

CONSUMO SEM RISCO



HOMEM

3 U / dia

24 g. álcool/dia

2,5 dl vinho (12º)

5 dl cerveja (6º)

0,6 dl aguardente (45º)

MULHER

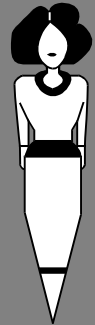
2 U / dia

16 g. álcool/dia

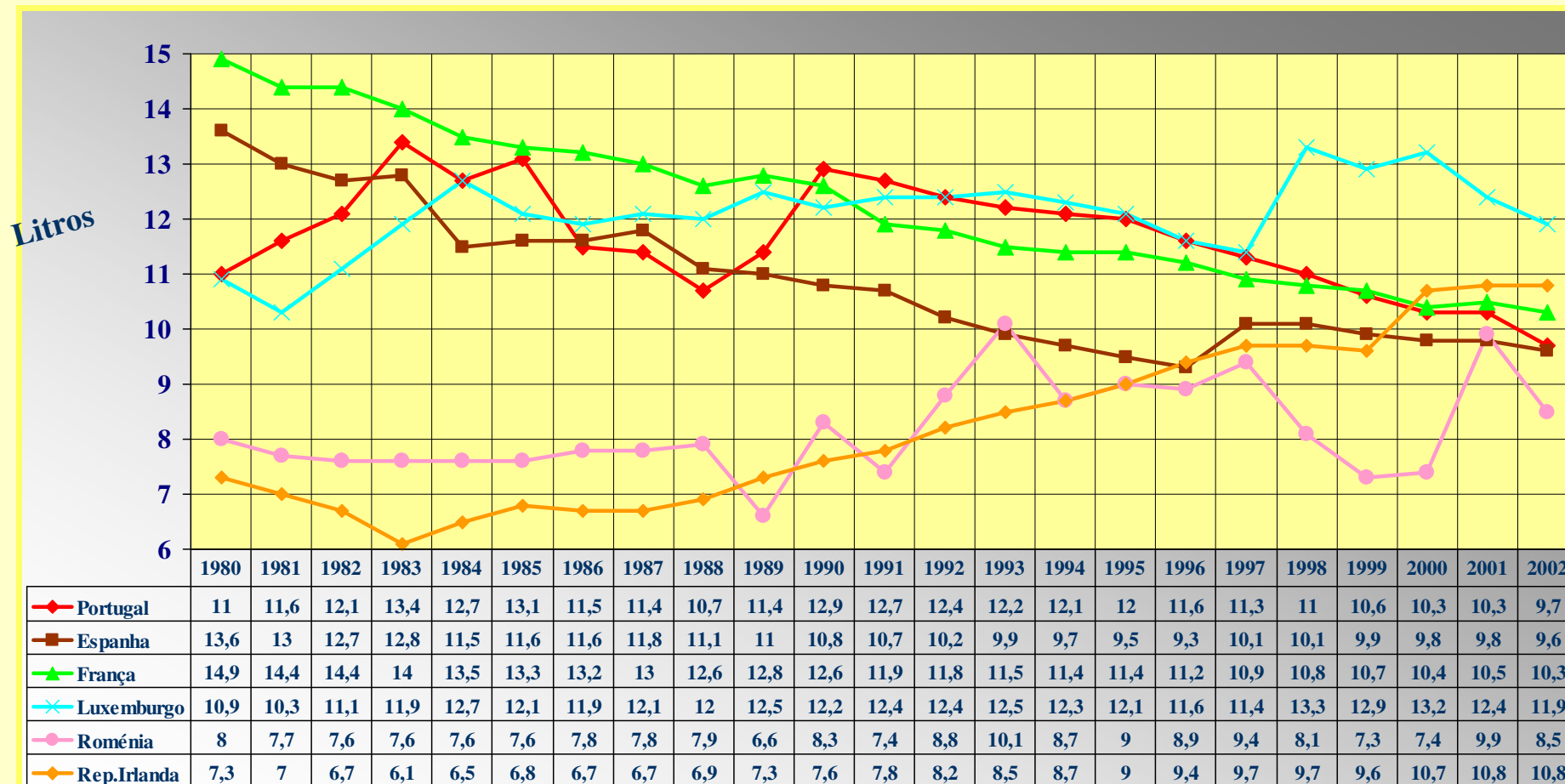
1,5 dl vinho (12º)

3 dl cerveja (6º)

0,4 dl aguardente (45º)



- Evolução dos Consumos Per Capita de Álcool Puro em Alguns Países Europeus (1980-2002)



CRITÉRIOS DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (DSM IV)

Padrão desadaptativo da utilização de substâncias, levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo durante um período de 12 meses:

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

Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de substâncias, para esta classe de substâncias.

CRITÉRIOS DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS (DSM IV)

Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes sintomas:
 - a) necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - b) diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes sintomas:
 - a) síndrome de abstinência característica da substância (referência aos critérios A e B para abstinência de substâncias específicas);
 - b) a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência

CRITÉRIOS DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS (DSM IV)cont.

3. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.
4. Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar utilização da substância.
5. dispendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, cadeia de fornecedores) e à recuperação dos seus efeitos.
6. São abandonadas importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.
7. A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico, ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

FALSOS CONCEITOS CIENTÍFICOS SOBRE O ÁLCOOL

O QUE É BEBER MODERADAMENTE

HÁ ALCOÓLICOS QUE NÃO BEBEM TODOS OS DIAS E HÁ ALCOÓLICOS QUE CONSEGUEM PARAR DE BEBER

ALCOOLISMO SECUNDÁRIO A OUTRAS PATOLOGIAS

ACONSELHAR DOENTES ALCOÓLICOS A BEBER MODERADAMENTE

DAR DISSULFIRAM A MAIS SEM CONSENTIMENTO INFORMADO

NÃO CONTAR COM A FAMÍLIA

CONSIDERAR A FAMÍLIA A PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELO ALCOOLISMO OU PELA TOXICODEPENDÊNCIA DE UM DOS SEUS MEMBROS

EQUIPAS GRANDES DE MAIS E COM ABORDAGEM FAMILIAR EM 2º LUGAR

INTERNAMENTO SEM ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (DAR VINHO A DOENTES INTERNADOS)

ALGUMA TERAPIA FAMILIAR NUNCA PERDEU A IDEIA DE QUE A CULPA DAS PESSOAS BEBEREM É DO CÔNJUGE, QUE A CULPA DAS PESSOAS SE DROGAREM É DOS PAIS, E QUE, ATRAVÉS DE UMA MODIFICAÇÃO TERAPÊUTICA DA RELAÇÃO PARENTAL OU CONJUGAL SE PODE LEVAR O DOENTE À ABSTINÊNCIA. SEM DÚVIDA QUE A RELAÇÃO PARENTAL OU CONJUGAL SÃO IMPORTANTES NA PROSECUÇÃO DO OBJECTIVO ABSTINÊNCIA, MAS NÃO SÃO NEM O PRINCIPAL FACTOR DAS PESSOAS CONSUMIREM NEM A PRINCIPAL RAZÃO PARA DEIXAREM DE O FAZER.

INTERNAMENTO SEM PROGRAMA. NÃO FAZER CUIDADOS DIFERENCIADOS

VINHO É UM MEDICAMENTO

VINHO É UM VASODILATADOR CORONÁRIO

DAR TIAPRIDE

PERSONALIDADE E REABILITAÇÃO EM DOENTES ALCOÓLICOS E TOXICODPENDENTES

1 - Características diferentes das doenças clássicas

- a - Personalidades normais, anti-sociais, borderline e psicóticas
- b - Falta de consideração pelos outros e alexitimia (≠/= em alc, hero, cannabis)
- c - Fazer sofrer os outros em vez de, meramente, sofrer
- d - O tratamento consiste na redução do uso de químicos em vez da sua administração

2 - Atitudes sociais diferentes (amor firme)

3 - Paradigmas diferentes de tratamento

- a - Introdução de normatividade em vez de, meramente, cuidar
- b - A empatia é com todo o sistema envolvido em vez de ser apenas com o doente.
- c - As psicoterapias intervêm apenas quando o doente está em situação de abstinência
- d - O papel do confronto e da correção de atitudes (psicoterapias específicas).
- e - O sistema normativo da sociedade é complementar do sistema terapêutico
- f - A problemática dos pacientes motivados
- g - O papel da autocrítica (AA e NA)

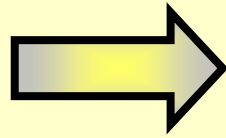
4 - Explicação da matriz terapêutica TCE e apresentação de resultados de tratamento de 63 doentes, durante um ano (transp).

5 - Prognóstico não necessariamente reservado.

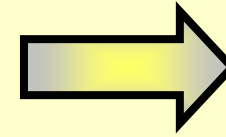
6 - Não devem ser consideradas como doenças cronicamente invalidantes

- a - Incompatibilidade entre a doença e uma vida activa
- b - Primeiro tratamento e depois reabilitação (não confundir tratamento e reabilitação profissional)
- c - Contra baixas prolongadas, subsídios de invalidez, etc.

CONSULTA



**DESINTOXICAÇÃO
ABSTINÊNCIA**



CONSULTA

Tratamento de Alcoolismo

Tratamento de heroíndependência

AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO

Tratamento com vitaminas,
diminuidores da apetência e
outros medicamentos

Tratamento com aversivos

Internamento p/desintoxicação
Internamento em Comunidade
Terapêutica curta

Tratamento com agonistas
(metadona, etc.)

Tratamento livre de droga

Tratamento com antagonistas

Internamento p/desintoxicação
Internamento em Comunidade
Terapêutica curta ou longa

Taxas de sucesso em ambulatório e internamento

Melhoram se introduzirmos a família e ainda mais com a empresa

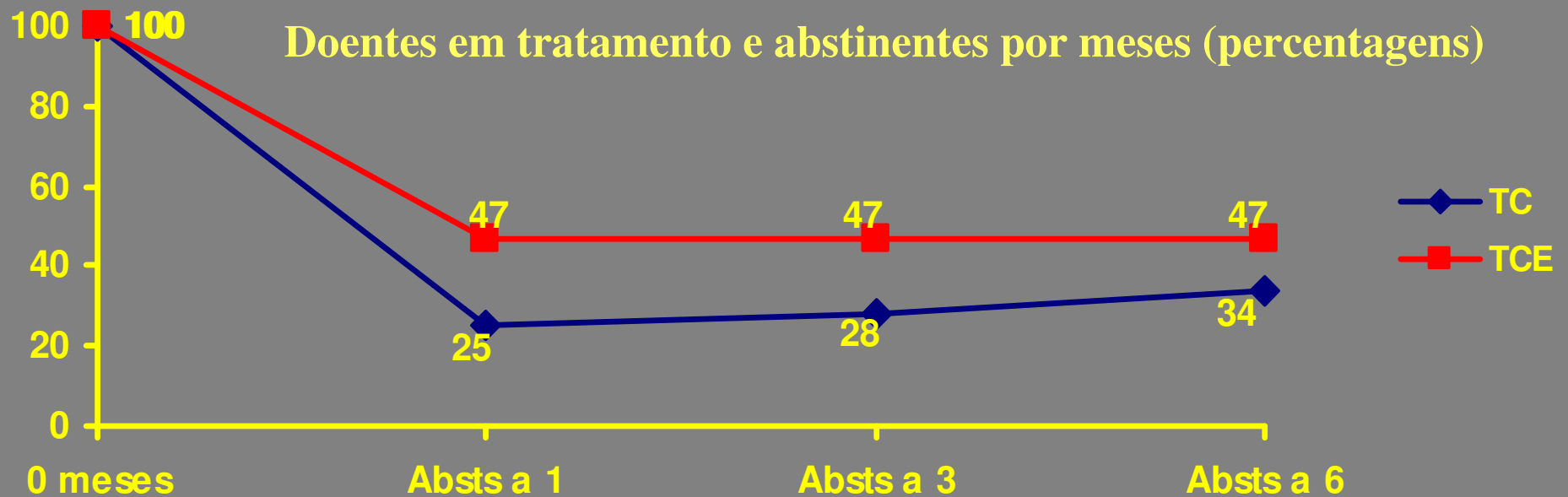
Extracto de artigo

Eficácia do TCE em doentes alcoólicos, em comparação com o tratamento clássico (centrado no doente)

O TCE em ambulatório foi posteriormente aplicado a pacientes alcoólicos, no Centro Regional de Alcoologia de Lisboa, onde foi também efectuado um estudo da sua eficácia. Aqui foi comparado, pela primeira vez, com o método clássico de consultas^[1], onde se via primeiro o doente e só depois a família (sempre na presença deste), não se fazendo uma consulta familiar estruturada, não se arranjando um co-responsável pelo tratamento nem se recorrendo com tanta ênfase ao aversivo, tomado na presença do familiar do doente (co-responsável pelo tratamento) (Dias AV 1999).

Estudou-se uma população de doentes de 1^a consulta (N=97) com Síndrome de Dependência do Álcool, através de instrumentos de caracterização socio-demográfica e de hábitos de consumo alcoólico, psicológicos e qualidade de vida. 67 destes doentes fizeram tratamento segundo o tratamento clássico (TC) e 30 segundo o TCE. A análise dos parâmetros destas sub-amostras não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Verificou-se que o TCE conseguiu maior retenção dos doentes na consulta e na obtenção de maior número de dias de abstinência (176 versus 145 dias). A evolução dos doentes fez-se segundo o gráfico seguinte:



O TCE produziu sempre maior percentagem de indivíduos abstinentes, contados a 1, 3 e 6 meses após o início do tratamento. A 1 mês a diferença de resultados conseguidos é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Aparentemente, os resultados do TCE foram mais “espectaculares” na droga do que no álcool, o que terá que ver com a idade dos doentes, com a desestruturação das suas famílias na idade adulta e com o facto do álcool não ser proibido em Portugal, sendo mesmo o seu consumo fortemente sugerido socialmente.

Este estudo aponta no sentido da conveniência de mais estudos comparativos, com amostras e tempo de tratamento maiores; com orçamentos e metodologias de investigação adequados.

NORMAS SOBRE A DESINTOXICAÇÃO ALCOÓLICA (NDA)

Se a GGT for maior ou igual a 600, o diazepam poderá ser substituído por lorazepam ou oxazepam, segundo o critério médico.

TIAMINA – 300mg por dia per os durante 10 dias. Se houver evidência de má absorção dá-se 200 mg/per os e 100 mg injectável). esta toma pode ser prolongada por critério médico.

MULTIVITAMINAS: até 3 vezes por dia, durante 10 dias. Depois passa a 1 vez por dia, durante todo o internamento.

ÁCIDO FÓLICO: 2 por dia, durante 10 dias. Depois passa a 1 vez por dia, durante todo o internamento.

A estes fármacos deve ser acrescentado o **DISSULFIRAM**, na dose de 125 mg diários, a partir do 7º dia de desintoxicação, se a GGT for inferior a 600 e não houver nenhuma outra contra-indicação para este produto. Pratica-se a ingestão observada pelo enfermeiro. Se a GGT for maior ou igual a 600 pede-se uma medição de GGT à entrada para fazer no 7º dia de desintoxicação (tanto o dissulfiram como o naltrexone devem ser dados dissolvidos).

HIDRATAÇÃO – per os nos primeiros 5 dias (mínimo de 1,5 litros a 3 litros de água por dia).

AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS: TA e pulso durante 10 dias, excepto em doentes com patologias associadas (HTA), e/ou até à estabilização dos sinais vitais

AVALIAÇÃO DO PESO CORPORAL, semanal (terças-feiras)

NORMAS SOBRE A DESINTOXICAÇÃO ALCOÓLICA (NDA)

Em presença de **CRISE CONVULSIVA**, tipo grande mal, administrar 10 mg de Diazepan IM e mais 10 mg IM ou per os, se necessário.

Doentes que tenham consumido cannabis ou benzodiazepinas podem fazer testes de urina para as substâncias correspondentes pelo menos uma vez por semana.

No princípio de cada internamento o doente deve ser sensibilizado para as vantagens de uma desintoxicação tabágica concomitante

O médico encarregado do sector do internamento, deverá visitar diariamente os doentes e prescrever de modo personalizado para cada caso. Não deve prescrever sem observar o doente. É dele a responsabilidade médica por toda a medicação administrada aos doentes.

O médico da consulta poderá aproveitar, no todo ou em parte, a continuidade das prescrições iniciadas no internamento.

Estas normas devem ser cumpridas, independentemente de serem administrados outros fármacos ao doente.

Médicos externos: Como internar para o CRAS

O CRAS aceita internar pessoas, sem passar pela consulta externa, desde que o doente seja encaminhado por um médico psiquiatra de outra instituição, tendo este que assegurar as consultas prévias posteriores ao internamento, em caso de tratamento ambulatorio.

Crítérios para o internamento:

Preencher a folha de Consentimento Informado que consta das Normas de Internamento e enviar para o CRAS;

Análises e exames que constam da lista (pag.2) das Normas de Internamento;

Sujeitar-se a uma consulta de triagem no CRAS, vindo acompanhado por um familiar ou alguém que seja co-responsável pelo seu tratamento.

Para qualquer caso concreto de encaminhamento poderá fazê-lo através dos [contactos](#) para:

Director do CRAS: Prof. Doutor Domingos Neto

Assistentes Sociais: Dra. Paula Lucena e Dra. Marta Pratas