaurinato de cálcio) é a outra medicação aprovada para o tratamento da dependência de álcool. Estudos recentes sugerem que sua eficácia decorra de antagonismo na neurotransmissão do receptor N-Metil-D-Aspartato (NMDA). O acamprosato diminui o fluxo de cálcio e a eficácia pós sináptica desses neurotransmissores excitatórios (NMDA), diminuindo portanto a excitabilidade neuronal (Zieglgansberger e col, 1992, 1996).

O Acamprosato demonstrou sua eficácia em reduzir o consumo de álcool em modelos animais e em alguns grandes estudos duplo - cego controlados com placebos realizados na Europa (Soyka e col, 1998).

É uma droga segura que não interage com o álcool ou o diazepam parece não Ter nenhum potencial de causar dependência. A dose é 1998 mg (2 comprimidos de 333 mg 3 vezes ao dia) para um peso corporal acima de 60 kg. Não deve ser prescrito para indivíduos com insuficiência hepática ou renal.

QUANDO AS COISAS ESTÃO DIFÍCEIS

1. O paciente diz que não bebe e a família afirma o contrário

Algumas vezes é necessário fazer um contato com a família sobre o andamento do tratamento, porque pacientes pouco motivados podem estar bebendo e tendo problemas em casa. Quando isso acontece, o médico deve abordar a questão de forma objetiva e clara sem medo de dizer o que se está percebendo ou o que a família está dizendo. Deve-se tomar o cuidado para não confrontar paciente e família. Podem ser usadas frases do tipo: “Eu estou percebendo que o Sr. tem bebido e tem dificuldade de dizer isso à mim. Qual seria a dificuldade? O Sr. tem medo que eu o reprove? “ ou “estou percebendo que o Sr. tem bebido e não consegue falar sobre esse assunto. Fico preocupado com o Sr. porque vejo que não está melhorando” ou “Pelo que sua família acabou de dizer o Sr. não tem conseguido ficar sem beber, eu também estou percebendo isso, acho que devemos fazer alguma coisa. Que motivos o Sr. tem pra continuar bebendo e que motivos teria para parar?”

Qualquer dificuldade durante o tratamento deve ser encarada com franqueza e objetividade. Conversar sobre as dificuldades é o primeiro passo para resolução delas.

2. O paciente continua bebendo e freqüentando às consultas

Algumas vezes o paciente continua freqüentando as consultas e não consegue parar com o uso do álcool. Quando isso ocorre o médico pode sugerir e discutir com o paciente uma internação nova estratégia que pode ser uma internação domiciliar ou hospitalar para desintoxicação. Às vezes a dificuldade em parar está no fato que o paciente não tem uma rede social fora do meio onde tem bebida alcoólica. Todos os amigos são dependentes e o único lugar que freqüenta é o bar ou casa de amigos que bebem. Neste caso a internação hospitalar pode ser uma alternativa.

3. Recaídas

A recaída é tão freqüente que faz parte do processo terapêutico saber lidar com elas. Ela não significa o fracasso do tratamento. Ela deve ser discutida para que sirva de aprendizado. Neste caso o médico deve identificar as coisas comuns nas recaídas e auxiliar o paciente propondo novas estratégias. Deve-se também identificar comorbidades com depressão. Casos mais complexos podem ser encaminhados ao especialista.

4 Abandono

É comum ocorrerem faltas às consultas principalmente se ocorrerem recaídas. Um telefonema ou telegrama feito por qualquer membro da equipe podem ajudar o paciente a retomar o tratamento. Nesse caso deve-se pesquisar as causas da falta. Em geral o paciente aponta barreiras tais como horários incompatíveis, dificuldade de locomoção e falta de dinheiro para transporte, mas a verdadeira causa é a recaída. Em alguns casos a dificuldade de comparecimento é o constrangimento pela violação do contrato ou confiança estabelecidos. Mesmo que o paciente não aponte essas causas elas devem ser investigadas com perguntas diretas e objetivas. Questões como: “O Sr. se sentiu constrangido em vir aqui e me dizer da sua recaída ou lapso?” podem ajudar o paciente a dizer a respeito de suas dificuldades.

Bibliografia

- ABBOTT, P.J.; QUINN, D.; KNOX, L. Ambulatory Medical Detoxification for Alcohol. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 21(4) pp. 549-563(1995).
- CID - 10 ; Classificação de Transtornos Mentais da CID - 10 ;Organização Mundial da Saúde; 1ª edição, Porto Alegre (RS); Artes Médicas,1993.
- CLARCK ,WD. Alcoholism : Blocks to diagnosis and treatment. *.Am J. Med*,71: 275 - 286. 1981.
- CLEARY, P. D. ; MILLER, M; BUSH , B.T. ;WARBURG , M.M.; DELBANCO ,T. L. & ARONSON, M. D. Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population. *American Journal of Medicine* 85:466-471. 1998.
- CHAPPEL, J. N; Training of residents and medical students in the diagnosis and treatment of dual diagnosis patients. *Journal of Psychoactive Drugs* 25 (4) : 293 - 300. 1993.
- COLLINS, M.N.; BURNS, T.; PETER, A.H.; BERK, V.D.; TUBMAN, G.F. (1990) A Structured Programme for Out-patient Alcohol Detoxification. *British Journal of Psychiatric*. 156, 871-874.
- DSM IV ; Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ; *American Psychiatric Association*; 4ª edição , Porto Alegre (RS); Artes Médicas, 1995.
- EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J. & COOK, C.C.H. *O tratamento do alcoolismo: Um Guia para Profissionais da Saúde*. 3ª edição. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1999.
- FIGLIE, N B; PILLON, S C ; LARANJEIRA, R R ; DUNN, J; AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral ? ; *J bras Psiq*. 46 (11): 589-593. 1997
- FLEEMAN, N.D. Review. Alcohol Home Detoxification: A Literature Review. *Alcohol & Alcoholism*, Vol. 32, nº 6, pp. 649-656. (1997) Medical Council on Alcoholism.
- FLEMING, M; MANVEL,L. B.;Brief intervention in primary care settings; *Alcohol Research & health*; 128 – 137(1999)
- GALANTER , M.. Postgraduate Medical education in substance abuse : na international perspective on dissemination of treatment research. *WHO - NYO Working Group*.1998.
- JUNGERMAN, F S; LARANJEIRA, R R ; Entrevista Motocional: Bases teóricas e práticas; jornal brasileiro de psiquiatria, 1999.
- KLAMEN, DEBRA, L, MD & MILLER, NORMAN, S, MD; Integration in Education for Addiction Medicine. *Journal of Psychoactive Drugs* ;29(3) : 263-268. 1997.
- KAPLAN, H I; SADOCK,B J ; Compendio de Psiquiatria, Artes médicas, 6ª edição, 1995
- LARANJEIRA, R.R. & NICASTRI, S. Abuso e Dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.P.; DRACU, L. & LARANJEIRA, R.R. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1996.
- MARLATT, G A ; GORDON , J R ; Prevenção da recaída - estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos; Porto Alegre (RS), Artes Médicas , 1993.
- ROMACH, M.K.; Sellers, E.M. Management of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Annu. Rev. Med*. 42:323-40 (1991)

- MCKAY, J.R.; Cacciola, J.S.; McLellan, A.T.; Alterman, A.I; Wirtz, P.W. (1997) An initial evaluation of the psychosocial dimensions of the American Society of Addiction Medicine criteria for inpatient versus intensive outpatient substance abuse rehabilitation. *Journal of Studies on Alcohol*. 58(3): 239-52.
- MONTGOMERY, S. A . *Eur Arch psychiatry clin Neuroci*, 249 (suppl) 1:5 - 56 , 1999.
- SAMET, J. H.; O'CONNOR, P. G. & STEIN, M. D. *Clínicas Médicas da América do Norte: Abuso de álcool e de outras drogas*. 1nd ed. Rio de Janeiro (RJ): Interlivros, 1997
- RAMOS, S P; BERTOLOTE, J M; *Alcoolismo Hoje*; Porto Alegre (RS); Artes Médicas, 1997.
- WALSH, R. A. ; Medical Educacion About alcohol : Review of its role and efectiveness. *Alcohol & Alcoholism* 30 (4): 689-702. 1995.
- W.H.O Substance- Abuse for Helth professionals - *Reports on a W.H. consultation* , Viena. 1987.
- WILLIAN, D.; McBride, A. (1998) The Drug Treatment of Alcohol Withdrawal Symptoms: A Systematic Review. *Alcohol & Alcoholism*. Vol 33, n2, pp.103-115.
- WISEMAN, E.J.; HENDERSON, K.L.; BRIGGS, M.J. (1997) Outcomes of patients in a VA ambulatory detoxification program. *Psychiatric Services*. 48(2), 200-3.
- ZIEGLGANSBERGER W, e col, actions of Acamprosate on neurons of the central nervous system. En: Sokyam, ed. *Acamprosate in relapse prevencion of alcoholism*. Springer, Berlin, Heidelberg, new York, 1996

ANEXOS

AUDIT – the alcohol Use Disorder Identification test

Nome: _____

Data: _____

1. Qual a frequência do seu consumo de bebida alcoólica?

- | | |
|---|-----------------------------|
| 0 | Nenhuma |
| 1 | Uma ou menos de uma por mês |
| 2 | 2 a 4 vezes por mês |
| 3 | 2 a 4 vezes por semana |
| 4 | 4 ou mais vezes por semana |

2. Quantas doses você consome num dia típico quando você esta bebendo?

- | | |
|---|------------|
| 0 | Nenhuma |
| 1 | 1 ou 2 |
| 2 | 3 ou 4 |
| 3 | 5 a 6 |
| 4 | 7 a 9 |
| 5 | 10 ou mais |

3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses numa ocasião?

- | | |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente |
| 3 | Semanalmente |
| 4 | Diariamente |

4. Com que frequência nos últimos doze meses, você percebeu que não conseguia para de beber
Uma vez que havia começado ?

- | | | | |
|---|-----------------------|---|--------------|
| 0 | Nunca | 3 | Semanalmente |
| 1 | Menos que mensalmente | 4 | Diariamente |
| 2 | Mensalmente | | |

5. Quantas vezes nos últimos 12 meses você deixou de fazer o que era esperado
devido ao uso de bebida alcoólica ?

- | | |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente |
| 3 | Semanalmente |
| 4 | Diariamente |

6. Quantas vezes no último mês você precisou de uma dose pela manhã para se sentir
Melhor depois de uma bebedeira ?

- | | | | |
|---|-----------------------|---|--------------|
| 0 | Nunca | 3 | Semanalmente |
| 1 | Menos que mensalmente | 4 | Diariamente |

- 2 Mensalmente
7. Quantas vezes nos últimos doze meses, você se sentiu culpado
Ou com remorsos depois de beber ?
- | | |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente |
| 3 | Semanalmente |
| 4 | Diariamente |
8. Quantas vezes nos /últimos doze meses você esqueceu o que aconteceu o que aconteceu
Na noite anterior porque estava bebendo :
- | | |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente |
| 3 | Semanalmente |
| 4 | Diariamente |
9. Você já foi criticado pelos resultados de sua bebedeiras ?
- | | |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente |
| 3 | Semanalmente |
| 4 | Diariamente |
10. Algum parente, amigo ou médico ou outro profissional da saúde referiu-se às suas bebedeiras
ou sugeriu a para de beber /
- | | |
|---|-----------------------|
| 0 | Nunca |
| 1 | Menos que mensalmente |
| 2 | Mensalmente |
| 3 | Semanalmente |
| 4 | Diariamente |
- Escore _____

CAGE

1. Alguma vez o Sr sentiu que deveria diminuir (**cut down**) a quantidade de bebida ou parar de beber?
2. As pessoas o aborrecem (**anoyed**) porque criticam o seu modo de beber?
3. O Sr se sente culpado (**guilty**) ou chateado consigo mesmo pela maneira com que costuma beber?

4. O Sr costuma beber pela manhã (**eye-opener**) para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Nome: _____ Data: _____
 Pulso ou FC: _____ PA: _____ 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 e os dedos 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, formigamentos, pinicações?
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?
6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?
- | | | | |
|---|------------|---|-----------------------|
| 0 | Não | 4 | Alucinações moderadas |
| 1 | Muito leve | 5 | Alucinações graves |
| 2 | Leve | 6 | Extremamente graves |
| 3 | Moderado | 7 | Contínua |
7. Você se sente nervoso (a)? (observação)
- | | |
|---|---|
| 0 | Não |
| 1 | Muito leve |
| 4 | Leve |
| 7 | Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo? |
8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?

0	Não
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderado

4	Moderado / grave
5	Grave
6	Muito grave
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? (observação)

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

Score_____