

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO PARA ALCOOLISMO: UMA PROPOSTA AMBULATORIAL

Figlie, N.B. *; Pillon, S.C. ** ; Castro, L.A. *** & Laranjeira, R.****

*Psicóloga Mestre em Saúde Mental da UNIAD

** Enfermeira Mestre em Gastroenterologia da UNIAD - UNIFESP

*** Médico Pós Graduando da Psiquiatria da UNIAD - UNIFESP

**** Médico Psiquiatra e Coordenador da UNIAD – UNIFESP

UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) / UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo)

Rua Botucatu, 394 – Vila / Clementino – São Paulo – SP CEP: 04032-061

Tel.: 0xx11 576-4341 Fax: 0xx11 575-1708

E-Mail: neliana@uol.com.br

Resumo

Este artigo visa apresentar um modelo de organização de serviço ambulatorial para dependentes de álcool, desde a chegada no tratamento até o processo de desligamento do mesmo. A linha cognitiva serve como princípio norteador nas diferentes fases do tratamento, que engloba: desintoxicação de álcool, acompanhamento individual, avaliação psiquiátrica, psicoterapia grupal para dependentes de álcool, terapia de grupo para dependentes de álcool com problemas físicos, terapia de grupo para mulheres, grupo de orientação familiar.

Esta proposta de tratamento foi desenvolvida na UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas), ambulatório de um serviço público da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), ligado ao Depto. de Psiquiatria. Trata-se de um programa de reabilitação desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, sendo a população atendida: pacientes com dependência de álcool com grau de severidade leve, moderada e grave. São discutidas algumas conclusões desta proposta de tratamento, bem como o fluxograma do paciente no serviço.

Palavras-Chaves: Dependência do Álcool; tratamento; reabilitação; ambulatório; serviço.

AN ORGANISATION SERVICE TO ALCOHOL DEPENDENCE: AN OUTPATIENT PROPOSAL

Abstract

This article is to show a model of outpatient attendance organisation for alcohol dependents from the beginning of the treatment until the end. The main guiding points in the different phases of the treatment include: detoxification service, individual attention, psychiatric evaluation, group therapy for alcoholics, group therapy for alcoholics with physical problems, group therapy for women and groups giving orientation to the family.

This treatment proposal was developed by UNIAD (Unit of Research in Alcohol and Drugs), clinic of health public service of UNIFESP (Federal University of São Paulo), linked to Department of Psychiatry. It concerns here a rehabilitation program developed by a team of specialists from several disciplines, whereby patients of the population who are alcohol dependent are attended in accordance with their degree of patient with dependence of alcohol with degree of severity: light, moderate and severe. Some conclusions of this treatment proposal will be discussed, as well as the organisation of the service and a flowchart of patients in this program.

Key-Words: Alcohol dependence; treatment; rehabilitation; outpatient; service.

1) Introdução

O “*U.S. Department of Health and Human Services*” define o tratamento do alcoolismo como: “(...) uma gama de serviços que incluem a avaliação diagnóstica, aconselhamentos, cuidados médicos, psiquiátricos e psicológicos e serviços sociais para os pacientes com esses problemas. As atividades de tratamento envolvem intervenções após o desenvolvimento e manifestação do abuso do álcool e alcoolismo com objetivo de deter o progresso ou prevenir doenças clínicas. O tratamento tem basicamente dois elementos, (1) o procedimento terapêutico, isto é, uma série de procedimentos e atividades, e (2) o processo terapêutico, ou seja, o meio ambiente e o contexto interpessoal em que o procedimento deva ser implementado para obter sucesso. O tratamento é uma combinação de procedimentos e processos que interagem de forma complexa”. Neste sentido, ao pensar na dependência com um grau da severidade ao longo de um “*continuum*”, o tratamento e a intervenção fazem parte de um “*continuum*” de cuidados. A seqüência e a diversidade de cuidados necessários numa comunidade depende da demanda da população e da capacidade dos profissionais envolvidos em identificar formas criativas de atender essa demanda ^(9,13).

No Brasil, o álcool é responsável por mais de 90% das internações hospitalares por dependência, além de aparecer em cerca de 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas ⁽⁸⁾. Estima-se que 15% da população brasileira é dependente do álcool ⁽¹⁾, sendo uma das drogas que mais danos traz a sociedade, principalmente por ser uma droga de fácil acesso e baixo custo. Infelizmente não existem dados disponíveis sobre o custo social do álcool no Estado de São Paulo, mas nos últimos anos, os EUA têm produzido estudos que avaliam este custo (álcool e drogas) em torno de US\$ 100 bilhões, em tratamento psiquiátrico, médico, acidentes, perdas de anos de vida, perda de produtividade, desgaste familiar, entre outros ⁽²²⁾.

Neste sentido, o tratamento do alcoolismo tem sido visto como fator desafiador na organização de serviços. Este artigo se propõe a discutir um modelo de organização de serviço ambulatorial para dependentes de álcool.

2) A equipe multidisciplinar

A Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas é uma instituição que tem como objetivo principal a prestação de assistência em caráter social (reabilitação) ao alcoolista e funciona como um centro de pesquisa, ensino e treinamento que visa promover e manter a saúde. Trata-se de um serviço efetuado em hospital universitário, ligado ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. O corpo clínico conta com 1 psiquiatra coordenador, 2 psicólogas, 2 enfermeiras e 1 psiquiatra assistente e 1 secretária e aproximadamente 10 profissionais atuam em caráter de trabalho voluntário (estágio não remunerado), pós-graduação ou especialização em dependência química, visando atividades de treinamento e pesquisa.

3) Proposta de Tratamento Ambulatorial

O fluxograma do paciente no serviço é mostrado em maiores detalhes na Figura 1. Em seguida serão detalhados os procedimentos pertinentes a cada etapa do tratamento:

3.1) População: Estudos realizados nesta unidade ^(6,7,25), levantaram alguns dados sócio demográficos da população atendida: a maioria pertencia ao sexo masculino; escolaridade predominante de ensino fundamental; casados; com atividade de trabalho e dependência de álcool grave.

3.2) Agendamento: as secretárias são treinadas para o agendamento do dia e horário das consultas, que são realizadas na maioria das vezes por telefone ou pessoalmente. A data da

consulta não ultrapassa 7 dias de prazo, pois foi observado no decorrer do serviço que o índice de faltas às consultas era elevado quando marcadas após este período.

3.3) Avaliação Inicial: realizada em dia, horário e local estipulado por qualquer profissional da equipe dependendo da disponibilidade de horários. Com duração média de 30-40 minutos e aborda dados demográficos, padrão de consumo alcoólico atual e de pico, sintomas de abstinência ao álcool, “*Alcohol Dependence Data Questionnaire*” (SADD) para verificar o grau de dependência alcoólica em leve, moderada e grave, problemas associados (físicos, psiquiátricos e sociais), consumo de drogas, tabagismo, tratamentos anteriores e expectativas do paciente com relação ao tratamento, sendo finalizada com os possíveis encaminhamentos para: Desintoxicação de Álcool, Acompanhamento Individual, Avaliação Psiquiátrica, Grupo de Alcoolistas, Grupo de Alcoolistas com Problemas Físicos, Grupo de Mulheres, Grupo de Orientação Familiar. Quando se tratava de diagnóstico primário de dependência de drogas, o paciente era encaminhado para o ambulatório específico para tratamento de drogas.

3.4) Desintoxicação ambulatorial realizada por enfermeiras:

O processo de desintoxicação alcoólica ambulatorial é uma proposta de tratamento para controlar de forma segura os sintomas da síndrome de abstinência do álcool, “destinado a controlar ambas complicações físicas e psicológicas que podem ocorrer temporariamente após um período de uso contínuo de bebida alcoólica” ⁽²⁹⁾, além de promover a abertura de novas perspectivas no campo do profissional de enfermagem ⁽²⁵⁾.

Este processo inclui 2 fases: a primeira é a eliminação da substância do corpo e a segunda, a recuperação do equilíbrio das funções vitais (padrão de sono e repouso, pressão arterial, alimentação, etc.). Trata-se de uma eliminação sistemática da substância tóxica, bem como seus efeitos, com monitorização cuidadosa, devido aos resultados que muitas

vezes podem ser negativos quando a pessoa apresenta sintomas de abstinência, mas não sabe identificar esses sintomas e procura assistência de saúde por outros motivos.

Os objetivos imediatos da desintoxicação são: prevenir com segurança os sintomas da síndrome de abstinência; atender as necessidades humanas básicas (conforto, dignidade, auto estima, cuidados básicos de saúde, apoio, confidencialidade, educação e outros); apoiar no processo de mudança de comportamento, segundo o modelo de Di Clemente e Prochaska ^(2,18,19); preparar o paciente para tratamento posterior à desintoxicação. Os princípios determinantes no processo são: 1- A desintoxicação utilizada isoladamente não é um tratamento adequado para a dependência do álcool; 2- Quando necessário usar medicamentos na desintoxicação (com avaliação médica), se faz necessário estabelecer protocolos seguros e eficazes na prática clínica; 3- A avaliação do cliente medicado deverá ser controlada com maior frequência durante a desintoxicação (o que geralmente acontece com os dependentes é que nem sempre eles fazem o uso correto da medicação quando prescrita); 4- Realizar um atendimento individualizado e personalizado de acordo com as necessidades do cliente; 5- A droga de escolha são medicações de longa ação; 6- A intensidade da abstinência da droga nem sempre pode ser prognosticada com precisão; 7 - Todos recursos possíveis deveriam ser usados para melhorar os sinais e sintomas da síndrome de abstinência do cliente. Neste sentido a desintoxicação não deve ser centrada somente a medicação, pois o suporte psicossocial é considerado extremamente importante para diminuição da angústia e da ansiedade durante o processo.

De modo geral, as enfermeiras ou os membros da equipe nos cuidados primários utilizam várias estruturas que são baseados na prática clínica, visando incorporar a história do uso da substância que certamente orienta a coleta das informações necessárias para estruturar uma adequada proposta de intervenção. Neste serviço o cliente é submetido a

uma breve entrevista de saúde e uma completa história psicossocial, para posterior realização da consulta com a enfermeira que abrange os seguintes aspectos:

- Histórico de Enfermagem (história clínica progressiva, história do uso da substância, hábitos, antecedentes familiares, história psicossocial);
- Avaliação física e mental (exame físico de enfermagem, exame psíquico);
- Investigação de uso de substâncias psicoativas no passado e ou recentemente;
- Diagnóstico da Síndrome de Dependência Alcoólica (CID-10);
- Avaliação do padrão de consumo alcoólico (frequência de uso, quantidade, último dia de consumo, tipo de bebida mais utilizada, horários que bebe com maior frequência);
- Avaliação dos sintomas de abstinência (tremores, sudorese, entre outros) através da escala CIWAA - "*Clinical Institute Withdrawal of Alcohol*" com escores de Leve 0 – 20, Moderada 20 – 24, Severa - mais que 24 pontos. O paciente é avaliado a cada 48 horas, num período de 7 - 10 dias, ou com intervalo menor de acordo com a necessidade. Esta escala é um grande recurso no levantamento de problemas, uma vez que quantifica os sintomas da abstinência ⁽²⁸⁾. Durante o processo, outros recursos terapêuticos utilizados são: Bafômetro (estabelecer condutas medicamentosas seguras e verificar veracidade de informações), exames laboratoriais (avaliação do comprometimento fisiológico) e posteriormente, em fase mais tardia, encaminhamentos a serviços específicos se necessário (ex.: gastroenterologia, neurologia, cardiologia, entre outros) com intuito de preservar o quadro de saúde. Após este período, dependendo da patologia, o paciente é encaminhado para grupo de problemas físicos, onde é acompanhado por um período de tempo ilimitado.

3.5) Grupo de pacientes portadores de problemas físicos realizado por enfermeira:

Este é um grupo de apoio que visa o atendimento a pacientes que desenvolveram alguma patologia causada pelo alcoolismo. Trata-se de um grupo aberto, que acontece 1 vez por semana no período de uma hora, realizado por 2 enfermeiras (uma coordenadora e outra observadora), com no máximo de 10 pacientes.

Os objetivos do grupo de problemas físicos são: a) ajudar a identificar os problemas físicos relacionados ao beber e educação em saúde; b) desenvolver o compromisso de realizar mudanças do comportamento do beber; c) ensinar métodos de solução de problemas relacionados ao beber; d) monitorar o comportamento do beber; e) prevenir recaídas; f) ajudar no enfrentamento de situações de risco.

Estrutura das sessões: 1) apresentação pessoal de cada membro e dos terapeutas; 2) regras do grupo como por exemplo: tempo de atraso no grupo, faltas, abstinência no dia da sessão; 2) discussão sobre o assunto a ser discutido na sessão de acordo com a necessidade dos grupos e seguindo os tópicos a seguir: a) educação em saúde, conhecimento do corpo, auto cuidado, orientações das doenças causadas pelo alcoolismo, significado e importância da realização dos exames laboratoriais realizados durante o tratamento, indicações das medicações (ações, efeitos colaterais), orientações gerais sobre o tabagismo e outros assuntos que são solicitados pelos pacientes; b) processo de mudança no comportamento do beber, segundo processo de Prochascka e Di Clemente ^(2,18,19), motivação para o tratamento, identificação e conhecimento dos problemas relacionados ao álcool que estão sendo vivenciados e que os trouxeram para o tratamento; c) Discussão sobre o problema do beber no contexto social e identificação das conseqüências positivas e negativas, avaliação dos custos, benefícios e malefícios do comportamento do beber; d) Ao termino da sessão é estabelecida uma tarefa de casa, por exemplo: identificação das situações de risco que resultam no beber para discussão na próxima sessão.

3.6) Avaliação Psiquiátrica: A avaliação psiquiátrica tem como objetivos:

a) Avaliação de comorbidade psiquiátrica; b) Avaliação dos riscos e benefícios de alguma intervenção farmacológica com Dissulfiram e Naltrexona, que são os principais adjuntos farmacológicos das intervenções psicossociais; c) Avaliação multidisciplinar dos casos refratários ao tratamento ambulatorial, que possam beneficiar-se de uma internação.

1) *Avaliação de Comorbidade Psiquiátrica:* Segundo levantamento do “Epidemiologic Catchment Area”⁽²¹⁾, 36,6% dos pacientes que abusam de álcool na comunidade possuem outro diagnóstico psiquiátrico, sendo esta porcentagem maior entre aqueles que procuram tratamento (82% dos casos). Essa informação é importante na introdução de intervenções farmacológicas e psicológicas específicas para os transtornos mentais coexistentes com a dependência de álcool^(12,24).

2) *Intervenção Farmacológica da SDA:* Atualmente dispomos duas medicações empregadas oficialmente no tratamento da SDA: o Naltrexona e o Dissulfiram. Ambas têm como finalidade reduzir as taxas de recaída, que pode chegar a 50% nos três primeiros meses de tratamento⁽²⁶⁾. Maiores informações na Tabela 1.

3) *Avaliação de Refratariedade ao Tratamento:* Antes da opção pela internação é importante a elaboração estratégias para avaliar a resposta parcial do paciente ao tratamento, tais como: a) Aumentar a adesão ao tratamento, através da intensificação da intervenção psicossocial; b) Envolver outras pessoas importantes no tratamento; c) Avaliar e tratar as psicopatologias concomitantes, tais como ansiedade e depressão; d) Avaliar se um medicamento alternativo pode ser mais eficaz⁽³¹⁾. É importante reservar a opção da internação para os pacientes com graves doenças clínicas ou cirúrgicas, sem suporte social, ou quando a condição psiquiátrica inspire cuidados (por ex., ideação suicida, ou então, presença de sintomas psicóticos).

3.7) Psicoterapia Grupal realizada por psicólogas:

- **Princípios Norteadores**

A psicoterapia de grupo tem sido amplamente utilizada para alcoolistas e drogaditos, com vantagens se comparada a psicoterapia individual, embora ambas guardem características próprias de acordo com o objetivo proposto. Contudo é inegável que a psicoterapia grupal tem custo menor e provavelmente é de eficácia semelhante ⁽²⁷⁾; proporciona o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais e do apoio mútuo entre os pacientes; o contato com pacientes em fases mais estabilizadas do tratamento pode aumentar a auto-estima e a motivação de pacientes frente a um tratamento bem sucedido; os fenômenos de transferencia são mais fáceis de manejar dentro do grupo quando comparado a terapia individual e este contato permite aos pacientes examinar seus relacionamentos interpessoais e suas habilidades sociais. As contra- indicações de um acompanhamento grupal são: pacientes com funcionamento psicótico; pessoa de reconhecimento público que não se sinta confortável perante este tipo de tratamento e indivíduos intoxicados ou pouco convictos quanto a abstinência.

As sessões são realizadas por 2 psicólogas (uma observadora e uma coordenadora), com frequência semanal e duração de 75 minutos. Um grupo muito pequeno de apenas 4 pacientes não é recomendado. Por outro lado, um grupo com mais de 12 pacientes pode dificultar o envolvimento suficiente e coesão grupal. Sessões introdutórias são benéficas antes que a verdadeira terapia de grupo tenha início e convém que estas sessões sejam realizadas por outro terapeuta que não seja o próprio coordenador do grupo. Neste contexto é vital o papel do profissional de enfermagem durante a desintoxicação.

Se os membros do grupo são heterogêneos em relação a idade, tal fato pode proporcionar uma oportunidade de exploração dinâmica e uma interação mais ampla, contudo é necessário enfatizar populações especiais para aumentar o acesso ao tratamento e consequentemente sua efetividade ⁽⁹⁾. Partindo desta premissa o acompanhamento grupal é desenvolvido com a separação de usuários de álcool e drogas, pois foi notada uma certa diferenciação entre estes grupos no sentido de surgir uma certa rivalidade no concernente ao uso de drogas lícitas e ilícitas e as conseqüências sociais destas, bem como a diferenciação na aderência a médio e longo prazo ⁽¹¹⁾.

Quanto ao contrato, este deve ser claro e objetivo, para evitar que os pacientes tentem modificar as regras ^(5,26). Os pacientes devem ser informados sobre:

- ✓ Objetivo do tratamento: atingir a abstinência, visar a readaptação social e elaborar dificuldades intrapessoais e interpessoais;
- ✓ Abstinência, principalmente no dia da sessão: o paciente que vem extremamente intoxicado para o grupo deve ser solicitado a sair e voltar na próxima sessão abstinente, sendo necessário em alguns casos o reencaminhamento para a desintoxicação ambulatorial. O paciente que recaiu, mas que está com a consciência preservada no sentido de acompanhar o andamento da sessão permanece na consulta, porém não deixa de receber orientação para retomar a abstinência e/ou encaminhamentos necessários.
- ✓ Informar pessoalmente ou por telefone quando não puder comparecer à sessão de grupo, sendo que 2 faltas seguidas sem justificativa é indicativo de que sua vaga estará à disposição da unidade de tratamento;
- ✓ Fornecer a informação do local, duração, dia e horários das sessões, observando a pontualidade tanto do paciente quanto do terapeuta;

- ✓ Manter o sigilo completo como um meio de estabelecer um clima de confiança mútuo entre os clientes e terapeuta, e principalmente em relação aos familiares que procuram obter informações do terapeuta. Neste caso deve ser marcada uma sessão em particular com o paciente na presença da família.
- ✓ Lembrar que o participante poderá participar do atendimento grupal e individual, conforme sua necessidade.
- ✓ Informar de que se trata de um grupo aberto, ou seja, novos membros podem entrar e sair a qualquer momento.

Neste contexto, a recaída deve ser encarada como uma oportunidade de examinar, com o paciente, a maneira pela qual ele é incapaz de lidar com certas situações geradores de ansiedade, fissura ou stress e desenvolver maneiras adaptativas de lidar com estas situações sem o uso de álcool ou drogas ^(5,14). A recaída merece ser compreendida como uma forma de aprendizagem que faz parte do processo de recuperação, mas não deve ser confundida com um clima de permissividade. O relacionamento deve ter um grau de confiança tal que seja possível falar da recaída, ao invés de escondê-la e negá-la ^(3,4).

A duração e término do tratamento deve ser proposta pelo terapeuta, mas na realidade deve ser determinada pelo paciente. Segundo Edwards ⁽⁴⁾, “a melhor política é nunca dar alta formalmente ao paciente, mas enfatizar a continuada disponibilidade de ajuda sempre e quando ela for necessária”. O ritmo e a intensidade do tratamento precisam ser constantemente revisados e ajustados, talvez com a oferta de uma porta aberta ao invés de um encerramento formal do caso. O tratamento deve manter um contato continuado por 6-12 meses no mínimo. Quando o paciente se afasta do tratamento por no mínimo 2 semanas sem justificativa, a utilização de cartas ou chamadas telefônicas ressaltando o

desejo de continuar o tratamento ou o desejo de continuar a ajudar por parte da unidade de tratamento pode funcionar como fator motivador para a retomada do tratamento ⁽¹⁶⁾.

- **Atuação do Terapeuta**

Desde a década de 80, Miller ⁽¹⁵⁾ vem estudando a importância do relacionamento entre atributos do terapeuta e a motivação para tratamento, desfecho ou evasão. A empatia é considerada uma característica fundamental para favorecer o desfecho e a motivação para tratamento ⁽⁹⁾. Segundo Rogers ⁽²³⁾, o conceito de compreensão empática é “quando o terapeuta é sensível aos sentimentos e reações pessoais que o cliente experimenta a cada momento, quando pode apreendê-lo de dentro, tal como o paciente os vê, e quando consegue comunicar com êxito alguma coisa dessa compreensão ao paciente”. Daí a necessidade da adoção de uma postura empática principalmente no início do tratamento, pois os pacientes trazem frequentemente problemas relacionados a ansiedade, sintomas fóbicos, irritabilidade, ciúmes, depressão e/ou dificuldade para dormir. Durante as primeiras semanas estes sintomas podem estar relacionados a abstinência e deve ser transmitida ao paciente uma “mensagem otimista” no sentido de que estes sintomas irão gradualmente melhorando durante o decorrer das semanas e que por outro lado, pode ser necessário que o paciente aprenda a viver com as intempéries e dificuldades da vida sem recorrer a uma resposta química ^(3,4).

Nas queixas, como por exemplo, “era melhor quando eu bebia”, o papel do terapeuta é de identificar o problema e encorajar o paciente a dar pequenos passos rumo a uma solução. As recompensas sobre a sobriedade passam a ser maiores após uma mudança importante de vida, como por exemplo uma mudança de emprego, relacionamento afetivo/conjugal, mudança de cidade, etc. Neste sentido o uso terapêutico do conceito de alcoolismo como doença pode ser uma idéia na qual o paciente passa a organizar o

entendimento de sua condição dentro de um programa de recuperação. È consoladora a idéia de que estas pessoas sofrem de uma condição que pode ser compreendida com o mesmo modelo da diabetes: a culpa é aliviada e a aceitação do fato inexorável de que o único remédio para a doença é parar de beber proporciona uma meta pessoal clara ^(3,4). O outro lado desta questão que deve ser cuidadosamente observado é que este conceito pode levar o paciente a evitar a responsabilidade no sentido de que se ele é um doente, não pode fazer nada. A orientação a ser dada neste sentido é de que se o paciente possui sua consciência preservada, não se trata de uma doença incapacitante visando com isto evitar a fuga da responsabilidade.

Durante o tratamento é comum lidar com a resistência frente a modificação do hábito de beber. Daí a adoção da Entrevista Motivacional, cujo objetivo é evitar estimular ou aumentar a resistência, pois quanto maior a resistência, menor a chance do cliente modificar seu hábito de beber e também maior a propensão para desistir do tratamento. Inicialmente é importante reconhecer a resistência para depois adotar estratégias para enfrentá-la (reflexão simples; reflexão amplificada, reflexão de dois lados, mudar o foco, concordar, enfatizar, reinterpretar e paradoxo terapêutico), pois a resistência pode ser considerada como a chave do sucesso no tratamento se o terapeuta souber reconhecê-la e manejá-la ⁽¹⁰⁾. Exemplificando, uma primeira etapa na resistência é utilizar uma área de interesse do paciente e demonstrar como o álcool se relaciona a mesma, como a queixa de insônia por exemplo. A postura adotada seria auxiliar o cliente a reconhecer que a insônia está relacionada com o comportamento de beber e estimulá-lo a agir de acordo com este reconhecimento.

O paciente é responsável por suas ações e cabe ao terapeuta a responsabilidade de aumentar seu grau de motivação através da educação do paciente e de sua família sobre o

curso natural do alcoolismo; enfatizar a responsabilidade do paciente sobre suas próprias ações; aumentar a motivação do paciente em relação a abstinência através de drogas como o Dissulfiran e o Naltrexona. Estas metas visam facilitar o reajuste à vida sem o álcool.

- **Modelo Proposto**

Aplicando os princípios norteadores e observando a atuação do terapeuta, como descrito acima, dividimos o tratamento grupal em duas fases cujos objetivos são detalhados na tabela 2 , com vistas a estimular a motivação e a concretização de metas estabelecidas durante o tratamento.

Na primeira fase o terapeuta é mais diretivo no sentido de definir temas a serem discutidos nas sessões segundo os objetivos propostos. Geralmente é adotado o esquema de uma sessão livre seguida a uma sessão dirigida, que pode ser através de dinâmicas de grupo, material para leitura, questionários ou discussões de determinados conteúdos através de transparências. Este esquema de trabalho parece se adequar às necessidades dos pacientes, uma vez que muitos carecem de informações sobre o alcoolismo. Nas sessões livres, os pacientes determinam os temas a serem discutidos. Na segunda fase, o tratamento é baseado em sessões livres e os temas dirigidos ocorrem quando surge um pedido específico do grupo.

Pode ser observado que a proposta de transferência de fases durante o tratamento funciona como um fator motivador à medida que o paciente adquire retorno e reconhecimento, tanto do terapeuta, quanto de pessoas com problemática semelhante. Também é válido, no sentido de levar ao questionamento os pacientes que não se encontram em condições de transferência ou alta. O processo de alta na segunda fase é iniciado com um acompanhamento quinzenal, que passa a ser mensal por no mínimo 2

sessões até o desligamento por completo, visando avaliar a capacidade do paciente de assumir suas próprias responsabilidades.

Durante o tratamento grupal é oferecido ao paciente a possibilidade de consultas individuais, caso não se sinta a vontade para comentar certos assuntos no grupo ou mesmo uma consulta com os familiares, para orientação ou encaminhamento para o Grupo de Orientação Familiar, se este ainda não foi realizado.

3.8) Acompanhamento Individual: pacientes que não apresentam adaptação ao tratamento grupal devido alguma problemática específica ou incompatibilidade de horários, são acompanhados por uma psicóloga individualmente, com sessões semanais, com duração de 45 minutos. O contrato do tratamento e os objetivos propostos são semelhantes aos descritos no acompanhamento grupal, excetuando-se o esquema de fases no tratamento. Contudo, este tipo de acompanhamento é realizado apenas nos casos em que o tratamento grupal não é viável.

3.9) Grupo de Orientação Familiar realizado por psicólogas: A utilização de conceitos em saúde para esclarecer a família quanto a Dependência Química, bem como sobre os problemas relacionados ao uso crônico do álcool é essencial no sentido de informar e promover mudanças de comportamento e de posicionamentos na família. Na maioria das vezes os padrões de comportamento do familiar tornam-se adaptativos (mecanismos de defesa), não trazendo benefícios e prejudicando o relacionamento familiar. A busca de ajuda construtiva e manejo construtivo parecem ser mais efetivos que os ataques e manipulações ⁽¹⁷⁾, mas se torna muito delicado estabelecer regras sobre o como o familiar deve manejar determinadas situações ^(3,4). Por parte do terapeuta é necessário identificar em cada caso, quais são os recursos necessários e se estes existem. Os sintomas são tratados

como se existissem e funcionassem simultaneamente no indivíduo e entre os indivíduos. Neste contexto, o terapeuta utiliza o “reenquadramento”, onde os problemas da família ou do paciente são colocados numa estrutura de significados, oferecendo novas perspectivas e possibilitando novos comportamentos. Não deve existir a preocupação da neutralidade analítica, necessitando que o terapeuta fique mais próximo do grupo, através da utilização de orientações, informações, sugestões, incentivos, proibições, entre outros.

Os participantes deste grupo são basicamente pessoas que mantêm vínculo estreito e próximo com o dependente/usuário, não restringindo-se a família biológica. O grupo é fechado, com seis atendimentos semanais de 75 minutos de duração, com a presença de seis famílias e sem a presença do dependente. O serviço é coordenado por uma psicóloga coordenadora e uma psicóloga observadora. As famílias que possuem mais de duas faltas são desligadas do grupo atual e convidadas a participar da formação de um próximo grupo que funciona nos mesmos moldes. Cada sessão é estruturada com a seqüência descrita na Tabela 3 ⁽⁶⁾. Vale ressaltar que não é condição obrigatória todas as famílias participem desta intervenção, pois esta postura poderia dificultar a adesão ao tratamento por parte de alguns pacientes. No entanto quando o terapeuta constata a necessidade de intervenção, o próprio realiza o encaminhamento ou uma outra via é quando a própria família faz a solicitação. Os objetivos deste serviço são:

- Fornecer informações e orientações em como lidar com a dependência química, objetivando a melhora nas relações familiares e adequação de condutas;
- Sensibilizar os próprios familiares quanto ao aspecto emocional, permitindo que examinem atitudes ensejadoras de recaídas;

- Propiciar meios para que os familiares sensibilizem o dependente/usuário para recuperação;

A alternativa da terapia breve e grupal pareceu ser rápida, prática e eficaz no sentido de adequar e orientar condutas mais salutares, contribuindo para a melhora das relações e organização do contexto familiar em dependência química, através do: fornecimento de informações e orientações sobre o curso alcoolismo; do trabalho com a auto-estima dos familiares e da introdução do conceito de prevenção a recaída, sendo que os casos que necessitam de um acompanhamento mais aprofundado ou intenso são encaminhados para psicoterapia individual (externo), familiar (externo), grupos de auto-ajuda ou acompanhamento psiquiátrico (estress, depressão, psicossomatização, etc.) na própria unidade.

3.10) Grupo de Mulheres realizado por enfermeiras:

Duas características merecem destaque no desenvolvimento do curso do alcoolismo nas mulheres em relação ao sexo oposto: metabolização menos tolerante ao álcool e a existência de tabus sociais ⁽³⁰⁾. Em termos metabólicos, em virtude da diferente quantidade relativa da distribuição da gordura corporal e de certos aspectos do metabolismo hepático, em média uma mulher atinge um estado de intoxicação com quantidades menores de etanol que as necessárias para intoxicar um homem. Fatores culturais e sociais exercem grande influência no desenvolvimento do alcoolismo nas mulheres. O efeito estigmatizante dos problemas relacionados ao beber é maior nas mulheres quando comparadas aos homens ⁽⁹⁾. Geralmente as mulheres sentem mais culpa frente ao hábito de beber o que acaba dificultando a procura de tratamento. Neste sentido se faz necessário um tratamento que leve em conta as necessidades deste grupo em especial e alguns estudos mostram que as mulheres aderem melhor quando o tratamento possui uma orientação médica (Institute of

Medicine,1990). Partindo desta premissa, foi criado o Grupo de Mulheres, cujo objetivo é tratar a Dependência Química no sexo feminino, não priorizando a substância de consumo, mas a educação em saúde. Trata-se de um grupo aberto, realizado por duas enfermeiras, nos mesmos moldes do Grupo de Problemas Físicos, contudo o foco passa a ser a condição feminina, com a retaguarda psiquiátrica quando necessária, com a peculiaridade de discutir a pressão social sofrida pela mulher dependente de álcool.

4) Conclusões

- Todo o tratamento proposto é baseado na premissa de auxiliar o paciente a reconstruir sua vida sem o uso do álcool, recomendando a abstinência após a constatação de um padrão de consumo alcoólico caracterizado como dependente.
- A necessidade de um acompanhamento individual antes do grupal aumenta a aderência ao tratamento, uma vez que casos que foram encaminhados diretamente para grupo, em sua maioria, tenderam ao abandono.
- O tratamento com local, data e horário pontual, eficiente serviço de secretariado e envio de cartas em caso de desistência mostrou ser um fator de grande importância no sentido de que o paciente possa se sentir mais seguro, menos ansioso e ter garantido seu espaço para tratamento.
- As intervenções farmacológicas devem ser consideradas como medidas adjuvantes ao tratamento psicossocial, ou seja, ajudar na aderência do paciente aos grupos terapêuticos e nunca de forma isolada.
- Este estudo apresenta limitações no sentido de não apresentar dados sobre aderência ao serviço como um todo, mas parcialmente a aderência no programa de desintoxicação é

de 72% ⁽²⁵⁾. Vale colocar que um estudo de seguimento está em andamento no sentido de avaliar adesão no acompanhamento grupal.

- Estes dados não podem ser generalizados, mas chama atenção o fato de que 60% dos pacientes apresentaram dependência grave, o que refuta a hipótese de que o tratamento ambulatorial se torna uma alternativa viável e com custo econômico menor. Daí a opção pela reabilitação ambulatorial, por ser mais econômica e ensinar o paciente a reconstruir sua vida em seu habitat.

TABELA 1 - Medicções Aprovadas para o Tratamento da Dependência de Álcool

Medicção	Classe	Mecanismo de Ação	Comentários
Naltrexona	Antagonista opióide	Diminui os efeitos prazerosos e estimulantes do álcool Reduz o “craving”	Reduz consumo em bebedores sociais pesados Aumenta as taxas de abstinência Efeito anti-craving Reduz as taxas de recaída Contra-indicações: infecções agudas, imunodeficiências e hepatopatas graves Iniciar com 25 mg/dia e aumentar em 2 dias para 50 mg/dia Cuidados especiais com poli-usuários de drogas e mulheres em idade fértil
Dissulfiram	Sensibilizantes do Álcool (Agentes aversivos)	Aumento dos efeitos aversivos do álcool (aumento dos níveis de acetaldeído)	Efetivo em programas de tratamento com supervisão regular Reduz o consumo nos pacientes motivados

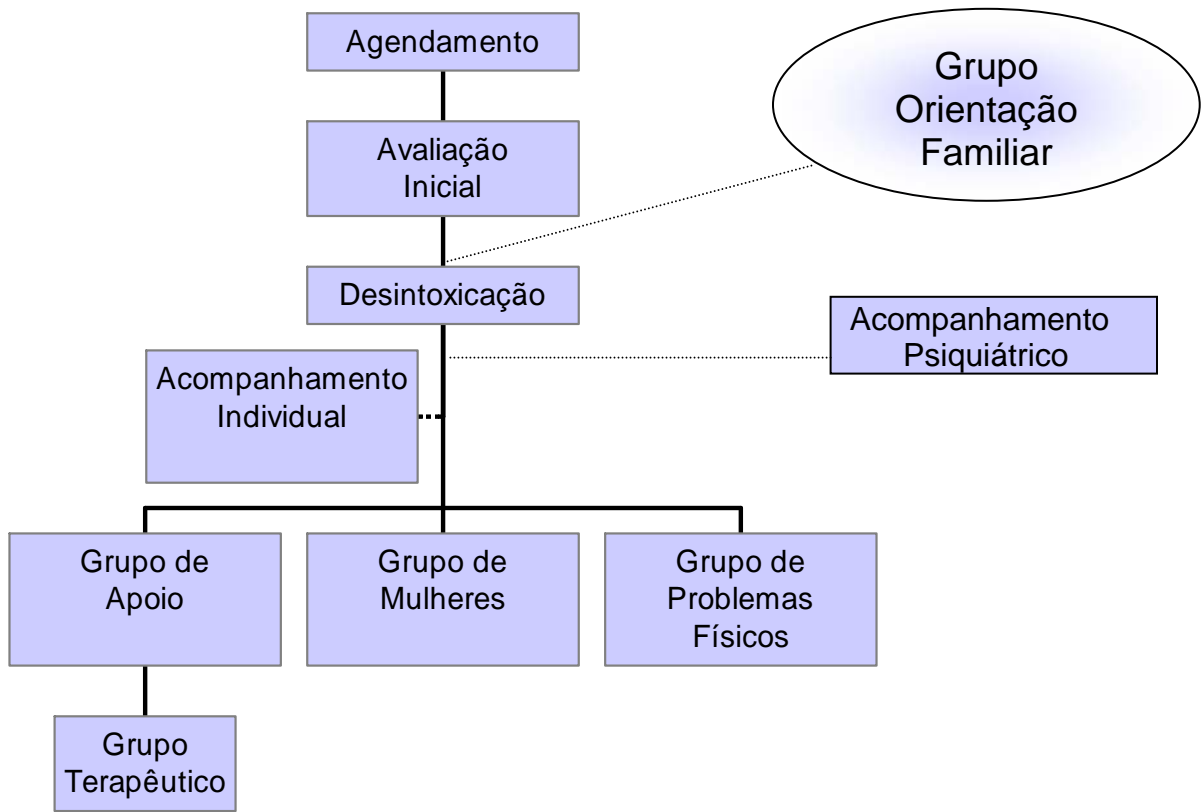
TABELA 2 – Objetivos propostos durante a proposta de terapia grupal ambulatorial na UNIAD/UNIFESP, São Paulo, 2000.

<p style="text-align: center;">Fase 1 GRUPO DE APOIO</p>	<p style="text-align: center;">Fase 2 GRUPO TERAPÊUTICO</p>
Tentativa de Abstinência (pré-requisito);	Abstinência Completa;
Orientação psicopedagógica dos conceitos de síndrome de abstinência, tolerância, critérios diagnósticos para dependência do álcool, etc.;	Readaptação familiar, profissional, ao lazer, saúde física e mental;
Abordar a queixa e a motivação do paciente para manutenção da abstinência;	Estruturar a formação do conceito de uma nova identidade;
Abordar a possibilidade da recaída, trabalhando com técnicas de prevenção a recaída;	Abordar a possibilidade de recaída trabalhando com técnicas de prevenção a recaída;
Perceber aspectos positivos e negativos da abstenção e continuação do hábito de beber;	Duração do tratamento é avaliada pelo paciente, com o parecer do grupo e do terapeuta. A experiência mostrou em média 6 meses à 18 meses de seguimento;
Duração do tratamento é avaliada pelo profissional, com parecer do grupo e do próprio paciente. A experiência mostrou em média 15 sessões.	Após a alta incentivar o paciente a visitar o grupo em caso de necessidade;
Encaminhamento para tratamentos adicionais (grupos de auto-ajuda, procura de religião, orientação familiar, entre outros).	Encaminhamento para Psicoterapia individual (externo) quando houver demanda por parte do paciente.

TABELA 3 - Sequência das sessões no tratamento do Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química, realizado na UNIAD/UNIFESP, São Paulo ⁽⁶⁾.

SESSÕES	TEMAS DISCUTIDOS	OBJETIVOS
Sessão 1	Contrato e Queixa	<ul style="list-style-type: none"> • Explicitar o objetivo do tratamento: cuidado com o familiar; • Efetuar a vinculação terapêutica • Aprender a lidar com a impotência/potência frente a cura do dependente;
Sessão 2	Trabalhar as emoções (reações típicas) ; Razões que levam ao uso; Comportamentos Indicativos	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer os sentimentos do familiar em relação ao dependente; • Levar em conta os sentimentos que os dependentes provocam no âmbito familiar, com o objetivo que essa transferência possa ser interrompida; • Perceber os vários motivos que podem levar ao consumo de drogas/álcool; • Apontar comportamentos indicativos do consumo de drogas/álcool, favorecendo a troca de experiências entre familiares que constataram o consumo / dependência e familiares que não tinham a mesma convicção.
Sessão 3	Modelo dos Estágios de Mudança proposto por Prochaska e DiClemente – Dinâmica da personalidade ^(2;18;19)	<ul style="list-style-type: none"> • Explicitar a dinâmica do processo de modificação de dependente/usuário para abstinente, em suas respectivas fases motivacionais; • Introduzir o papel da recaída como fazendo parte do processo de mudança.
Sessão 4	O que fazer para ajudar ; Comportamentos a serem evitados	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir a necessidade de algumas atitudes que podem auxiliar ou piorar o prognóstico tanto do dependente , quanto da família.
Sessão 5	Sessão Informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Transmitir conceitos básicos sobre as drogas mais utilizadas, forma de utilização, efeitos e vias de administração; • Discutir as dificuldades físicas (dependência, tolerância e síndrome de abstinência) e psicológicas para atingir a abstinência] • Reconhecer as formas de tratamento existentes.
Sessão 6	Plano de Ação para cada caso	<ul style="list-style-type: none"> • Definir metas específicas para cada familiar, com orientação do terapeuta, que possam auxiliar na recuperação da saúde mental da família. • Discutir a participação no grupo, críticas e sugestões.

FIGURA 1 – Fluxograma da proposta de atendimento ambulatorial da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) – UNIFESP, São Paulo, 2000.



Referências Bibliográficas:

1. Almeida F.ºN, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello EDA. Estudo Multicentrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas. Rev. ABP-APAL 1992; 14:93-104.
2. DiClemente CC. Changing Addictive Behaviours: A Process Perspective. Current Directions in Psychological Science 1993; 2(4): 101-6.
3. Edwards G. The Treatment of Drinking Problems: A guide for Helping Profession. Oxford: Blackwell Scientific, 1987.
4. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo – um guia para profissionais de saúde. In: O trabalho básico do tratamento. 3ª ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas do Sul Ltda; 1999.
5. Edwards G, Dare C. Psicoterapia e tratamento das adições. In: Falkowski, W. Terapia de Grupo e as Adições. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
6. Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira RR. “Orientação Familiar para Dependentes Químicos: perfil, expectativas e estratégias”, J Bras Psiq 1999; 48(10):471-478.
7. Figlie, N.B. Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia [dissertação]. São Paulo: UNIFESP; 1999.
8. Galduróz JF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras. Univ. Federal de São Paulo – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo, 1997.
9. Institute of Medicine (US). Broadening the base of treatment for alcohol problems: report of a study by committee of the Institute of Medicine, Division of Mental Health and Behavioural Medicine. Washington: National Academy Press, 1990.
10. Jungerman FS, Laranjeira RR. Entrevista Motivacional: bases teóricas e práticas. J Bras Psiq 1999; 48(5):197-207.
11. Jungerman FS, Laranjeira RR. Grupos de Motivação: estudo descritivo de um atendimento para dependentes de drogas. J Bras Psiq 2000; 49(3):61-68.
12. Laranjeira RR, Nicastrí S. Abuso e Dependência de álcool e drogas. In: Almeida, OP, Dractu L, Laranjeira RR. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1996.
13. Laranjeira RR. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. J Bras Psiq 1996; 45(4): 191-199.

14. Marlatt GA. Prevenção de Recaída: Estratégias de Manutenção no tratamento de Comportamentos Aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1993.
15. Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. Psychol. Bull. 1985; 98:84-107.
16. Miller WR. Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press: 1991, p.65-88.
17. Orford J, Edwards G. Alcoholism. A Comparison of Treatment and Advice, with a Study of the Influence of Marriage. Maudsley Hospital Monograph n° 26. Oxford: Oxford University Press; 1977.
18. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive mode of change. In: Miller, WR & Heather, N. Treating addictive behaviours: process of change, NY: Plenum: 1986; p.3-27.
19. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviours. Am Psych 1992; (7):1101-14.
20. Ramos SP, Bertolote MB. Alcoolismo Hoje. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul LTDA, 3ª ed.; 1997.
21. Regier DA e col. Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other and Drug Abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990, 264: 2511 – 2518.
22. Rice DP. et al. The economic cost of alcohol abuse. Alcohol Health & Research World 1991; 15(4):307-317.
23. Rogers CR. Tornar-se pessoa. 6ª ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1982.
24. Samet JH, O'Connor PG, Stein MD. Clínicas Médicas da América do Norte: Abuso de álcool e de outras drogas. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Interlivros; 1997.
25. Sawicki, W.C.; Pillon, S.C.;Dunn,J.; Laranjeira, R. Análise dos pacientes portadores de Síndrome de Abstinência Alcoólica submetidos a desintoxicação ambulatorial por enfermeiras. Acta Paul. Enf 1996; v.9, n°3, set/dez: 38-46.
26. Schaffer A, Naranjo CA. Recommended Drug Treatment Strategies for The Alcoholic Patient. Drugs 1998; 56 (4): 571 – 585.
27. Schuckit M. Abuso de Álcool e Drogas – uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

28. Stinnett LJ. Outpatient Detoxification of the Alcoholic. *International Journal of the Addiction* 1982; 17 (6):1031-46.
29. Stockell T, Bolt L, Milner I et al. Home detoxification for problem drinkers: acceptability, clients, relatives, general practitioners and outcome after 60 days. *British Journal of Addiction* 1990; 85: 61-70.
30. Vaillant GE. *A História Natural do Alcoolismo Revisitada*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1999.
31. Volpicelli JR, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992; 49: 876 – 880.