



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

GUIA ORIENTADOR DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES
MAR. 2016

ÍNDICE

- P. 03** PREFÁCIO
- P. 04** 1. INTRODUÇÃO
O Propósito deste Guia
- P. 04** 2. CONSUMO DE ÁLCOOL E SUAS CONSEQUÊNCIAS
- P. 04** 3. O PAPEL DO PSICÓLOGO NOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL
- P. 05** 4. AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL
4.1 *Deteção Precoce*
4.1.1 *Para quem?*
4.1.2 *Onde?*
4.1.3 *Como?*
4.2 *Avaliação Compreensiva*
4.2.1 *Para quem?*
4.2.2 *Como?*
- P. 14** 5. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL
5.1 *Entrevista Motivacional*
5.2 *Intervenções Breves*
5.3 *Prevenção da Recaída*
5.4 *Psicoeducação*
5.5 *Treino de competências*
5.6 *Intervenções familiares e conjugais*
- P. 22** 6. PROGRAMAS DE AUTOAJUDA
- P. 22** 7. INTERVENÇÃO EM GRUPOS ESPECÍFICOS
7.1 *Idosos*
7.2 *Adolescentes e Jovens Adultos*
7.3 *Mulheres Grávidas ou a Amamentar*
7.4 *Indivíduos com Comorbilidade Psicopatológica*
- P. 27** BIBLIOGRAFIA
- P. 31** ANEXOS

PREFÁCIO

A Ordem dos Psicólogos Portugueses constituiu-se com o dever de defesa dos interesses dos consumidores dos serviços de psicologia bem como a dos seus profissionais. Nesse sentido, um serviço prestado por profissionais altamente qualificados, necessariamente com o conhecimento actualizado sobre matérias específicas da sua intervenção, será sempre um enorme contributo para o bem estar dos cidadãos e das comunidades.

Quando o trabalho a realizar se foca em problemas de grande incidência - como é o caso do consumo excessivo e dependência do álcool - estamos a contribuir para uma intervenção que tem um enorme potencial de impacto na melhoria das condições das pessoas afectadas por estes problemas.

Cabe ainda à Ordem a colaboração com diversas entidades com as quais partilha interesses e objectivos comuns. E por isso, ao aderir ao Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS) tornou-se signatária de uma carta de compromisso em que concorre para os objectivos do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências.

Entendeu a Ordem dos Psicólogos Portugueses que dada a prevalência dos problemas ligados ao consumo do álcool seria útil a elaboração de um guia orientador para a intervenção psicológica nestes problemas, bem como para a necessária referenciação.

É esse Guia que se dá hoje a conhecer pela presente publicação, resultado de um trabalho aturado de um grupo de psicólogos especialistas neste tipo de intervenções, a quem quero agradecer o esforço e o empenho na colaboração com a Ordem dos Psicólogos Portugueses, os colegas: Sónia Figueiredo, Ana Nunes da Silva, Elsa Machado Fé, Elisabete Santos, Susana Mateus e David Dias Neto.

A produção de documentos deste tipo, com linhas de orientação para a intervenção, fornece um importante complemento ao trabalho de quem se deseja dedicar a este tipo de intervenções.

Estou certo de que este Guia contribuirá para melhores práticas de intervenção e se constituirá como uma referência para os psicólogos portugueses.

A Ordem dos Psicólogos Portugueses prosseguirá no seu contributo cívico de colaboração com todas as entidades que partilham os seus objectivos, desenvolvendo materiais, envolvendo-se em acções e projectos que garantam que os cidadãos têm cada vez maior acesso a uma intervenção psicológica actualizada, rigorosa e promotora de bem-estar pessoal e social.



TELMO MOURINHO BAPTISTA
Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses

1. INTRODUÇÃO

Propósito do Guia

Este guia tem como objetivo auxiliar o psicólogo na sua tomada de decisão clínica, tanto ao nível da avaliação dos problemas ligados ao consumo de álcool (PLA), como ao nível da intervenção e do encaminhamento. A intervenção psicológica nos PLA é um campo diversificado, sendo variada a evidência científica dos modelos terapêuticos. Neste guia descrevem-se os aspectos centrais acerca do consumo de álcool, e enumeram-se diferentes recomendações com o objectivo de facilitar a avaliação e a promoção da mudança do comportamento. São partilhadas fontes, referências bibliográficas, *sites* e entidades que permitirão ao psicólogo aprofundar os seus conhecimentos nesta área. Espera-se que este guia seja um instrumento organizador do trabalho clínico dos psicólogos e promotor da qualidade da sua intervenção, beneficiando os que procuram ajuda.

em conta que o desenvolvimento do cérebro só atinge a sua maturação completa cerca dos 25 anos (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Além disso existe uma imaturidade do sistema biológico que, não está apto para degradar o álcool, potenciando os danos cerebrais e défices neurocognitivos com implicações na aprendizagem e no desenvolvimento intelectual (Zeigler et al., 2005).

Estudos têm vindo a revelar que adolescentes com episódios de embriaguez apresentavam diminuição do volume cerebral com implicações na aprendizagem, raciocínio, atenção, tomada de decisão e memória (Giedd et al., 1999; Giedd, 2004).

Estes dados impõem uma reflexão sobre as [consequências associadas a esta problemática](#), não só ao nível da saúde física e mental mas, numa visão mais ampla, ao nível das diferentes áreas de funcionamento do indivíduo - familiar, social, laboral e judicial.

2. CONSUMO DE ÁLCOOL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Portugal encontra-se no topo da lista dos países com maior consumo de álcool quer ao nível europeu, quer ao nível mundial, com um consumo por pessoa com mais de 15 anos de 12.9 litros de álcool puro por ano, prevendo-se um aumento do consumo. Entre os consumidores de álcool, 16.9% apresenta um consumo excessivo, 0.9% um consumo de risco e 2.1% uma dependência do álcool (WHO, 2014).

Tem sido repetidamente observada a relação entre o consumo de álcool e mais de 200 doenças, com consequências graves ao nível individual e social. O consumo de álcool é responsável por 3,3 milhões de mortes por ano (5.9% de todas as mortes), derivado a acidentes rodoviários, doenças cardiovasculares, doenças gastrointestinais, diabetes, cancro, traumatismos, morte fetal, cirrose, etc. (WHO, 2014).

O cérebro é um dos principais alvos da ação do álcool. Estudos têm vindo a demonstrar que o álcool é um neurotóxico, com efeitos diretos sobre as células nervosas. Este aspeto é particularmente relevante nos adolescentes e jovens tendo

3. O PAPEL DO PSICÓLOGO NOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

Sendo o psicólogo um especialista do comportamento humano, tem um papel preponderante naquilo que é a compreensão dos PLA, que se sabe serem resultado da interação ativa do indivíduo com a substância, num determinado contexto. O psicólogo está por isso em boas condições para fazer a ponte entre a variabilidade psicológica e o tipo de intervenção, com foco nos processos de tomada de consciência e motivação para a mudança.

Na intervenção nos PLA, estas competências ganham relevância tendo em conta a importância da avaliação da problemática, quer ao nível da deteção precoce, quer ao nível de uma avaliação compreensiva, no sentido de adequar a intervenção. Olhar para o indivíduo como um todo e não só como o resultado do seu consumo, é fundamental na intervenção nos PLA, contribuindo desta forma para um tratamento não discriminatório, em que o indivíduo é ativo no seu proces-

so de mudança. O psicólogo que poderá ter contacto com PLA quer na sua prática individual, quer quando integrado em equipas multidisciplinares, deve ter conhecimento das [noções básicas sobre o consumo de álcool](#) e suas consequências, dominar técnicas de deteção precoce e de referência.

RECOMENDAÇÕES

1. Assegurar a adequação da intervenção às necessidades do indivíduo de uma forma compreensiva.
2. Respeitar a autonomia do indivíduo relativamente às suas escolhas.
3. Prevenir a discriminação e estigmatização quer na atuação dos diversos profissionais, quer sensibilizando a comunidade.

sumo, das características do sujeito e dos fatores sociais. Os psicólogos precisam de ferramentas práticas para uma avaliação que englobe os fatores comportamentais, sociais e motivacionais que influenciam o consumo de álcool. Os fatores biológicos, deverão ser tidos em conta, após avaliação médica. O conhecimento dos critérios de diagnóstico de PLA, descritos nas classificações [CID-10](#) e [DSM-V](#), poderá ser de extrema utilidade no exercício da avaliação.

Tipologias de consumo

O consumo de álcool é conceptualizado dentro de um contínuo, que vai desde a abstinência à dependência. Um mesmo indivíduo pode apresentar diversos tipos de consumo ao longo do tempo. No contexto da classificação dos Problemas Ligados ao consumo de Álcool, a Organização Mundial de Saúde considera as seguintes tipologias: Abstinência, Consumo de Baixo Risco, Consumo de Risco, Consumo Nocivo, Dependência (Babor, Campbell, Room & Saunders, 1994).

4. AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

Uma intervenção eficaz na área dos PLA está intimamente associada à realização de uma avaliação adequada, que tenha em conta a variabilidade psicológica, considerando que nenhum tratamento é eficaz para todos os indivíduos, e que o mesmo indivíduo pode necessitar de vários tipos de cuidados ao longo do tempo.

A compreensão atual dos PLA é multifatorial e estes devem ser vistos num contínuo que vai desde o consumo de baixo risco, à dependência do álcool. Estes problemas têm várias formas de apresentação que dependem do tipo de con-

Tabela 1. Tipologia do consumo de álcool

Tipologia	Descrição
Abstinência	Abstinência do consumo de álcool independentemente do motivo.
Consumo de baixo risco	<p>Padrão de consumo associado a uma baixa incidência de problemas de saúde e sociais. A quantidade máxima consumida varia de acordo com o género, o consumo deve ser repartido nas principais refeições e de modo descontinuado sendo aconselhável não beber pelo menos dois dias da semana.</p> <p> Até duas unidades de bebida padrão/dia (aprox. 20g de álcool). > 65 anos : uma unidade de bebida padrão/dia (aprox. 10g de álcool).</p> <p> Até uma unidade de bebida padrão/dia (aprox. 10g de álcool). Independentemente da idade.</p>
Consumo de risco	<p>Padrão de consumo ocasional ou continuado que se persistir, aumenta a probabilidade de ocorrência de consequências prejudiciais para o consumidor.</p> <p> Entre 4 a 6 unidades de bebida padrão/dia (aprox. 40 - 60g de álcool).</p> <p> Entre 2 a 4 unidades de bebida padrão/dia (aprox. 20 - 40g de álcool).</p>
Consumo nocivo	<p>Padrão de consumo que causa danos à saúde, quer físicos quer mentais, acompanhado ou não de consequências sociais negativas. Contudo não preenche os critérios de dependência.</p> <p> Mais de 6 unidades de bebida padrão/dia (> 60g de álcool).</p> <p> Mais de 4 unidades de bebida padrão/dia (> 40g de álcool).</p>
Dependência	<p>Padrão de consumo constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após o consumo repetido de álcool. Inclui o desejo intenso de consumir, descontrolo sobre o uso, manutenção do consumo independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.</p>

Uma tipologia de consumo que importa considerar atendendo ao seu aumento nos últimos anos é o **Binge Drinking**. Esta tipologia consiste no consumo esporádico excessivo de 5 a 6 bebidas no homem e de 4 a 5 bebidas na mulher, numa única ocasião e num espaço de tempo limitado, estando associado a uma maior probabilidade de sofrer consequências adversas (WHO, 2002).

É ainda de considerar na caracterização dos consumos de álcool que em casos particulares recomenda-se o não consumo de bebidas alcoólicas, sendo todo o consumo considerado de risco:

- Mulheres grávidas ou a amamentar
- Indivíduos a conduzir ou operar máquinas
- Indivíduos que estejam a ingerir medicamentos
- Indivíduos em situação de doença
- Indivíduos com diagnóstico de dependência alcoólica
- Indivíduos com idade inferior a 18 anos

4.1. Detecção Precoce

4.1.1. Para quem?

Qualquer pessoa é passível de ter um PLA. As recomendações clínicas do Ministério da Saúde apontam para a necessidade de uma detecção precoce. Neste sentido, uma abordagem preventiva implica que todos os adultos (DGS, Norma nº 30/2012), jovens e crianças com mais de 10 anos, possam ser alvo de rastreio de consumo de álcool (DGS, Norma nº36/2012).

Recomenda-se ainda particular atenção a outros grupos, tais como: grávidas, idosos e indivíduos com problemas de saúde física e/ou mental.

4.1.2. Onde?

Os cuidados de saúde primários são o contexto preferencial para detecção precoce, tal como preconizado na [rede de referenciação](#) para os comportamentos aditivos.

Contudo, qualquer um dos contextos de atuação do psicólogo, poderá ser um local para detetar um PLA, nomeadamente escolas, locais de trabalho, hospitais e outros serviços de saúde.

4.1.3. Como?

Em contexto clínico, os PLA podem ser detetados através da entrevista clínica e/ou questionários com o objetivo de identificar o tipo de consumo e planear a intervenção. Noutros contextos, nomeadamente escolar ou laboral, as questões diretas e a observação naturalista do comportamento são outras ferramentas essenciais.

Como exemplos de questionários de referência adaptados à população portuguesa salientamos o AUDIT e o CAGE.

- AUDIT - Teste de Identificação dos Transtornos do Uso de Álcool

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001; Cunha, 2002).

Este questionário é composto por 10 perguntas na sua versão completa, desenvolvido de forma a identificar tipologias de consumo, de um modo rápido e simples, preconizando o tipo intervenção mais adequada.

Na sua forma reduzida (**AUDIT-C** - 3 primeiras perguntas do AUDIT) este instrumento engloba a forma mais frequente de questionar - frequência e quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas. Em função do resultado obtido nestas 3 primeiras perguntas deverá decidir-se sobre a necessidade de prosseguir a aplicação completa do questionário. Estas perguntas funcionam melhor se forem integradas na entrevista clínica. O AUDIT apresenta boa discriminação numa variedade de contextos, sendo mais adequado para a detecção de consumos de risco e nocivo, sendo sobretudo direcionado para a detecção precoce (Ribeiro, 2010).

Questionário AUDIT

Instruções: Em cada pergunta, marque um só número por favor.

Nome:

Data:

Questões / Pontuação		0	1	2	3	4
AUDIT-C	1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	<input type="checkbox"/> Nunca <i>(caso assinale esta resposta, siga para as questões 9 e 10)</i>	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> 5 ou 6	<input type="checkbox"/> 7 ou 9	<input type="checkbox"/> 10 ou mais
	3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana

(caso contabilize 0 na pontuação das questões 2 e 3, passe para as questões 9 e 10)

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Total da Pontuação:

Figura 1. Questionário AUDIT/AUDIT-C

Tabela 2. Dimensões e conteúdos do AUDIT

Dimensão	Questões	Conteúdo do Item
Caracterização do Consumo AUDIT-C	1 2 3	Frequência do consumo Quantidade Frequência de consumo elevado
Sintomas de Dependência	4 5 6	Descontrolo no consumo Limitações com o consumo Consumos pela manhã
Consequências do Consumo	7 8 9 10	Sentimento de culpa após o consumo Lapsos de memória Lesões relacionadas com o consumo de álcool Preocupações de outros pelo consumo

Tabela 3. Resultados do AUDIT, diagnóstico e intervenção

Pontuação do AUDIT	Nível de Risco		Tipologia	Intervenção
0–7	I	Baixo	Abstinência ou Baixo risco	Psicoeducação sobre o álcool
8–15	II	Baixo/ Moderado	Consumo de Risco	Intervenção Breve
16–19	III	Moderado	Consumo Nocivo	Intervenção Breve Monitorização
20–40	IV	Alto	Dependência	Encaminhamento para cuidados de saúde especializados

- CAGE

(Chronic Alcoholism General Evaluation, Ewing, 1984)

Constituído por 4 perguntas, este questionário caracterizado pela sua brevidade, pretende identificar indivíduos que iniciem um consumo problemático de álcool. Uma única resposta positiva justifica a avaliação mais detalhada da situação. Um resultado superior a dois indica provável presença de um PLA e consequentemente indicação para encaminhamento para uma avaliação mais aprofundada e compreensiva.

Tabela 4. Questionário CAGE

Cut-Down	Alguma vez tentou diminuir ou parar o seu uso? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Annoyed	Os seu amigos costumam aborrece-lo, comentando o seu uso ou dizendo que se deveria tratar? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Guilty	Sente-se culpado por causa da forma como bebe ou arrependido devido ao seu comportamento? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Eye-Opener	Costuma beber logo pela manhã ou assim que se levanta? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Observação Clínica

Para além dos instrumentos considerados, certos sinais e sintomas físicos poderão sugerir a existência de um consumo de risco de álcool. Existem alguns indicadores comuns tais como os capilares da face dilatados, olhos avermelhados, tremor das mãos e da língua, odor etílico, hipertensão, história de perturbações gástricas, úlceras gástricas, défice cognitivo e a ocorrência de acidentes.

RECOMENDAÇÕES

4. Despistar a presença de PLA em todos os adultos, jovens e crianças com mais de 10 anos.
5. A Entrevista Clínica deve ser o instrumento privilegiado para deteção precoce de PLA.
6. Utilizar o questionário AUDIT para a deteção precoce.
7. Utilizar o questionário CAGE para identificar indivíduos que iniciem um consumo problemático de álcool.
8. Deverão ser avaliados mais detalhadamente os indivíduos cujo despiste indique a presença de um PLA.
9. Dar feedback ao indivíduo sobre os resultados da avaliação realizada.

4.2. Avaliação Compreensiva

4.2.1. Para quem?

Recomenda-se uma avaliação compreensiva para:

- Indivíduos que na deteção precoce tenham apresentado um consumo de risco, nocivo ou dependência .
- Indivíduos que não responderam ao aconselhamento breve para reduzirem o seu consumo de álcool.
- Indivíduos que pediram assistência especializada.

4.2.2. Como?

Entrevista Clínica

O objetivo da entrevista clínica é compreender o indivíduo, no seu funcionamento e conhecer as suas motivações, recolhendo informação pertinente. É a partir dessa compreensão que se estabelece uma relação de confiança, no sentido de facilitar a adesão do indivíduo à intervenção e promover a mudança.

Alguns dos elementos mais relevantes encontram-se descritos na tabela seguinte.

Tabela 5. Principais aspetos a serem aprofundados na entrevista clínica

Dimensões	Variáveis
MOTIVO DA CONSULTA (Queixa Principal)	<ul style="list-style-type: none"> · Problemas atuais: Familiares Sociais Laborais Judiciais · Relação entre o consumo de álcool e os problemas atuais · Outras preocupações
HISTÓRIA DO CONSUMO	<ul style="list-style-type: none"> · Quantidade, frequência, padrão de consumo · Comorbilidade aditiva (tabaco, outras substâncias psicoativas, consumo de drogas farmacêuticas) · Último consumo de álcool e/ou outras drogas (quando e em que quantidade) · Duração do consumo · Severidade dos sintomas de privação (tremores, alucinações, <i>delirium tremens</i>) · Função do álcool na vida do indivíduo · Crenças associadas ao consumo de álcool · Perceção familiar acerca do consumo de álcool
HISTÓRIA PESSOAL, FAMILIAR E SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> · Estrutura e dinâmica familiar · Antecedentes familiares de consumo de álcool · Rede social · Percurso escolar e profissional · Situação financeira · Questões legais · Habitação
AVALIAÇÃO DO ESTADO FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> · Dados do exame geral · Comorbilidade física (problemas do fígado, gastrointestinais, cardiovasculares, neurológicos, cognitivos, endócrinos e sexuais) · Sinais de intoxicação ou abstinência · Avaliação nutricional
AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> · Comorbilidade psicopatológica (depressão, ansiedade, psicose, risco de suicídio, perturbações da personalidade) · Exame do estado mental (sinais de intoxicação ou abstinência, funcionamento cognitivo, humor e <i>insight</i>)
TIPOLOGIA DE CONSUMO	<ul style="list-style-type: none"> · Abstinência · Consumo de baixo risco · Consumo de risco · Consumo nocivo · Dependência (Avaliação da Severidade da Dependência – SADQ)
MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA	<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar a egodistonia · Avaliar prontidão para a mudança do indivíduo (Fases de Mudança Prochaska e DiClemente)
PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> · Objetivos da intervenção (e.g. abstinência vs redução do consumo, prevenção da recaída, desintoxicação) · Intervenção de outros profissionais de saúde · Plano de gestão de risco

Motivação para a mudança

A motivação para a mudança é uma variável importante no resultado da intervenção (Prochaska & DiClemente, 1982; Miller & Rollnick, 1991). Conhecer a dinâmica dos processos de mudança, permite saber que aspetos são mais importantes em cada fase do processo e que estratégias são mais úteis para aumentar a motivação.

Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente (1982, 1992)

Este modelo, proposto para explicar a mudança de comportamento, considera a existência de 5 fases no processo de mudança - pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção - às quais se pode seguir uma recaída, que implicará entrar num dos outros estádios de mudança. O modelo representa um avanço teórico fundamental na compreensão do quando, como e porquê as pessoas mudam os seus comportamentos relacionados com a saúde. É um modelo centrado na pessoa, que contribui para a adequação da intervenção na medida em que nos ajuda a promover intervenções naquilo que é a zona de desenvolvimento proximal do indivíduo.

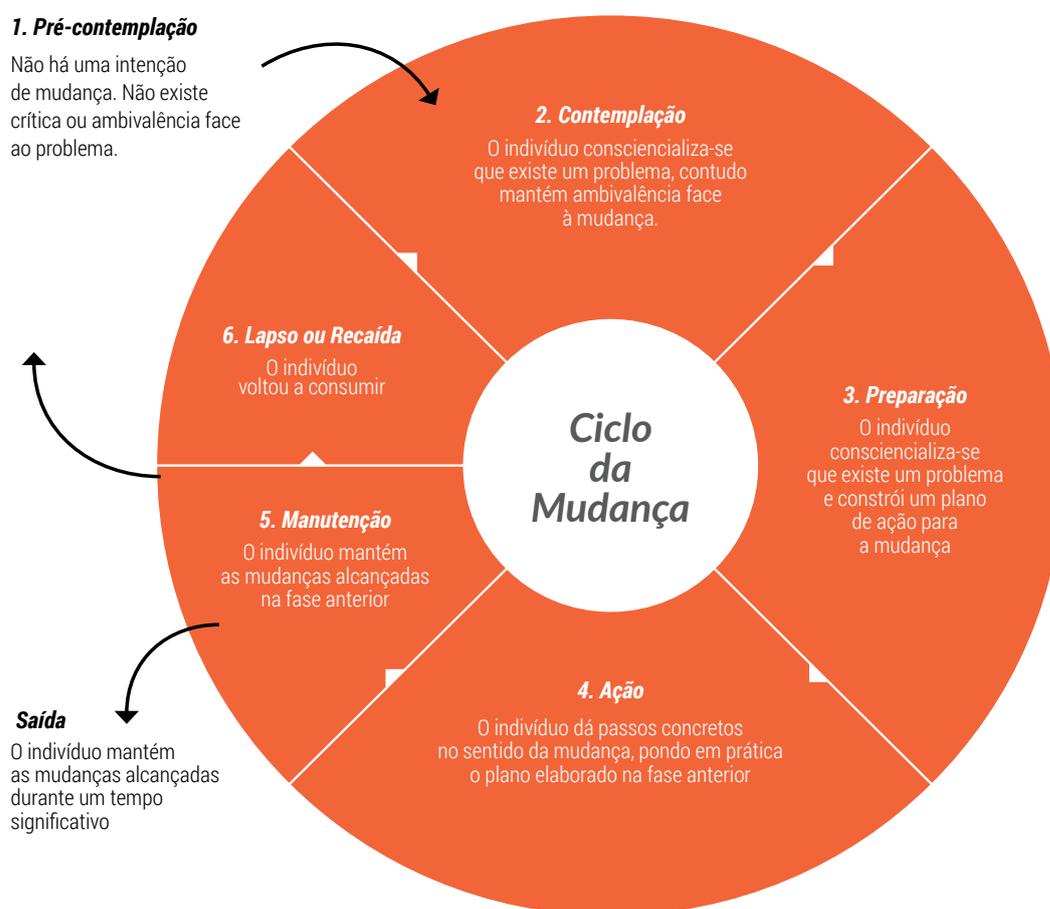


Figura 2. Ciclo da Mudança (Adaptado de Prochaska e DiClemente, 1983)

A avaliação do indivíduo deve portanto ter em conta o seu grau de prontidão para a mudança, a importância que esta tem para si próprio e a sua confiança no sentido de atingir os seus objetivos. Um dos métodos para avaliar a prontidão para a mudança é através do questionamento direto durante a entrevista clínica, após o consumo problemático de álcool ter sido abordado.

Existem duas perguntas que se revelam particularmente úteis na avaliação da prontidão para a mudança: 1. Já pensou em deixar/reduzir o seu consumo de álcool?

2. O que já fez/faz para deixar/reduzir o seu consumo de álcool?

Estas questões devem ser feitas com interesse e vontade de explorar as respostas dadas, evitando a confrontação e facilitando que o indivíduo verbalize os seus motivos e preocupações acerca do seu comportamento (Lizárraga & Ayarra, 2001). As respostas variam de acordo com o grau de motivação do indivíduo:

1. Respostas pré-contemplativas: “Estou bem com a minha forma de beber”, “Eu gosto de beber”, “Eu não estou interessado em parar de beber”.

2. Respostas contemplativas: “Estou a pensar em parar”, “Eu não tenho certeza se estou pronto para parar”.

3. Respostas orientadas para a ação: “Eu quero parar agora”.

A avaliação da motivação pode ser complementada com recurso à escala [SOCRATES – versão 8D](#) (Miller & Tonigan, 1996; Janeiro, Faísca & Miguel, 2007).

Na prática clínica, a devolução dos resultados obtidos ao indivíduo, pode também constituir uma estratégia para abordar a motivação para a mudança.

RECOMENDAÇÕES

10. A avaliação é fundamental na individualização da intervenção e deverá ser multidimensional.

11. Na entrevista clínica deverão ser abordados elementos como: motivo da consulta, história do consumo, história pessoal e social, tipologia do consumo, dados do estado de saúde física e do estado mental e motivação para a mudança.

12. Na avaliação para a mudança, dever-se-á atender às respostas do indivíduo sobre o seu desejo de mudança pois são indicadoras do seu grau de motivação.

13. Existem alguns instrumentos que podem ajudar o psicólogo na avaliação compreensiva, como por exemplo o questionário SADQ e a escala SOCRATES-8D.

5. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

Como referido anteriormente, a intervenção está dependente da avaliação realizada, mais especificamente no que diz respeito ao nível de risco e grau de motivação que o indivíduo apresenta.

A intervenção psicológica pressupõe o estabelecimento de uma aliança terapêutica, que subentende acordo entre objetivos e tarefas terapêuticas e uma relação colaborativa, empática e genuína, permitindo assim, criar um clima terapêutico que permite ao indivíduo sentir-se seguro, reduzindo as suas resistências, expressar-se de forma livre e aumentar a sua consciência sobre atitudes e sentimentos (Bordin, 1979). A abordagem deve ser centrada no indivíduo, sem culpabilizar os comportamentos de consumo, ajudando-o a ter uma compreensão mais clara de si e das suas competências potenciando o seu sentido de responsabilidade.

A tabela 6 apresenta diferentes abordagens tipicamente envolvidas na intervenção psicológica em indivíduos com PLA. Importa salientar que frequentemente estas abordagens não são estanques e que, com pesos diferentes, podem estar nas diferentes fases da intervenção.

A Entrevista Motivacional é uma estratégia que se encontra associada ao Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1992) uma vez que adequa a forma de comunicação com o indivíduo à sua fase de mudança, cortando com o paradigma de culpabilização associado aos consumos. A Entrevista Motivacional é das intervenções mais frequentemente associada ao contexto dos PLA a par das intervenções breves e da prevenção da recaída.

Tabela 6. *Objetivos e estratégias de intervenção psicológica*



Objetivos	A Intervenção do Psicólogo	Técnicas de Intervenção e Instrumentos de Apoio
Conhecer as consequências do consumo de álcool na sua própria vida	<ul style="list-style-type: none"> · Facilitar o acesso a informação objetiva sobre o álcool e suas consequências · Examinar crenças associadas ao consumo de álcool 	<ul style="list-style-type: none"> · Psicoeducação · Facilitar o acesso a informação objetiva sobre: <ul style="list-style-type: none"> · álcool e suas consequências · álcool: mitos e factos
Aumentar a sua motivação para a mudança de comportamento	<ul style="list-style-type: none"> · Riscos associados ao consumo · Apoiar na ponderação custo-benefício associado ao consumo (área laboral, familiar, social, etc.) · Ajudar a gerir a ambivalência 	<ul style="list-style-type: none"> · Entrevista motivacional · Reestruturação cognitiva (relativamente às possíveis perceções inadequadas sobre o álcool) · Intervenções Breves
Reduzir ou parar o consumo de álcool	<ul style="list-style-type: none"> · Explorar as expetativas de mudança e reforçar as expetativas positivas · Reforçar os sentimentos de auto-estima e auto-eficácia · Fomentar competências de auto-observação, controlo de estímulos e de resposta · Intervir com a família para adequar o acompanhamento · Identificar contextos alternativos com menos riscos associados · Reforçar alternativas ao consumo de álcool 	<ul style="list-style-type: none"> · Técnicas de reforço · Auto-monitorização · Treino de auto-controlo · Intervenção familiar · Planificação de metas e organização de tempo livre · Grupos de auto-ajuda
Prevenir recaídas	<ul style="list-style-type: none"> · Ajudar na análise do processo de recaída: fatores de risco e comportamentos alternativos · Facilitar o desenvolvimento de competências 	<ul style="list-style-type: none"> · Construir um plano de prevenção de recaída · Estratégias de regulação emocional · Treino de competências comunicacionais · Treino de competências de resolução de problemas · Treino de competências socio-emocionais · <i>Role-playing</i> · Grupos de prevenção de recaídas

5.1. Entrevista Motivacional

A motivação é considerada um fator fundamental para o processo de mudança. É frequente o indivíduo querer mudar e no entanto não se sentir suficientemente confiante para lidar com o término dos consumos e com os possíveis sentimentos de perda associados. Uma das principais dificuldades no processo de mudança é lidar com esta ambivalência.

A Entrevista Motivacional (EM, Miller & Rollnick, 1991) surgiu como reacção a um paradigma de culpabilização, rotulagem e argumentatividade inerente a algumas intervenções nos comportamentos aditivos. A EM é um tipo de abordagem, centrada no indivíduo, que visa estimular a mudança do comportamento, evocando as suas motivações, ajudando-o a explorar e a resolver possíveis ambivalências. A EM pressupõe que o psicólogo saiba identificar o estágio de mudança em que o indivíduo se encontra ([Modelo Transteórico](#)), seleccionando as estratégias mais adequadas em função do mesmo.

De acordo com os seus autores (Miller & Rollnick, 1991) a [Entrevista Motivacional](#) baseia-se em 4 princípios gerais: 1) Expressar Empatia; 2) Reforçar a Auto-eficácia; 3) Fluir com a Resistência e 4) Amplificar Discrepâncias. Associado a estes princípios são sugeridas 5 técnicas consideradas importantes desde o primeiro contacto com o cliente:

1. Fazer questões abertas
2. Fornecer apoio emocional e encorajamento
3. Manter uma escuta ativa
4. Resumir
5. Promover um discurso para a mudança

Estas técnicas devem ser adequadas à fase de mudança em que indivíduo se encontra, como descrito na tabela seguinte.

Tabela 7. Fases de Mudança e Intervenção Psicológica

Fases de Mudança	Intervenção do Psicólogo
Pré-Contemplanção	Dar <i>feedback</i> sobre os resultados obtidos na deteção precoce (AUDIT, CAGE). Dar informação sobre o consumo de álcool e consequências.
Contemplanção	Sensibilizar para os benefícios da mudança, providenciar informação e esclarecer sobre a importância de estabelecer um plano.
Preparação	Explorar várias opções, estabelecer objetivos concretos e identificar obstáculos.
Ação	Encorajar a manutenção do plano estabelecido.
Manutenção	Reforçar positivamente o comportamento e rever as motivações para a mudança.
Recaída ou Lapso	Rever a intervenção de acordo com a fase de mudança em que o indivíduo se encontra.

RECOMENDAÇÕES

14. As decisões relativas à intervenção clínica devem ter em consideração a fase de mudança do indivíduo e a tipologia do consumo.

15. O psicólogo deverá manter uma comunicação aberta, evitando a crítica e o julgamento, que poderão suscitar resistência ao processo de mudança. A expressão de empatia é central para a intervenção psicológica.

16. Mesmo que a intervenção do psicólogo siga uma orientação particular, este deve atender à sua comunicação e aos aspetos motivacionais da mesma. A entrevista motivacional fornece indicações importantes quanto à comunicação terapêutica.

5.2. Intervenções Breves

As intervenções breves são um conjunto de intervenções caracterizadas pela sua baixa intensidade e curta duração, podendo variar entre 5 a 60 minutos de aconselhamento e usualmente não excede as 5 sessões. Têm como objetivo uma intervenção precoce em casos de problemas ligados ao consumo de álcool. A maioria das intervenções breves tem uma base educativa e motivacional e está concebida para ajudar a gerir comportamentos específicos relacionados com os consumos através do fornecimento de informação, educação para a saúde e aconselhamento (*Babor & Higgins-Biddle, 2000*). As intervenções breves dispõem de um conjunto de técnicas que se podem apresentar no acrónimo FRAMES (*Feedback, Responsibility, Advice, Motivation, Empathy, Self-esteem*).

Tabela 8. Elementos orientadores das intervenções breves (*Miller & Sanches, 1993*).

<i>Frames</i>	
F-Feedback (retorno)	Devolução de informação sobre a tipologia de consumo de álcool do indivíduo. Este passo promove a perceção do tipo de consumo e ajuda a iniciar o processo motivacional. Esta devolução pode ser dada, apresentando o resultado do AUDIT.
R - Responsibility (Responsabilidade)	Sensibilização para a sua responsabilidade relativamente ao consumo de álcool e ao processo de mudança mantendo uma postura de não-confrontação.
A - Advice (Aconselhamento)	Dar orientações claras e objetivas sobre os problemas que o paciente apresenta ou possa vir a apresentar e a sua possível relação com outros problemas de saúde.
M - Menu (menu de estratégias)	Identificação de situações de risco para o consumo de álcool, definição de metas em relação ao consumo (diminuição ou abstinência) e de estratégias para as alcançar.
E - Empathy (Empatia)	Adoção de uma postura empática e acolhedora, segura e objetiva na relação com o indivíduo, a fim de promover uma maior aceitação do aconselhamento.
S - Self-efficacy (Autoeficácia)	Promoção do sentimento de segurança e auto-eficácia em relação à resolução do problema.

RECOMENDAÇÕES

17. As intervenções breves descritas são relevantes na intervenção nos PLA, quando existe um consumo de risco ou um consumo nocivo que não constitui um quadro de dependência de álcool e não está associado a uma perda de funcionalidade significativa.
18. A informação dada ao indivíduo deve ser clara e objetiva.
19. O psicólogo deve manter uma escuta activa.
20. É importante desenvolver a perceção do indivíduo relativamente à sua responsabilidade no processo de mudança.
21. Encorajar o indivíduo e reforçar a autoeficácia.

5.3. Prevenção da recaída

A intervenção focada na prevenção da recaída é de extrema importância na manutenção do processo de mudança. Um número significativo de pessoas apresenta recaídas recorrentes ao longo do tratamento. Assim, o próprio processo de recaída deve ser visto como parte integrante do processo de mudança.

A prevenção da recaída consiste num conjunto de estratégias para ajudar o indivíduo a reconhecer situações de risco que podem precipitar o lapso, modificar a forma como este reage ao mesmo de forma a reduzir o risco de uma recaída.

Neste contexto é importante distinguir entre uma recaída e um lapso. O lapso remete para um ato isolado de consumo de álcool, normalmente associado à exposição a situações de risco, quando existe ainda uma falta de competências para lidar com as mesmas. Usualmente os lapsos estão associados a dificuldades na regulação emocional e à pressão social. Assim, se alguém após algum tempo de abstinência ingere determinada quantidade de álcool, fala-se em lapso. O objetivo do conceito de lapso é olhar para este comportamento como algo inerente ao processo de mudança, e reduzir a probabilidade do indivíduo se desmotivar relativamente ao processo de mudança. A recaída refere-se a um revés na tentativa de uma pessoa para modificar o seu comportamento.

5.3.1. Como intervir na prevenção da recaída?

1. Ajudar o indivíduo a reconhecer situações de risco.

Existem vários fatores que podem estar associados ao processo de recaída, aumentando a sua probabilidade, como por exemplo:

- Estados Emocionais: Alterações de humor, stress, conflitos, pressão social, falta de motivação, excesso de autoconfiança na capacidade para controlar o consumo de álcool.
- Isolamento Social e fatores familiares: conflitos interpessoais, com amigos, familiares, colegas ou chefias. Desemprego, Insatisfação laboral.

- Ambiente: frequentar ambientes de consumo, tais como bares e outros locais que tenham bebidas alcoólicas disponíveis ou locais onde o indivíduo habitualmente consumia.

- Disponibilidade das bebidas: ter álcool em casa, no local de trabalho, etc.

- Contexto Social: situações de interação social que promovam o consumo de álcool (e.g. Jantares, festas, etc.)

- Estratégias de *coping* inadequadas: quando em situações de risco, as competências de *coping* com a situação do indivíduo podem determinar a ocorrência de uma recaída.

2. Reconhecer que a recaída é possível em situações inesperadas. Esta possibilidade deve ser antecipada com o indivíduo, assim como as estratégias a usar nessas situações.

3. Ajudar o indivíduo a identificar experiências prévias de recaída e a refletir sobre a forma como lidou com a situação, explorar crenças do indivíduo sobre a dependência de álcool, crenças acerca da sua capacidade para evitar recaídas e lidar com lapsos, estratégias para lidar com situações de alto risco, alterações de humor e a presença de apoio social e familiar.

Marlatt e Gordon (1985) desenvolveram um modelo de prevenção de recaída que contemplam dois tipos de estratégias: estratégias de intervenção específicas e estratégias de autocontrolo globais.

5.3.2. Estratégias de intervenção específicas

Após a avaliação do risco de recaída, o psicólogo deverá ajudar o indivíduo a desenvolver estratégias de *coping* alternativas que possa usar nessas situações. Reestruturação cognitiva, gestão de *stress*, *role-playing*, modelagem de novos comportamentos, visionamento de vídeos e *feedback* direto, são algumas das estratégias que podem ser desenvolvidas com o indivíduo. Estas estratégias devem ser práticas e adequadas ao indivíduo.

As estratégias podem ser de carácter mais comportamental ou mais cognitivo:

- *Coping* comportamental: atividades distratoras quer físicas (e.g. fazer exercício físico, caminhar), quer mentais (e.g. ler), consumo de bebidas não alcoólicas, evitar a situação, e exercícios de relaxamento.
- *Coping* cognitivo: Pensar nos benefícios de não beber, ao nível da saúde e outras áreas de vida; uso do pensamento para adiar o consumo ou distrair-se. Ensaio real ou imaginado.

5.3.3. Estratégias de auto-controle globais

A par das estratégias de intervenção específicas, devem ser implementadas estratégias mais globais que incidam no estilo de vida, para que haja uma menor probabilidade do indivíduo vir a consumir álcool. Como em qualquer processo de mudança, é importante que se adquiram novos hábitos. Passar de um foco na substância para um estilo de vida mais saudável, onde o indivíduo reconheça e retire prazer de outras atividades, é fundamental. É necessário ajudar o indivíduo:

- a procurar outras fontes de prazer (exercício físico, atividades de lazer, ler, escrever, reforçar laços familiares...);
- na reinserção social;
- a integrar grupos de auto-ajuda;
- a estabelecer relações satisfatórias com os outros e consigo próprio.

RECOMENDAÇÕES

22. A intervenção nos PLA deve incluir um plano para a prevenção da recaída.
23. O plano de prevenção de recaída deve ter em consideração os factores de risco individuais.
24. O plano de prevenção de recaída deve incluir a promoção de estratégias de *coping* para lidar com os factores de risco específicos.
25. Devem ser desenhados planos de contingência para a recaída.

26. A recaída deve ser vista como uma oportunidade de modificar e reforçar a atitude do indivíduo perante a intervenção e não como um fracasso.

27. É importante distinguir entre lapso e recaída.

28. É importante prever a possibilidade de contacto cliente-técnico após o término da intervenção.

5.4. Psicoeducação

A psicoeducação é o estabelecimento de um fluxo de informações de psicólogo para cliente e vice-versa (Callahan & Bauer, 1999). Este tipo de intervenção caracteriza-se por ser limitada no tempo, estruturada, diretiva, focada no presente e na busca de resolução de problemas. Na intervenção nos PLA, a psicoeducação é dirigida ao indivíduo e/ou seus familiares em formato individual ou grupal fornecendo informações sobre a natureza e tratamento da doença, provendo ensinamentos teóricos e práticos para que possam compreender e lidar melhor com a mesma. Esta estratégia permite ao indivíduo ter maior capacidade de *insight* e juízo crítico sobre a problemática, melhorar a adesão ao tratamento, promover a prevenção da recaída e alteração para um estilo de vida mais saudável. Nas comorbilidades psicopatológicas, a psicoeducação é igualmente relevante, quer para a dependência alcoólica quer para o diagnóstico psiquiátrico concomitante pois ajuda a tomar consciência da relação entre o consumo de álcool e a psicopatologia.

A educação em saúde é entendida como processo que procura capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante da realidade quotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores formais e informais, tendo sempre em vista a integração, continuidade, democratização do conhecimento e o progresso no plano social.

RECOMENDAÇÕES

29. Dar informação relevante sobre os PLA no sentido de aumentar a consciência do indivíduo para a problemática e melhorar a sua adesão ao tratamento.

5.5. Treino de competências

O treino de competências pessoais e sociais é uma intervenção à qual se recorre com frequência na abordagem terapêutica dos PLA. Esta intervenção permite desenvolver competências socio emocionais que se revelam protetoras relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas. Nestes programas são desenvolvidas competências nas áreas da: gestão de emoções, comunicação, assertividade, desenvolvimento de autoconhecimento, autoeficácia e autoestima, desenvolvimento de competências relacionais, resolução de problemas, tomada de decisão e gestão de conflitos. Um programa de treino de competências socio emocionais em geral é desenvolvido em contexto grupal e em complementaridade com outras intervenções. O desenvolvimento e treino destas competências ajudam a melhorar as relações familiares, sociais e profissionais. Um programa de treino de competências socio emocionais é eficaz quando o objetivo é a adesão à terapêutica e ao tratamento, melhorar o funcionamento social e prevenir a recaída. A intervenção no PLA deve envolver o treino de competências socioemocionais que se encontrem associadas ao consumo ou que sejam protetoras do mesmo.

RECOMENDAÇÕES

30. A intervenção no PLA deve envolver o treino de competências socioemocionais que se encontrem associadas ao consumo ou que sejam protetoras do mesmo.

5.6. Intervenções familiares e conjugais

Os problemas ligados ao álcool não afetam somente o indivíduo mas também a família onde este está inserido. Na generalidade os membros da família e pessoas próximas são afetadas, e por esta razão é frequentemente referido que a patologia alcoólica é uma doença da família. Cada elemento está envolvido no processo de desenvolvimento da patologia e por isso também no processo de intervenção.

Numa primeira instância, um aspeto importante presente no processo de intervenção pode passar pelo apoio a elementos da família na forma como lidam com o problema de álcool do seu familiar. Isto pode ocorrer tanto em contexto de ambulatório, como de internamento. Vários programas terapêuticos, como programas em ambulatório intensivos, internamentos em unidade de alcoologia ou comunidades terapêuticas, incluem os familiares no processo de tratamento. Também aqui a psicoeducação acerca dos PLA pode ser importante para devolver alguma percepção de controlo à família.

Quando os objetivos da intervenção passam pela análise e modificação dos processos de comunicação e interação dos elementos da família, no sentido de corrigir a disfunção presente no sistema familiar, fará sentido uma terapia familiar. Isto pode ocorrer quer no início do tratamento, quer numa fase posterior de paragem dos consumos.

Não é incomum, após um longo período do indivíduo com PLA ter estado desligado de aspetos relevantes da vida familiar, querer voltar a ter um papel activo na mesma, este facto pode criar conflitos e gerar uma nova dinâmica na família.

No que respeita às intervenções conjugais em PLA, usualmente os objetivos são a melhoria das competências comunicacionais e o incremento do reforço positivo na relação a dois. Para tal, será também necessário a identificação de conflitos relacionais provocados pelo consumo de álcool, a definição de tarefas e papéis familiares, e melhoria nas estratégias de resolução de problemas.

RECOMENDAÇÕES

31. Sempre que indicado pela avaliação clínica, a intervenção deve incluir uma dimensão familiar. Em função das necessidades do cliente e da família, esta deve envolver o casal ou a família mais alargada.

32. Em função do contexto familiar e conceptualização do PLA do indivíduo, a intervenção pode ir da psicoeducação, passando pelo envolvimento da família no tratamento individual, até à terapia familiar/conjugal.

6. Programas de Autoajuda

Os programas de autoajuda existem há vários anos e podem consistir numa fonte de ajuda por si, ou numa forma de apoio complementar ao tratamento médico e/ou psicológico. Para algumas pessoas pode ser importante estarem num contexto onde possam ouvir depoimentos e indicações de pessoas que, assim como elas, estão a passar por dificuldades associadas aos consumos de álcool. O psicólogo poderá ser um facilitador no acesso a estes programas, disponibilizando informação ou ajudando num primeiro contacto.

Um dos programas de auto ajuda mais conhecidos mundialmente é o Programa dos 12 Passos. Indivíduos que frequentam este tipo de programa apresentam um melhor resultado face aos seus consumos, quando comparados com indivíduos que não frequentam o programa (*Moos & Timko, 2008*). Aspetos que parecem contribuir para este ganho passam, não apenas pela frequência de reuniões, mas também pelas leituras de literatura dos 12 passos, trabalhar os passos e ter um padrinho e/ou tornar-se padrinho que orienta o processo de recuperação.

Atualmente existem inúmeros grupos de autoajuda no país, como por exemplo os "Alcoólicos Anónimos" ou grupos de apoio à família (*e.g. Al-Anon*).

RECOMENDAÇÕES

33. O psicólogo deve ter conhecimento sobre a existência dos grupos de autoajuda e ser um facilitador no acesso a este tipo de programas.

7. INTERVENÇÃO EM GRUPOS ESPECÍFICOS

7.1. Idosos

Dados do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, de 2009, apontam para um aumento do consumo de álcool na população portuguesa com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos, sobretudo nas mulheres. Ainda que a intervenção nos PLA em idosos seja semelhante às indicações dadas para adultos, existem problemas de saúde associados ao consumo de álcool em idosos que podem estar relacionados com as mudanças fisiológicas próprias do avançar da idade, tais como, maior sensibilidade à substância, aumento do número de condições comórbidas e consumo concomitante de medicamentos.

Acresce que na 3ª idade, surgem com frequência, stressores que podem agravar um consumo já existente e torná-lo problemático. A entrada na reforma, a viuvez ou a mudança para outra área de residência pode conduzir a sentimentos de desenraizamento, potenciando o consumo de álcool como forma de atenuar a dor e sofrimento interno.

Existe uma tendência para ignorar consumos problemáticos de álcool em populações mais idosas, uma vez que os sintomas podem ser confundidos com demência, depressão ou outros problemas comuns em idades mais avançadas (*Fink, Hays, Moore, & Beck, 1996*).

O facto do consumo de bebidas alcoólicas ser pré-existente, muitas vezes durante décadas, conduz à sua desvalorização, dificultando a avaliação da dimensão real da problemática.

Deste modo, o psicólogo deve estar atento e explorar alguns indicadores que podem estar relacionados com o consumo de álcool, como por exemplo: défice cognitivo previamente inexistente, alterações súbitas de humor, desleixo nos cuidados de higiene, quedas recorrentes e/ou problemas gastrointestinais.

Existem ainda problemas de saúde que são comuns no idoso mas que podem ser agravados pelo consumo nocivo de álcool, nomeadamente a diabetes, a tensão arterial, a insuficiência cardíaca congestiva, problemas de fígado, osteoporose, problemas de memória, perturbações de humor, etc.

A presença na consulta de uma pessoa que seja afetivamente significativa (familiares, cuidadores e amigos) para o idoso pode ser importante uma vez que permite obter informações complementares que ajudam a clarificar a dimensão da problemática e planear a intervenção.

RECOMENDAÇÕES

34. A intervenção com adultos mais velhos deve atender às especificidades e necessidades particulares deste grupo etário. Devem ser avaliados os problemas de saúde tipicamente associados ao processo de envelhecimento.

35. Na avaliação da deterioração cognitiva associada ao consumo de álcool deve ser feito o despiste de quadros depressivos e demenciais.

36. A intervenção segue os mesmos princípios descritos neste documento, mas deve ser adaptada tendo em conta dimensões geracionais e significados pessoais associados à idade (e.g., quando se é velho não se muda). O psicólogo deve estar atento aos estereótipos que existem relacionados com a idade.

capacidades sejam desenvolvidas, facilitando a integração social.

Na intervenção com este grupo o psicólogo deve considerar a hipótese de intervir com as famílias e explorar aspetos como a capacidade de comunicar, gerir conflitos, negociar limites, resolver problemas, estabelecer compromissos, etc.

A intervenção com adolescentes e jovens com consumos problemáticos de álcool deve ser realizada preferencialmente fora dos serviços de saúde, em contextos neutros, mais próximos da vida quotidiana do jovem.

RECOMENDAÇÕES

37. A avaliação do adolescente/jovem segundo os fatores de proteção e fatores de risco é uma forma de orientar a intervenção.

38. Ao intervir com um adolescente/jovem é importante aferir a necessidade de intervir também com a família.

39. A intervenção com adolescentes deve ser realizada em grande medida na comunidade (e.g., escola) e fora dos contextos institucionais de saúde (e.g., centros de saúde).

7.2. Adolescentes e Jovens Adultos

A tendência para adotar comportamentos de risco aumenta desde a infância até à adolescência, alcançando o seu expoente máximo nesta fase da vida (Steinberg, 2004, 2008). Os adolescentes são um grupo de risco para o início do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas por diversas razões nomeadamente a procura de novas sensações, pressão dos pares, associação do consumo ao lazer, diminuição do risco percebido, impulsividade, crescente autonomização dos pais, etc.

A par dos fatores que aumentam o risco do consumo, também existem fatores que diminuem este risco – fatores de proteção. A avaliação do adolescente/jovem segundo estes fatores permite perceber quais as áreas de maior fragilidade e de maior resiliência dando o enfoque à intervenção orientada para um desenvolvimento harmonioso onde as suas

7.3. Mulheres Grávidas ou a Amamentar

A Organização Mundial de Saúde considera que a abstinência de álcool deve ser total na mulher grávida ou a amamentar (WHO,2001). O consumo de álcool durante a gravidez pode conduzir a abortos espontâneos, nascimentos prematuros, nados-mortos e a toda uma variedade de incapacidades conhecidas como Perturbações do Espectro Fetal Alcoólico. Estas perturbações envolvem deficiências no crescimento e no desenvolvimento do sistema nervoso central causadas pelo consumo de álcool durante a gravidez, sendo a síndrome fetal alcoólica a situação mais grave. O álcool é uma substância neurotóxica em qualquer quantidade pelo que devem ser explorados com a grávida ou lac-

tante mitos e crenças associados ao consumo de álcool e suas consequências.

Existem aspetos específicos da gravidez e maternidade que devem ser explorados e enquadrados nesta que é considerada uma crise no ciclo de vida.

RECOMENDAÇÕES

40. O psicólogo deve promover a abstinência do consumo de álcool em mulheres grávidas ou a amamentar.

7.4. Indivíduos com comorbidade psicopatológica

Para além das comorbidades físicas associadas ao consumo de álcool anteriormente referidas, existem indivíduos que apresentam comorbidade psicopatológica, no sentido que, para além de um consumo problemático de álcool, apresentam uma perturbação mental, condição que tem sido designada por patologia dual. Nestes casos é importante esclarecer o diagnóstico e clarificar qual o grau de relação das duas problemáticas. Isto é, avaliar se o PLA interfere com uma condição psicopatológica preexistente, e/ou se os sintomas psicopatológicos resultam de um consumo de risco persistente. A intoxicação alcoólica e a abstinência podem também por si só, produzir sintomas característicos de algumas perturbações mentais. A avaliação e o planeamento cuidadoso, são determinantes para os bons resultados da intervenção.

Relativamente à intervenção na patologia dual, têm sido propostas abordagens integradas, que intervenham nos fatores de vulnerabilidade do doente e que incluam: estratégias para aumentar a adesão ao tratamento, psicoeducação sobre a relação entre abuso de álcool e a perturbação psiquiátrica e o tratamento conjunto das duas patologias, evitando conflitos entre as duas modalidades de tratamento (Osher & Kofoed, 1989). Um pior prognóstico tem sido atribuído em grande parte, à abordagem tradicional, que trata a dependência e a perturbação mental em serviços/equipas diferentes.

Descrevem-se em baixo alguns aspectos a ter em conta na intervenção em PLA, aquando da presença de algumas das psicopatologias mais frequentemente associadas ao consumo de álcool: a depressão e a ansiedade, a perturbação pós-stress traumático, a doença bipolar, a doença psicótica e as perturbações da personalidade (e.g., Stockwell et al., 1984; Weiss & Rosenberg, 1985; Stohler & Rössler, 2005)

7.4.1. Depressão

Existem dados que apontam para que a comorbidade entre a depressão e o consumo problemático de álcool intensifica os estados depressivos e diminui a resposta terapêutica (Boden & Fergusson, 2011). Para além disso, a intoxicação alcoólica, aumenta o risco de suicídio (e.g., Beautrais, 1998). Devido a estes fatores, para além da avaliação daquilo que são os consumos e a sua função na vida do indivíduo, e da avaliação história da depressão, torna-se extremamente relevante a avaliação do risco de suicídio. Usualmente, preconiza-se a paragem do consumo a fim de compreender melhor a sintomatologia depressiva, uma vez que, sendo o álcool um depressor do sistema nervoso central, o próprio consumo continuado pode despoletar e agravar a sintomatologia depressiva.

7.4.2. Ansiedade

Vários estudos apontam para que entre 23 a 70% dos pacientes dependentes de álcool sofram de perturbações ansiosas (e.g., Merikangas & Angst, 1995; Kranzler, 1996). Neste contexto é, assim como na depressão, importante compreender a função do álcool na história do indivíduo. O álcool pode funcionar como uma estratégia de *coping* desadaptativa (e.g., desinibidor em situações sociais em casos de ansiedade social) e/ou a ansiedade surgir como sintoma da dependência aquando das fases de desintoxicação, abstinência e recuperação da síndrome de dependência do álcool. Parar o consumo de álcool ajuda na compreensão dos sintomas de ansiedade, contudo importa desenvolver com o indivíduo estratégias para lidar com a ansiedade que possa advir desta paragem.

7.4.3. Doença bipolar

A doença bipolar surge também associada aos PLA, registando-se um aumento dos consumos na fase maníaca (Mayfield & Coleman, 1968). O álcool é utilizado muitas vezes como automedicação, com o objectivo de atingir maior tranquilidade, diminuir a ansiedade e irritabilidade. Contudo, estes sintomas podem ser agravados, nos momentos de craving e/ou abstinência do álcool. É por isso muito importante avaliar o papel no consumo de álcool na vida do indivíduo e a sua função associada à psicopatologia. A paragem do consumo de álcool ajuda à compreensão da doença bipolar e à melhoria dos seus sintomas, nomeadamente pela cessação da interferência do álcool na terapêutica.

7.4.4. Perturbações Psicóticas

Sabemos que o consumo do álcool ou a sua abstinência pode desencadear um surto psicótico. Além disso, pessoas com ocorrência de crises psicóticas tendem a ser mais sensíveis aos efeitos de substâncias e podem experimentar efeitos negativos, mesmo com pequenos consumos.

Por outro lado, nas perturbações psicóticas, em particular na esquizofrenia, o álcool, é muitas vezes utilizado como automedicação, para atenuar os efeitos da doença, especialmente na fase produtiva.

Este facto pode levar a um ciclo, no qual os sintomas psicóticos e o consumo do álcool se alimentam mutuamente. É muito importante realizar uma avaliação cuidada do indivíduo e compreender qual a severidade de cada um dos quadros e a forma como interatuam.

Indivíduos com esquizofrenia e PLA têm um prognóstico mais reservado do que pacientes com outras perturbações e têm maior dificuldade em aderir ao tratamento (Menezes et al., 1996). Nesse sentido, o tratamento deve ser individualizado, com paragem do consumo e tratamento dos sintomas agudos. Tendo em conta as características da perturbação, os grupos de auto-ajuda e o aconselhamento, devem ter uma menor intensidade e um menor grau de confrontação (Ries et al., 2000).

7.4.5. Perturbações de personalidade

Existe uma grande prevalência de consumo de substâncias, incluindo o álcool, nos casos de perturbação de personalidade, como são a perturbação *borderline* e a perturbação da personalidade anti-social (Hatzitaskos, Soldatos, Kokkevi, & Stefanis, 1999).

Tal como em todos os casos de duplo diagnóstico, é importante o psicólogo dar espaço a uma boa avaliação de cada uma das condições e em conjunto com o indivíduo compreender qual é o papel do álcool na vida do consumidor. Alguns indivíduos com perturbação *borderline* referem o uso de álcool como forma de regular experiências emocionais sentidas como difíceis ou intoleráveis.

Vários estudos mostram que individualizar o tratamento, incluir no mesmo o treino de competências e recorrer a terapias cognitivas, pode incrementar a adesão ao tratamento (Gianoli, Jane, O'Brien, & Ralevski, 2012).

7.4.6. Indivíduos com comorbilidades aditiva

O consumo concomitante de álcool e outras substâncias aditivas é frequente. As substâncias mais consumidas são o tabaco, a *cannabis*, a cocaína, as anfetaminas, a MDMA também conhecida como *ecstasy*, e os depressores, como as benzodiazepinas e opióides.

Nestes casos, deverá ser avaliado o padrão de consumo das diferentes substâncias, as suas interações e consequências nas várias áreas da vida do indivíduo.

Tanto o álcool como o *cannabis* aumentam do comprometimento cognitivo e psicomotor. O seu consumo e combinação comportam riscos no desempenho de atividades que requeiram competências motoras e cognitivas. O consumo combinado de álcool e estimulantes aumenta o risco de desidratação, desregulação da temperatura corporal, cardiotoxicidade caracterizada pelo aumento da tensão arterial e aceleração do ritmo cardíaco, problemas do foro mental – psicose, ansiedade e depressão.

A combinação de álcool e substâncias depressoras do sistema nervoso central, aumenta o risco de comprometimento cognitivo, diminuição da capacidade para a condução e para o trabalho.

O consumo continuado de álcool e outras substâncias, pode reduzir a eficácia das intervenções psicológicas e farmacológicas estando por vezes associado a um baixo envolvimento no tratamento.

Os indivíduos devem ser informados do impacto da paragem do consumo de álcool e das outras substâncias psicoativas, como por exemplo o aumento dos níveis de ansiedade, e a perturbação do sono, devendo ser trabalhadas estratégias adaptativas – hábitos de sono, relaxamento, técnicas de gestão da ansiedade – que minimizem o risco de desenvolver dependência de outras substâncias.

RECOMENDAÇÕES

41. Deve realizar-se uma avaliação psicopatológica da pessoa com PLA. Em caso de comorbilidade, deve ser realizada uma avaliação compreensiva do quadro clínico.

42. Na presença de comorbilidade psicopatológica, deve ser avaliada a tipologia de consumo e a severidade do problema psiquiátrico, por forma a definir a prioridade e necessidade de tratamento de cada uma das condições.

43. O tratamento deve ser dirigido quer aos consumos, quer à perturbação mental comórbida. Em função da conceptualização do caso e disponibilidade de recursos, deve escolher-se entre intervir simultaneamente em ambas condições ou intervir sequencialmente.

44. Perante sinais e sintomas de depressão e/ou dificuldade de controlo de impulsos, deve avaliar-se o risco de suicídio e de passagem ao ato.

45. A prevenção de recaídas deve incluir consideração sobre recaída na perturbação comórbida.

46. Em pacientes com esquizofrenia a abordagem deve ser de menor intensidade e de baixa confrontação.

47. Nos casos de comorbilidade aditiva, deve ser avaliado o padrão de consumo das diferentes substâncias, as suas interações e consequências nas várias áreas da vida do indivíduo.

48. Devem trabalhadas com o indivíduo, estratégias de adaptativas, face às dificuldades inerentes à paragem do consumo do álcool, de forma a prevenir o aumento do consumo de outras substâncias.

BIBLIOGRAFIA

ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES
MAR. 2016

BIBLIOGRAFIA

- Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. World Health Organization, Geneva.
- Babor, T. F. & Higgins-Biddle, J. C. (2000). Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95(5), 677-686.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization.
- Beautrais, A. L. (1998). *Risk factors for suicide and attempted suicide amongst young people*. A report to the National Health and Medical Research Council.
- Boden, J. M. & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106, 906-914.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Callahan, M.A. & Bauer, M.S. (1999). Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22, 675-88.
- Cunha, J.R. (2002). Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool. Located at: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE Questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Fink, A., Hays, R.D., Moore, A.A., & Beck, J.C. (1996). Alcohol-related problems in older persons. Determinants, consequences, and screening. *Archives of Internal Medicine*, 156, 1150-6.
- Gianoli, M. O., Jane, J. S., O'Brien, E., & Ralevski, E. (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: A review of the evidence and future recommendations. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20(4), 333-344.
- Giedd, J.N., Blumenthal, J., Jeffries, N.O., Castellanos, F.X., Liu, H., Zijdenbos, A., Rapoport, J.L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2, 861-863.
- Giedd, JN (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 77-85.
- Hatzitaskos, P., Soldatos, C.R., Kokkevi, A., Stefanis (1999). Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 278-82.
- Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M. (2007). *SÓCRATES 8 D. Guia de aplicação e interpretação. Contributo para adaptação à população portuguesa*. Faro: Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve

- Kranzler, H. R. (1996). Evaluation and treatment of anxiety symptoms and disorders in alcoholism. *Journal of Clinical Psychiatry, 57*, 15-21.
- Lizarraga, S., & Ayarra, M. (2001). Entrevista Motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 14 2*, 43-53.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention – Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Mayfield, D.G. & Coleman, L.L. (1968). Alcohol use and affective disorder. *Disorders of the Nervous System, 29*, 467-74.
- Menezes P.R., Johnson S., Thornicroft G., Marshall J., Prosser D., Bebbington P. & Kuipers E. (1996). Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in south London. *British Journal of Psychiatry, 168*, 612–619.
- Merikangas, K. R., Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: Evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 244 (6)*, 297-303.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Sanches, V.C. (1993) *Motivating young adults for treatment and lifestyle change*. In: Howard, G.; ed. Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Miller, W.R., & Tonigan, J.S. (1996). Assessing Drinkers' Motivation for Change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of addictive behaviors, 10(2)*, 81-89.
- Moos, R., & Timko, C. (2008). *Outcome research on twelve-step and other self-help programs*. In M. Galanter, & H. O. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (4th ed. pp. 511-521). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). Relatório Primavera 2009.
- Osher, F. C. & Kofoed, L. L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 1025-1030.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 390–395.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*, 161-173.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1992). *The transtheoretical approach*. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Ribeiro, C. (2010) . *A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: Detecção e Intervenções Breves no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa.

· Ries, R.K., Russo, J., Wingerson, D., Snowden, M., Comtois, K.A., Srebnik, D., Roy-Byrne, P. (2000). Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. *Psychiatry Services*, 51(2), 210-5.

· Steinberg, L. (2004). Risk-taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51–58.

· Steinberg L. (2008). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.

· Stockwell, T.; Smail, P.; Hodgson, R.; Canter, S. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states II. A retrospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 58-63.

· Stohler, R, & Rössler, W. (2005). *Dual Diagnosis: the evolving conceptual framework*. Zürich. Karger.

· U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service National Institutes of Health National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2000). Alcohol and the Brain: Neuroscience and Neurobehavior IN Tenth Special Report to Congress on Alcohol and Health.

· Weiss, K. J., & Rosenberg, D.J. (1985). Prevalence of anxiety disorder among alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 3-5.

· World Health Organization (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.

· World Health Organization (2002). *The world health report, 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva.

· World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva.

· Zeigler, D. W. ,Wang, C. C., Yoast, R.A., Dickinson, B.D., McCaffree, M.A., Robinowitz, C.B., Sterling, M.L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*. 40, (1), 23-32.

SITES DE REFERÊNCIA

· Saúde

· DGS: www.dgs.pt

· Portal da Saúde: www.portaldasaude.pt/portal

· World Health organization: www.who.int/en/

· Directório do álcool: www.diretorioalcool.pt

· SICAD: www.sicad.pt

· Centro Europeu de Monitorização de Drogas e Dependências: www.emcdda.europa.eu/

· Grupos de Autoajuda

· Alcoólicos Anónimos Portugal: www.aaportugal.org

· Al-Anon Portugal: <http://al-anon.org.pt/>

· Narcóticos Anónimos: www.na-pt.org

· Famílias Anónimas: www.familiasanonimas-pt.org

ANEXOS

ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES
MAR. 2016

ANEXO A - Noções básicas sobre o consumo de álcool

Álcool e Bebidas Alcoólicas

Considera-se bebida alcoólica, a bebida que, por fermentação, destilação ou adição, contenha um título alcoométrico superior a 0.5% volume, Regulamento (CE) nº110/2008, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de janeiro de 2008.

As bebidas alcoólicas podem ser, dependendo da sua origem:

Bebidas fermentadas: que se obtêm por fermentação alcoólica dos sumos açucarados pela ação das leveduras.

Bebidas destiladas: que resultam da destilação, por meio dum alambique, do álcool produzido no decurso da fermentação.

Tabela A1. Tipo de bebidas e características

Tipo de Bebida		Origem	Bebidas	Gradação
Bebidas Fermentadas		sumo de uva	vinho	8 - 13 graus
		cereais (cevada)	cerveja	4 - 8 graus
		água e mosto já espremido	água-pé	2 - 3 graus
		sumo de maçã	cidra	4 - 5 graus
Bebidas Destiladas	Aguardentes	vinhos	cognac	40 - 55 graus
		frutos	aguardentes de fruta	40 - 55 graus
		sementes	whisky, vodka, gin	40 - 55 graus
		melaço de cana sacarina	rum	40 - 55 graus
	Aperitivos/ Licores	Vinhos	Vinho da Madeira Vinho do Porto	15 - 20 graus

Alcopops ou designer drinks - Bebidas alcoólicas açucaradas, com sabor a fruta e com uma percentagem de álcool que pode variar entre 4 a 6%. Devido ao sabor açucarado, estas bebidas alcoólicas são apelativas para os jovens que em geral, não apreciam o sabor ardente do álcool.

Conceito de Unidade de Bebida Padrão

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

Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool, o que corresponde a uma unidade de bebida padrão com cerca de 10 a 12g de álcool puro.



Figura A1. Unidade de Bebida Padrão

Conversão do volume de álcool em gramas

Podemos converter qualquer volume de álcool em gramas, considerando que cada mililitro de álcool, tem 0.8 g de álcool puro.

$$\text{Gramas de álcool puro} = \frac{\text{Quantidade consumida} \times \text{n}^\circ \text{ graus} \times 0.8}{100}$$

Exemplo: Quantas gramas de álcool puro de 1 litro de vinho com 12°?

$$\frac{1000 \text{ ml} \times 12 \times 0.8}{100} = 96\text{g}$$

Taxa de alcoolemia

A alcoolemia, taxa de álcool no sangue, traduz a impregnação alcoólica do indivíduo, em determinado momento. Após o consumo de uma bebida alcoólica, a concentração de álcool no sangue eleva-se, atingindo valores máximos até cerca de uma hora e meia após a ingestão, mais rapidamente em jejum e mais lentamente no decurso de uma refeição. Os valores começam a decrescer em função do tempo que passa após o consumo, com uma velocidade que depende de fatores individuais e metabólicos.

O valor aproximado da taxa de alcoolemia relativa a determinadas quantidades de bebidas alcoólicas ingeridas, pode calcular-se através da fórmula:

$$\text{Taxa de Alcoolemia} = \frac{\text{Álcool puro convertido em gramas}}{\text{Peso corporal (em kg)} \times \text{coeficiente}}$$

0.7 nos homens
0.6 nas mulheres
1.1 no curso das refeições

Variáveis que influenciam a taxa de alcoolemia:

Género / Idade / Peso / Nível de fadiga ou cansaço / Estado emocional / Consumo de medicamentos ou outras drogas / Capacidade de eliminação do álcool / Momento da absorção (em jejum, durante ou fora das refeições) / Velocidade do consumo / Graduação da bebida.

ANEXO B - Consequências do consumo de álcool

No indivíduo

Consequências Agudas

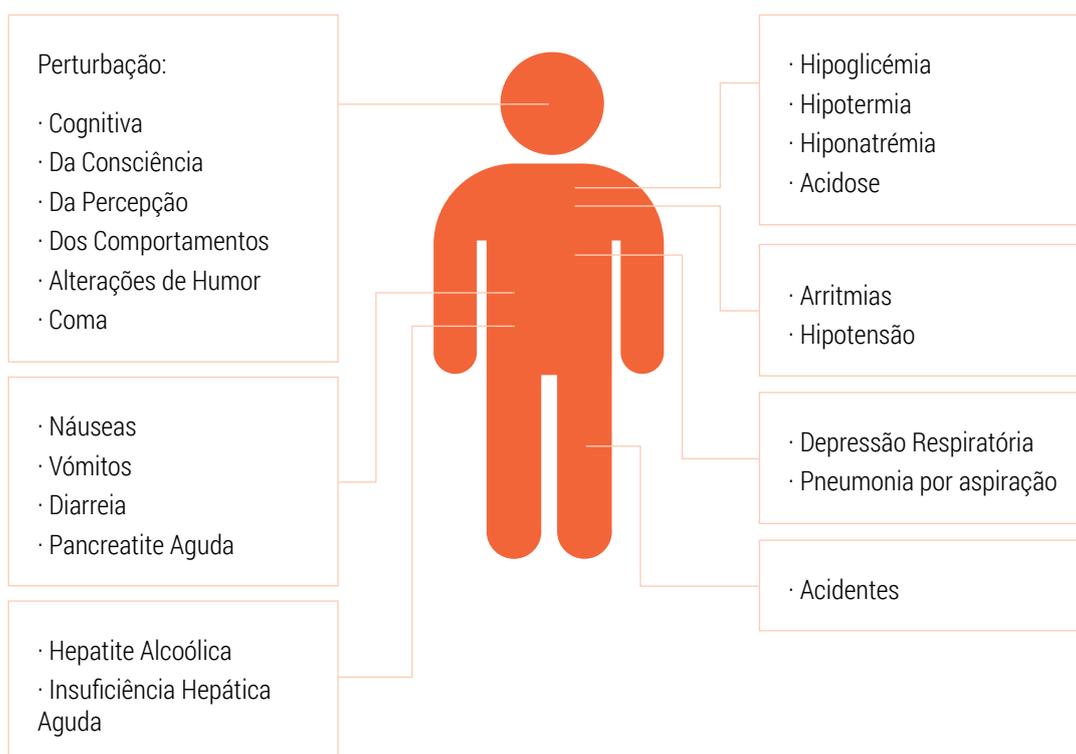


Figura B1. Consequências Agudas do Consumo de Álcool

Consequências Crônicas

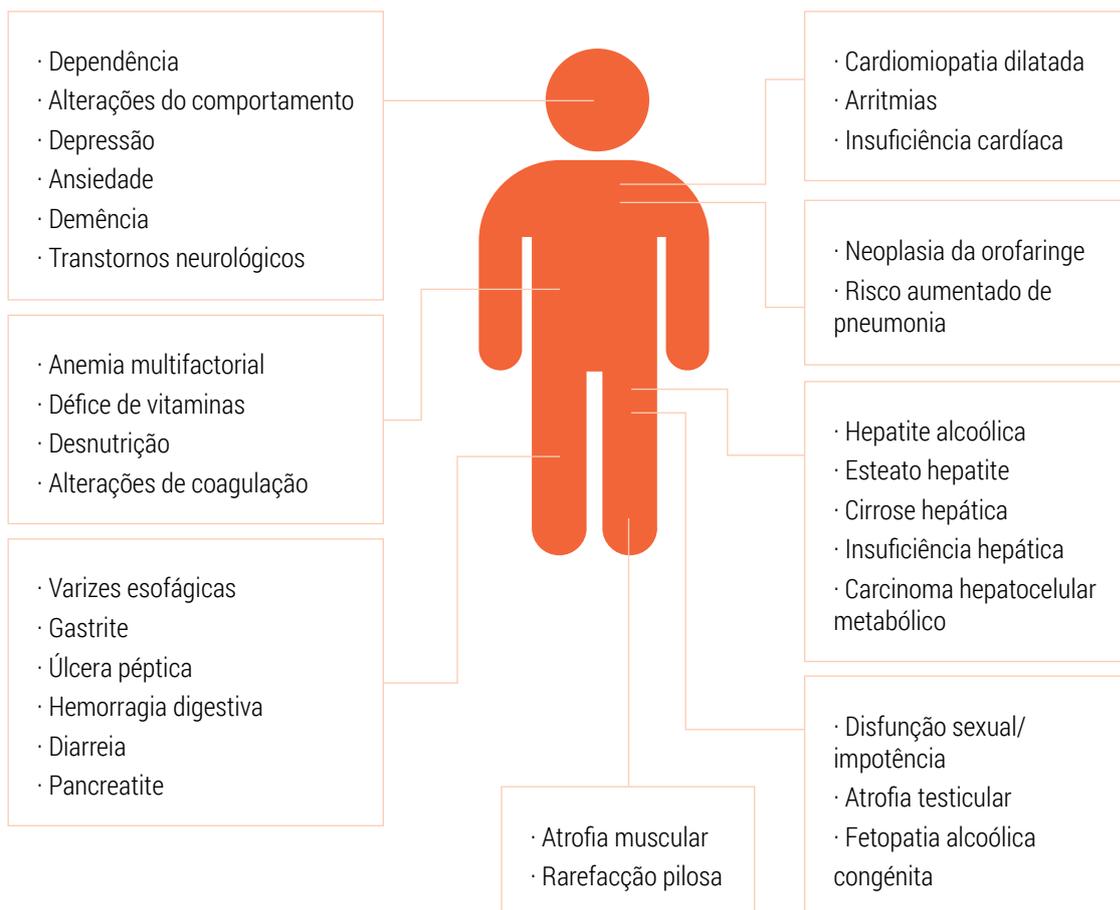


Figura B2. Consequências Crônicas do consumo de Álcool

Na Família	No Trabalho	Na Comunidade
<ul style="list-style-type: none"> · Perturbação da família do consumidor problemático de álcool · Conflitos Familiares · Negligência parental 	<ul style="list-style-type: none"> · Diminuição do rendimento laboral · Aumento de absentismo · Aumento do número de acidentes · Desemprego prolongado · Reformas prematuras 	<ul style="list-style-type: none"> · Perturbações nas relações sociais e da ordem pública · Delitos · Atos violentos · Criminalidade · Desemprego · Acidentes de viação · Degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da comunidade

ANEXO C - Diretrizes para o diagnóstico de Consumo Nocivo e Dependência de Substâncias Psicoativas - Álcool (CID-10)

CONSUMO NOCIVO

Diretrizes Diagnósticas:

- › O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do sujeito;
- › Padrões nocivos de consumo são frequentemente criticados por outras pessoas e estão com frequência associados a consequências sociais adversas de vários tipos. O facto de um padrão de consumo ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a consequências socialmente negativas, tal como prisão ou conflitos conjugais, não é por si mesmo evidência de consumo nocivo;
- › A intoxicação aguda ou a “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar consumo nocivo;
- › O consumo nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, uma perturbação psicótica ou outra forma específica de perturbação relacionada com o consumo de substâncias está presente.

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA

Diretrizes Diagnósticas:

- O diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:
- › Forte desejo ou compulsão para consumir a substância;

- › Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos do seu início, término ou níveis de consumo;
- › Estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;
- › Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disto são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem consumir doses diárias suficientes para incapacitar ou matar consumidores não tolerantes);
- › Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou consumir a substância ou para se recuperar dos seus efeitos;
- › Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano no fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com o consumo de uma substância; deve-se fazer esforços para determinar se o sujeito estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

ANEXO D - Critérios para o diagnóstico de Perturbação de Uso de Álcool (DSM-V)

A. Padrão problemático de uso de álcool que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos, manifestado por pelo menos 2 dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. O álcool é muitas vezes consumido em quantidades superiores ou por um período mais longo do que pretendia.
2. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos para diminuir ou controlar o uso de álcool.
3. É gasta uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de álcool, uso de álcool ou a recuperar dos seus efeitos.
4. Craving ou um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool.
5. Uso de álcool recorrente resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso de álcool continuado apesar de ter problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool.
7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso de álcool.
8. Uso de álcool recorrente em situações em que é fisicamente perigoso.
9. O uso de álcool é continuado apesar de saber que tem um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo álcool.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
 - a. Uma necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.

b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.

11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:

- a. Uma síndrome de abstinência característica de álcool.
- b. O álcool (ou outra substância intimamente relacionada, tal como uma benzodiazepina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão precoce: Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para a perturbação de uso do álcool, nenhum critério para perturbação de uso de álcool foi preenchido durante um período mínimo de 3 meses mas menor do que 12 meses (com exceção de que o Critério A4, "Craving ou um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool", que pode ser cumprido).

Em remissão mantida: Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para a perturbação de uso de álcool, nenhum critério para perturbação de uso de álcool foi preenchido em qualquer altura durante um período mínimo de 12 ou mais meses (com a exceção do Critério A4, "Craving ou um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool", que pode ser cumprido).

Especificar se:

Em ambiente controlado: Este especificador adicional é utilizado se o indivíduo está num ambiente onde o acesso ao álcool é restrito.

Especificar gravidade atual:

Ligeira. Presença de 2-3 sintomas.

Moderada. Presença de 4-5 sintomas.

Grave. Presença de 6 ou mais sintomas.

ANEXO E - Algoritmo da Rede de Referenciação

Tabela E1. Algoritmo da Rede de Referenciação.

	Problemas	Intervenção	Cuidados de Saúde
Nível I	<ul style="list-style-type: none"> · Sinais de alarme · Perturbações de comportamento · Consumo de baixo risco · Consumo de risco · Doenças crónicas diversas 	<ul style="list-style-type: none"> · Prevenção seletiva e indicada · Detecção precoce · Intervenção precoce · Intervenção breve · Programas de intervenção comunitária 	<p>Cuidados de Saúde Primários:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Unidades Funcionais <p>Cuidados de Saúde Especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Centros de Respostas Integradas - Equipa Técnica Especializada nos CAD (Prevenção)
Nível II	<ul style="list-style-type: none"> · Consumo nocivo · Dependência · Policonsumo · Comportamentos de risco · Comorbilidade 	<ul style="list-style-type: none"> · Prevenção indicada · Intervenção breve · Programas de intervenção comunitária · Tratamento integrado · Redução de riscos e minização de danos · Reinserção 	<p>Cuidados de Saúde Especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Centros de Respostas Integradas - Equipas Técnicas Especializadas nos CAD · Unidades de Alcoologia · Comunidades Terapêuticas · Áreas de Dia / Centros de Dia · Equipas / Unidades de Saúde Mental Comunitária · Equipas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica
Nível III	<ul style="list-style-type: none"> · Dependência grave · Policonsumo · Comorbilidade física · Psicopatologia grave 	<ul style="list-style-type: none"> · Tratamento integrado · Programa STOP · Desintoxicação / Desabilitação · Internamento por patologia psiquiátrica · Programas de tratamento com opióides · Redução de Riscos e Minimização de Danos · Reinserção 	<p>Cuidados de Saúde Especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Centros de Respostas Integradas - Equipas Técnicas Especializadas nos CAD · Unidades de Alcoologia · Comunidades Terapêuticas · Áreas de Dia / Centros de Dia <p>Cuidados de Saúde Hospitalares:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Serviços Locais de Saúde Mental · Serviços de Especialidades Médico-Cirúrgicas

ANEXO F - Mitos e Factos sobre o Álcool

Tabela F1. Mitos e Factos sobre o Álcool

Mitos	Factos
O álcool é um alimento	O álcool não é um alimento pois não tem valor nutritivo, uma vez que contém calorias inúteis para o funcionamento das células. O álcool não ajuda nas funções de edificação, construção e reconstrução do organismo. Dado o seu elevado teor calórico, pode contribuir para o excesso de peso.
O álcool aquece	O álcool produz uma sensação momentânea de calor dado que provoca uma dilatação dos vasos sanguíneos da pele. Esta deslocação de sangue provoca uma perda de calor interno, prejudicando o funcionamento de todos os órgãos. Na realidade, o álcool faz com que haja uma perda de energia.
O álcool facilita as relações sociais	Numa fase inicial e em pequenas quantidades, o álcool pode contribuir para uma desinibição, aumentando a cordialidade e o desejo de estar em relação com os outros. Nem sempre é fácil gerir a quantidade certa e, ultrapassando esse limite, o álcool pode contribuir para conflitos relacionais por falhas na comunicação e situações de agressividade.
O álcool dá força	O álcool tem uma ação excitante e anestésiante, que disfarça o cansaço. Cria a ilusão de dar força após esforço físico ou intelectual. Contudo, a degradação do álcool no fígado gasta muita energia, pelo que o cansaço após o consumo ainda é maior.
O álcool mata a sede	A sensação de sede significa necessidade de ingerir água. Quando se ingere uma bebida alcoólica, uma considerável quantidade de água, que faz falta ao organismo, sai pela urina aumentando a necessidade de água no organismo.
O álcool é um bom digestivo	O álcool faz com que os movimentos do estômago sejam muito mais rápidos e os alimentos passem para o intestino sem estar devidamente digeridos, dando a sensação de estômago vazio. O resultado é a falta de apetite e o aparecimento de gastrites e úlceras.
O álcool melhora o desempenho sexual	O álcool é um depressor do sistema nervoso central, mas numa fase inicial deixa a pessoa mais desinibida e pode favorecer o encontro sexual. Se o consumo for excessivo, o efeito pode ser contrário e a excitação dará lugar à sonolência. A inibição do sistema nervoso central pode bloquear o orgasmo e o desejo.
O consumo de café ajuda a diminuir a taxa de álcool no sangue	A diminuição da taxa de álcool no sangue depende exclusivamente do período de tempo, por isso, café, duche, ar fresco, atividade física e outros métodos não têm esse efeito.

ANEXO G - SADQ

Questionário SADQ

Por favor, lembre-se de um período típico de consumo excessivo de bebidas alcoólicas nos últimos 6 meses. Quando foi?

mês	ano
-----	-----

Instruções: Responda a todas as seguintes questões acerca do seu consumo de bebidas alcoólicas durante esse período, colocando um (x) na resposta que considera mais adequada:
Durante esse período de consumo de bebidas alcoólicas:

1. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, acordo transpirado.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

2. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, as minhas mãos tremem logo pela manhã.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

3. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, todo o meu corpo treme violentamente logo pela manhã, se não ingerir uma bebida alcoólica.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

4. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, acordo todo encharcado em suor.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

5. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, tenho medo de acordar pela manhã.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

6. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, tenho medo de encontrar pessoas logo pela manhã.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

7. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, sinto-me totalmente desesperado quando acordo.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

8. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, sinto-me muito assustado quando acordo.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

9. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, gosto de beber uma bebida alcoólica de manhã.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

10. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, bebo as primeiras bebidas alcoólicas o mais depressa possível.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

11. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, bebo mais bebidas alcoólicas para parar os tremores.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

12. No dia seguinte à ingestão de bebidas alcoólicas, acordo com uma forte vontade de beber.

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

13. Bebo mais do que um quarto de garrafa de uma bebida destilada por dia (ou 1 garrafa de vinho ou 7 cervejas).

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

14. Bebo mais do que meia garrafa de uma bebida destilada por dia (ou 2 garrafas de vinho ou 15 cervejas).

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

15. Bebo mais do que 1 garrafa de uma bebida destilada por dia (ou 4 garrafas de vinho ou 30 cervejas).

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

16. Bebo mais do que 2 garrafas de uma bebida destilada por dia (ou 8 garrafas de vinho ou 60 cervejas).

Quase nunca Algumas vezes Frequentemente Quase sempre

GUIA ORIENTADOR DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES / 2016

Imagine a seguinte situação: 1. esteve totalmente abstinente de bebidas alcoólicas há algumas semanas / 2. depois bebeu excessivamente durante dois dias. Como se sentiria na manhã seguinte após esses dois dias de consumo excessivo?

17. Começaria a transpirar.			
Quase nunca <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>	Quase sempre <input type="checkbox"/>
18. As minhas mãos tremeriam.			
Quase nunca <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>	Quase sempre <input type="checkbox"/>
19. O meu corpo tremeria.			
Quase nunca <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>	Quase sempre <input type="checkbox"/>
20. Sentiria uma forte vontade de beber uma bebida alcoólica.			
Quase nunca <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>	Quase sempre <input type="checkbox"/>
score _____	avaliação _____		
Prescrita desintoxicação? _____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	_____

Notas para o uso do SADQ

Na presença de dependência de álcool poderá recorrer-se à utilização do **Questionário de Avaliação da Severidade da Dependência do Álcool – SADQ** (Stockwell, Murphy & Hodgson, 1983¹; Breda, Almeida & Pinto, 1998²). Este questionário aborda os aspetos do Síndrome de Dependência Alcoólica caracterizado por diferentes tipos de sintomas:

- 1) sintomas físicos de privação;
- 2) sintomas afetivos da privação;
- 3) sintomas de alívio da privação;
- 4) compulsão para o consumo de bebidas alcoólicas
- 5) reinstalação dos sintomas após abstinência.

A sua versão mais recente de auto aplicação é constituída por 20 itens. As respostas para cada pergunta são classificadas numa escala de quatro pontos: 0 = quase nunca , 1 = algumas vezes, 2 = frequentemente e 3 = quase sempre.

Os resultados obtidos referem-se a: < 16 Dependência ligeira; 16-30 Dependência moderada; > 31 Dependência severa.

1. Stockwell, T., Murphy D., Hodgson, R. (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction*, 78, 145–156.

2. Breda, J., Almeida, A., & Pinto, A. (1998). Avaliação do Grau de Severidade da Dependência Alcoólica: validação em língua portuguesa do SADQ-C (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) e do ICQ (Impaired Control Questionnaire). *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*.

ANEXO H - ESCALA SOCRATES 8D

ESCALA SOCRATES 8D

Instruções: Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se acerca do seu uso de álcool/drogas. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda neste momento com cada afirmação. Por favor, coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

Afirmações	NÃO!	Não	?	Sim	SIM!
	Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Fortemente
1. Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
2. Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente do álcool/drogas.	1	2	3	4	5
3. Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de álcool/drogas os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4. Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
5. Em tempos já consumi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6. Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7. Eu tenho um problema com álcool/drogas.	1	2	3	4	5
8. Não estou só a pensar em mudar em relação ao álcool/drogas, já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
9. Eu já mudei em relação ao consumo de álcool/drogas e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar recaídas.	1	2	3	4	5
10. Eu tenho um problema sério com o álcool/drogas.	1	2	3	4	5
11. Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
12. O meu consumo de álcool/substâncias está a causar muito mal.	1	2	3	4	5
13. Atualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
14. Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
15. Eu sei que tenho um problema com as álcool/drogas.	1	2	3	4	5
16. Às vezes pergunto-me se o meu consumo de álcool/drogas é excessivo.	1	2	3	4	5
17. Eu sou um dependente.	1	2	3	4	5
18. Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
19. Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de álcool/drogas e quero ajuda para evitar consumir álcool/drogas do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5

GUIA ORIENTADOR DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

ORDEM DOS PSICÓLOGOS PORTUGUESES / 2016

O que a SOCRATES "diz" sobre a sua motivação para o tratamento:

Reconhecimento do problema	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">· Reconhece e "sente" que tem um problema relacionado com o consumo de álcool/drogas.· Se nada fizer para mudar, as coisas vão ficar cada vez piores.· Expressa o desejo de mudança.
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">· Não tem a intenção de mudar.· Nega que os consumos lhe tragam consequências.· Rejeita que lhe digam que tem um "problema com álcool/drogas" ou que seja "dependente do álcool/ toxicodependente".
Ação	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">· Já está a fazer algo para mudar em relação ao consumo de álcool/drogas.· Recentemente pode ter feito algumas mudanças com sucesso.· A mudança está em ação.· Pediu ajuda para manter a mudança ou prevenir recaídas.
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">· Não está a fazer nada para mudar em relação ao seu consumo de álcool/drogas.· Recentemente, não fez nenhuma mudança em relação ao consumo de álcool/drogas.
Sumário da motivação	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">· Como não tenho um problema com álcool/drogas nada tenho que fazer em relação a isso.
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">· Sei que tenho um problema com álcool/drogas, mas não estou preparado para mudar.
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">· Sei que tenho um problema com álcool/drogas e já estou a fazer coisas para mudar.
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">· O meu problema já não é com álcool/drogas, mas continuo atento e a fazer coisas para não recair.
<p>O que acho sobre "o que a SOCRATES me diz":</p>	

Notas para o uso da SOCRATES 8D

Na sua versão 8D, adaptada para a população portuguesa por Janeiro et al. (2007), a escala é composta por 17 itens e três subescalas: Reconhecimento do problema (6 itens); Ação (7 itens); Ambivalência (4 itens). No referido questionário, cada frase descreve o modo como cada indivíduo pode (ou não) sentir-se, no momento, sobre o seu consumo de álcool, sendo as alternativas de resposta avaliadas em escala do tipo Likert (discordo muito, discordo, indeciso, concordo, concordo muito) em que foi atribuída uma pontuação de 1, 2, 3, 4 e 5 respetivamente. No reconhecimento, a cotação apresenta um intervalo de valores de 6-30; na ação, um intervalo de 7-35 e na ambivalência, um intervalo de 4-20. A subescala do reconhecimento do problema está relacionada com a capacidade de *insight* do paciente em relação ao consumo de álcool, enquanto a subescala da ambivalência e ação estão relacionadas com a evolução do paciente. A pontuação obtida pelos indivíduos em cada subescala é situada em termos de percentis entre 10 (nível muito baixo) e 90 (nível muito alto). Disponibilizam-se abaixo, tabelas que podem facilitar a sua cotação e análise.

Tabela 1. Cotação para cálculo três subescalas da SOCRATES 8D.

Item	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1			
Item 2			
Item 3			
Item 4			
Item 5	–	–	–
Item 6			
Item 7			
Item 8			
Item 9			
Item 10			
Item 11			
Item 12			
Item 13			
Item 14			
Item 15			
Item 16			
Item 17			
Item 18			
Item 19			
	Total: (intervalo: 6-30)	Total: (intervalo: 8-40)	Total: (intervalo: 4-20)

Tabela 2. Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D.

	Percentis (%)	Reconhecimento do Problema		Ação	Ambivalência
	10	muito baixo	15	32	8
-	20		21	33	11
	30	baixo	24	35	13
	40		25	36	14
	50	médio	26	37	-
	60		27	38	15
+	70	alto	29	39	16
	80		30	39	17
	90	muito alto	-	40	18

ANEXO I - Princípios e Técnicas da Entrevista Motivacional

De acordo com os seus autores (*Miller & Rollnick, 2002*) a Entrevista Motivacional baseia-se em 4 princípios gerais:

Expressar Empatia – A empatia implica o técnico colocar-se no lugar do indivíduo que o procura. A compreensão gerada permite que o indivíduo se sinta mais seguro e confiante para partilhar as suas experiências, discutindo a sua ambivalência sobre a mudança e diminuindo eventuais resistências.

Reforçar a Auto-eficácia – Este aspeto implica desenvolver e reforçar a confiança do indivíduo na sua capacidade para resolver um problema e mudar. É importante que o indivíduo pense em alternativas exequíveis em que ele se reconheça e esteja disposto a implementar.

Fluir com a Resistência – Identificar e validar as dificuldades inerentes a este processo, evitando a confrontação, poderá diminuir as resistências do indivíduo.

Amplificar Discrepâncias – Tornar claro a discrepância entre o comportamento atual e o comportamento desejado, é uma fonte de motivação para a mudança.

Para isso Miller e Rollnick (2002) sugerem 5 técnicas importantes desde o primeiro contacto com o indivíduo:

1. Fazer questões abertas

Criar um ambiente de aceitação e confiança de forma a que o indivíduo se sinta capaz de explorar as suas questões. Por exemplo, "Quais as suas motivações para reduzir o seu consumo de álcool?"

2. Fornecer apoio emocional e encorajamento

Verbalizar apreço e expressar compreensão e validação, recorrendo a afirmações diretas, como por exemplo "Parece-me uma boa sugestão"; "Gostei de falar consigo hoje, e conhece-lo(a) melhor"; "Deve ser uma pessoa com muitos recursos para ter conseguido lidar com uma situação tão difícil durante tanto tempo".

3. Escuta Activa

A escuta activa é uma das competências mais importantes e desafiadoras da EM. Escutar atentamente e responder ao indivíduo com uma reflexão acerca do que foi dito, por forma a criar uma maior abertura e fluidez do discurso do cliente. Por exemplo, "Pelo que me diz esta não é a primeira vez que tenta mudar".

4. Resumir

Ligar e reforçar conteúdos que tenham sido discutidos, assegura que o psicólogo esteve a ouvir atentamente, reforça o que foi dito e prepara o indivíduo para poder desenvolver o assunto. Por exemplo, "Parece que em alturas em que está mais ansioso, é mais difícil controlar os seus consumos".

5. Promover um discurso para a mudança

Para promover um discurso de mudança e trabalhar as ambivalências é importante que:

O Indivíduo:

- Reconheça as desvantagens do comportamento atual;
- Reconheça as vantagens da mudança;
- Expresse otimismo relativamente à mudança;
- Expresse intenções de mudar.

O Técnico:

· Faça perguntas sugestivas, "*O que o preocupa na situação atual?*"; "*O que gostaria que fosse diferente?*"; "*O que estaria disposto a fazer?*".

· Avalie o grau de importância:

"De 1 a 10 quanto está disposto a mudar?",

"Porque está no ___ e não no ___?", "O que seria necessário para ir de ___ para ___ [um valor mais elevado]?"

· Explore o equilíbrio decisional: Discutir os aspetos positivos e negativos da situação atual.

· Elabore: Assim que um motivo para a mudança é nomeada, o Técnico pode ter a tendência para explorar outros. Antes

disso pode ser importante o indivíduo desenvolver esse motivo.

- Explore extremos: Pedir para o indivíduo descrever os extremos das suas preocupações. Por exemplo: “o que o preocupa mais relativamente ao seu consumo?”, “Imagine que continua a consumir o que consome. O que imagina que vai acontecer?”, “O que imagina que serão os benefícios se fizer essa mudança?”.
 - Olhe para trás: Levar o indivíduo a falar de períodos anteriores à dificuldade atual.
 - Olhe para a frente: Ajudar o cliente a visualizar um futuro associado à mudança.
 - Explore objetivos e valores: Perguntar ao cliente quais são as coisas mais importantes da sua vida. As suas prioridades podem ser diferentes das do Técnico contudo é necessário ter em conta que todas as pessoas têm objetivos e valores pessoais.
-



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS