Universidades Lusíada

Ferreira, Sónia Maria Monteiro, 1980-
Moutinho, Lídia

Os novos caminhos da reabilitação alcoólica : uma proposta de intervenção

http://hdl.handle.net/11067/961
ttps://doi.org/10.34628/dgyn-rp04

Metadados

Data de Publicação 2013

Resumo O Alcoolismo representa em Portugal um grave problema de saúde pública, estando associados outros quadros psicopatológicos, que limitam severamente o quotidiano destes indivíduos. Assim, a dependência de álcool e os comportamentos de risco associados exigem intervenções eficazes, que satisfaçam as necessidades deste tipo de população. Neste sentido, desenvolveu--se um programa terapêutico, que consiste numa Área Dia para Alcoólicos. No presente artigo, pretende-se analisar os resultados de um es...

Palavras Chave Alcoólicos - Reabilitação, Alcoolismo - Tratamento

Tipo article

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] RPCA, v. 04, n. 1 (Janeiro-Junho 2013)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T09:41:35Z com informação proveniente do Repositório

OS NOVOS CAMINHOS DA REABILITAÇÃO ALCOÓLICA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

THE NEW PATHS OF ALCOHOLIC REHABILITATION: AN INTERVENTION PROPOSAL

Sónia Ferreira
Psicóloga Clínica; Terapeuta Familiar e Sistémico;
Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão Social
Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA) – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Lídia Moutinho
Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
Mestre em Psicologia Cognitivo-Comportamental
Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA) – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Autor para correspondência:
Sónia Ferreira: sonia.mferreira@sapo.pt

Resumo: O Alcoolismo representa em Portugal um grave problema de saúde pública, estando associados outros quadros psicopatológicos, que limitam severamente o quotidiano destes indivíduos. Assim, a dependência de álcool e os comportamentos de risco associados exigem intervenções eficazes, que satisfaçam as necessidades deste tipo de população. Neste sentido, desenvolveu-se um programa terapêutico, que consiste numa Área Dia para Alcoólicos. No presente artigo, pretende-se analisar os resultados de um estudo piloto realizado com a população integrada na Área Dia, com o objectivo de avaliar o impacto desta intervenção, permitindo aperfeiçoar o programa terapêutico. Os resultados demonstraram alterações no sentido de coerência interna e na depressão que melhoraram, sendo evidente uma evolução da motivação e prontidão para a mudança. No *craving* não ocorreu qualquer tipo de alteração. Por sua vez, a ansiedade aumentou. Concluiu-se que a Área Dia está a ter um impacto positivo na manutenção da abstinência e no delinear de um projecto de vida sem álcool. Desta forma, este estudo remete-nos para a importância de uma intervenção individualizada, que atenda às

necessidades de cada um, ao longo do processo de recuperação.

Palavras-chave: Alcoolismo; tratamento.

Abstract: Alcoholism is in Portugal a serious problem of public health with associated frames of psychopathological disorders that severely restrain the daily life of these individuals. Therefore the alcohol dependence and behavioral risks associated demand effective intervention capable of satisfying the needs of this type of population. Consequently a therapeutically program has been developed consisting in the creation of an "Área *Dia*" (*Day Space*) for Alcoholics. Currently its purpose is to analyze the results of a pilot study carried out with the population integrating the *Day Space*, with the goal of evaluating the impact of this intervention and to support the therapeutically improvement. The results show alterations in the sense of internal coherence and depression that are improved, indicating increase of motivation and readiness for change. In the craving no changes have occurred with increased frame of anxiety. The conclusion was that the *Day Field* has a positive impact in the maintenance of abstinence and in the establishment of a life's project without alcohol. Additionally this study calls attention to the importance of individualized intervention having each on in consideration throughout the whole of rehabilitation process.

Key-word: Alcoholism; Treatment.

Introdução

O alcoolismo em Portugal representa um grave problema de saúde pública, que se traduz numa das principais causas de morbilidade e mortalidade. Estima-se que existam cerca de setecentos e quarenta mil bebedores excessivos e quinhentos e oitenta mil doentes alcoólicos no nosso país (WHO, 2005), sendo que as principais consequências desta problemática passam por término frequente de relacionamentos, lesões graves, acidentes de condução, hospitalizações, absentismo, desemprego, doenças orgânicas e mentais, morte prematura, entre outras (Babor et. al, 2003). A esta problemática, estão frequentemente associados quadros psicopatológicos como a depressão, perturbação bipolar e a ansiedade (Kranzler, 1999). Neste sentido, a dependência alcoólica e os comportamentos de risco associados, vão exigindo, cada vez mais, recursos e respostas interventivas das instituições que actuam nesta área, de modo a realizar tratamentos mais profícuos, que satisfaçam as necessidades deste tipo de população, procurando minimizar as recaídas que são frequentes, mesmo durante o tratamento.

O objetivo deste artigo consiste em refletir acerca das problemáticas associadas ao Alcoolismo, bem como facultar uma visão panorâmica de novas

formas de intervenção nesta área, através de um projeto terapêutico inovador, que corresponde a uma Área Dia para indivíduos dependentes do consumo de bebidas alcoólicas.

Primeiramente, torna-se pertinente ter em conta algumas concepções teóricas de modo a melhor compreender esta problemática, para posteriormente se planear a intervenção terapêutica.

A dependência alcoólica, segundo os critérios da DSM-IV-TR é caracterizada por um padrão desadaptativo da utilização de álcool, conduzindo a défice ou sofrimento clinicamente significativo, marcado por um desejo constante de beber e pela impossibilidade de diminuir ou controlar o consumo, no qual é despendido grande parte do tempo do indivíduo em atividades para obtenção, utilização e recuperação dos efeitos do mesmo. Este aspecto tem um impacto substancial nas suas atividades sociais e ocupacionais, que são habitualmente reduzidas ou abandonadas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1993) o alcoólico é um bebedor excessivo, cuja a dependência em relação ao álcool, é acompanhada de perturbações mentais, de défices ao nível da saúde física, bem como no relacionamento interpessoal e na vertente económica. No entanto, é importante atender à diversidade de manifestações e tipologias associadas à dependência alcoólica, dado que a severidade do problema pode variar de indivíduo para indivíduo, o que poderá ser um fator fundamental a considerar no momento de desenhar a intervenção terapêutica. Desta forma, Adés e Lejoyeux (2004) subdividem o alcoolismo em primário e secundário. O alcoolismo primário tem início antes dos 20 anos de idade, estando associado, habitualmente, a fatores de risco biológicos ou genéticos. Nestes casos, o comportamento é marcado por impulsividade, agressividade e procura de sensações fortes, existindo uma rápida evolução no quadro da dependência, dado ocorrer um consumo excessivo, diário e periódico. Por outro lado, o alcoolismo secundário tem início após os 20 anos de idade, podendo também ser causado por fatores de risco biológicos ou genéticos, embora este aspecto seja o menos frequente. Este tipo de alcoolismo está associado, muitas vezes, à utilização do álcool como forma de lidar com determinadas quadros psicopatológicos, nomeadamente ansiedade e depressão.

Desta forma, a intervenção terapêutica deve ter em conta estes aspectos, bem como alguns obstáculos possíveis à recuperação. O alcoólico, apesar das consequências físicas e psicossociais que enfrenta com a degradação resultante do consumo excessivo e continuado, pode apresentar algumas dificuldades em manter o tratamento, abandonando-o (Edwards & Dare, 1997), retomando os consumos. Esta situação está relacionada com a fase de tratamento em que se encontra, da consciência crítica e da motivação para a mudança de comportamentos. De acordo com esta perspectiva, o nosso modelo de intervenção assenta no Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente (1992), que descreve a motivação para a mudança como um processo, constituído por diversas fases, pelas quais o indivíduo vai evoluindo. Assim, quando o utente não apresenta

crítica do problema, não manifestando qualquer intenção de mudança encontra-se na fase de Pré-contemplação. Posteriormente, na fase de Contemplação já existe uma consciência da doença embora se mantenha a ambivalência em relação à mudança. Na fase de Preparação para a Acção, inicia-se o desenvolvimento de um plano de acção, tendo em conta a experiência passada, começando a existir um compromisso efetivo de mudança. A Acção ocorre quando se implementam as estratégias planeadas na fase anterior. Finalmente, na fase de Manutenção deve-se intervir de modo consolidar as mudanças ocorridas, reforçando os ganhos obtidos, prevenindo recaídas. Assim, segundo este modelo, a intervenção deve atender às necessidades de cada utente, sendo necessário um acompanhamento terapêutico contínuo que facilite e reforço a mudança do projecto de vida e inclua uma abordagem adequada ao mesmo, de modo a prevenir as recaídas. Embora estas sejam uma parte integrante do processo de recuperação, pois podem permitir uma aprendizagem acerca da doença, aumentando a crítica do utente, facilitando o processo de mudança. Segundo Marlatt & Gordon (1985), a recaída é influenciada pela interligação entre as situações de risco (em que há maior probabilidade de consumo), as estratégias de *coping* para lidar com as mesmas, a percepção de auto-eficácia e a antecipação dos efeitos positivos do álcool. Assim, indivíduos com estratégias ineficazes, experienciam falta de confiança e perante situações de risco, como estados emocionais negativos, conflito interpessoal, pressão social ou estados afectivo positivos, podem retomar o consumo, que gera posteriormente sentimentos de culpa e o reforço das expectativas, conduzindo a novos consumos, num ciclo vicioso. Desta forma é necessário o treino de estratégias de *coping* para lidar com o *craving*, da assertividade, expressão de emoções, mudança do estilo de vida e de determinadas crenças em relação aos efeitos do álcool, recorrendo à Terapia Cognitiva-Comportamental, de modo a capacitar o utente para identificar possíveis sinas de recaída e para interromper a evolução do consumo pontual para a mesma (Mathias & Cruz, 2007). Ainda neste contexto, é crucial intervir nas crenças positivas sobre os efeitos do álcool. Considera-se que indivíduos que mantinham consumos mais elevados tendem a manter maiores expectativas positivas em relação aos efeitos do consumo do álcool (Peuker et al., 2006), o que poderá condicionar decisões futuras em relação ao retomar dos consumos. Assim, a intervenção deve contemplar este aspecto, tendo em conta que as expetativas positivas têm um maior impacto, comparativamente às negativas, dado que estas ocorrem logo após o consumo e em fases iniciais do mesmo, o que faz com que no momento de decisão de ingestão ou não de bebidas alcoólicas sejam ativadas (Gouveia, 1996). A intervenção visa, então, a alteração de expetativas através da reestruturação cognitiva, em que se busca identificar as expectativas, bem como as emoções associadas às mesmas, analisando as incongruências e as consequências reais dos efeitos do consumo, de modo a que se possam desenvolver expetativas alternativas.

Para além do que já foi mencionado, torna-se fundamental promover o desenvolvimento de competências sociais. Considera-se que o alcoólico

apresenta défices nesta área, sendo frequente o início do consumo de bebidas alcoólicas para lidar com dificuldades ao nível da interacção com os outros, despoletada pela ansiedade social. Por outro lado, o próprio consumo é impeditivo do desenvolvimento de um reportório, adequado e elaborado, de competências sociais e interpessoais (Aliane, Lourenço & Ronzani, 2006).

É também fundamental ter em conta a seguinte premissa: muitas vezes, o alcoólico que procura tratamento não se apresenta consciente do problema ou motivado para a mudança de comportamento (Oliveira et al, 2003). Assim, vários teóricos têm demonstrado a eficácia da entrevista motivacional nesta área, de modo a ultrapassar a negação e a ambivalência do utente para a mudança (Miller & Rollinck, 1991), que pode resultar de um conflito entre as expectativas positivas acerca do consumo e das consequências do mesmo. Segundo este modelo, a motivação é um constructo que pode ser trabalhado e fomentado com a intervenção, através uma atitude empática, evitando juízos de valores, críticas e um estilo relacional confrontativo, afastando a resistência do utente para que este possa transitar para a fase seguinte do tratamento. Para além disso, a entrevista motivacional assenta no favorecimento da dissonância cognitiva, salientando as contradições entre o comportamento do utente e os objectivos desejados pelo mesmo, promovendo a sua responsabilidade no que se refere ao tratamento, aumentando o *locus* de controlo interno e a percepção de auto-eficácia, de modo a torná-lo mais confiante em relação às suas próprias decisões (Ferreira-Borges & Cunha e Filho, 2004).

Uma outra perspectiva da intervenção em Alcoologia deve ser o envolvimento da família no processo de recuperação, que pode funcionar como um elemento facilitador ou, por outro lado, representar um obstáculo à mesma, conduzindo frequentemente às recaídas. Desta forma, é crucial a intervenção junto dos familiares, pois esta doença afecta todo o sistema familiar, conduzindo frequentemente a situações de co-dependência, existindo uma focalização nas rotinas familiares do comportamento do alcoólico, perpetuando-se padrões relacionais disfuncionais que mantêm os comportamentos de consumo. Os elementos de uma família estão interligados de uma forma íntima e com padrões de interação estáveis, que podem transformar as possibilidades de promoção de mudança num comportamento problema. Estes padrões de interação podem ser considerados tanto como a causa, como o efeito do problema, representando o equilíbrio entre o problema e a família (Barnes 1997), sendo necessário sensibilizar a família para esta questão, para que se possa gerar uma nova reorganização familiar, conduzindo à integração do utente no seio familiar, retomando as suas funções e o seu papel, que lhe é muitas vezes retirado com o consumo continuado.

Deve-se considerar também os factores que potenciam a saúde, emocional e física, em oposição aos modelos que se focam apenas nas causas da doença. Segundo Antonovsky (1993), a forma como os indivíduos percepcionam a sua vida e os recursos que têm disponíveis para lidar com situações de stress condiciona o estado de saúde, fazendo com que factores de tensão se transformem ou não em

situações de stress, dependendo do sentido de coerência interno e dos recursos gerais de resistência. Segundo o mesmo autor, o senso de coerência consiste numa orientação global, no sentido de encarar a vida como estruturada, flexível, conferindo-lhe um sentido emocional, procurando pensar e agir com auto-confiança, beneficiando dos recursos que têm disponíveis. Este aspecto permite que os indivíduos encarem as dificuldades da vida como suportáveis, o que gera um impacto positivo sobre o seu bem-estar, motivando-os a percepcionarem as tarefas como desafios, investindo para que possam alcançar um resultado razoável, buscando os recursos apropriados e considerando-os significativos e com sentido emocional.

Projecto de intervenção – Área Dia de Alcoolgia

Tendo em conta princípios teóricos acima mencionados, foi se tornando necessário desenvolver um projecto de intervenção que permitisse actuar de forma intensiva, continuada e progressiva, após a desintoxicação alcoólica, realizada em ambulatório ou no internamento, de modo a promover e facilitar o desenvolvimento de um projecto de vida sem álcool. Desta forma, foi criada uma Área Dia, em Maio de 2005, na Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA), no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, destinada a utentes com Síndrome de Dependência Alcoólica, de ambos os sexos. Este programa tem como critérios de exclusão comorbilidades graves, nomeadamente, défices cognitivos muito acentuados e presença de actividade delirante ou persecutória, sendo necessário já ter ocorrido a suspensão dos consumos de bebidas alcoólicas há pelo menos 3 semanas e de outras substâncias psicoativas, para ser integrado no programa. Numa fase inicial é avaliada a motivação para o tratamento, bem como as necessidades de cada utente, para que se possa realizar um plano terapêutico diferenciado, recorrendo-se a uma bateria de testes que serão posteriormente caracterizados.

A Área Dia tem como objectivos motivar o utente, proporcionando conhecimentos acerca da doença e suas vulnerabilidades; garantir um espaço de partilha de vivências, história de vida e recomeço; reconhecer dificuldades interpessoais, promovendo o reforço positivo da vinculação; aceder e expressar sentimentos; fomentar a capacidade de mudança comportamental; promover um estilo de vida saudável; redefinir um projecto de vida; promover a autonomia e criação e expansão da rede social.

A Área Dia tem um horário semanal (de segunda-feira a sexta-feira), das 9h às 16h, com a duração aproximada de 3 meses, sendo este período variável em função da evolução do utente. Todas as actividades terapêuticas são realizadas em grupo, à excepção das consultas individuais. A integração no grupo facilita a consciência da doença e provoca mudanças na forma de pensar o problema, através da partilha da experiência de vida dos outros elementos (Cruz et al, 1999) minimizando frequentemente a resistência de cada um. O plano terapêutico inclui

actividades como terapia de grupo, treino de competências sociais, grupo de prevenção de recaídas, actividades lúdicas, relaxamento; psicoeducação; grupo de estilos de vida saudáveis, grupo dos relacionamentos; grupo multifamiliar, consulta de psiquiatria, consulta de psicologia, terapia de casal, terapia familiar, *atelier* de emprego, entre outras. Desta forma, este projecto terapêutico comporta uma equipa multidisciplinar constituída por psicólogos, enfermeiros, psiquiatras e assistentes sociais.

Metodologia

No sentido de analisar o impacto do plano terapêutico da Área Dia na recuperação dos utentes, nomeadamente nos aspectos referentes à motivação, consciência crítica em relação ao problema de consumo de álcool, craving, depressão, ansiedade e sentido de coerência interno, pretende-se realizar um estudo longitudinal, procurando descrever as alterações ocorridas nestas áreas, com o decorrer da intervenção. Para esse efeito efectuou-se um estudo piloto, no sentido de avaliar a adequação dos instrumentos, aos objectivos do programa, analisando o seu impacto na recuperação da doença alcoólica. Pareceu-nos pertinente fazer esta análise prévia, de modo a poder-se repensar estratégias de intervenção e para se ilustrar a direccionalidade da mesma, bem como a necessidade de descrever a eficácia do tratamento em determinadas áreas, que consideramos fundamentais.

Desta forma, foram incluídos dois momentos de avaliação, o primeiro correspondente à entrada no programa da Área Dia e, o último, aquando da saída do mesmo. Esta permitiu avaliar a necessidade de dar continuidade à intervenção ou repensar respostas adequadas às necessidades de cada elemento, no sentido de antecipar o risco de recaída. No primeiro momento procedeu-se à aplicação do questionário sociodemográfico, do a*lcohol use disorders identification test* -AUDIT, *The Stages Readiness and treatment Eagerness Scale* - SOCRATES, Beck Depression Inventory - BDI-II, da Escala Multidimensional de Craving do Álcool - EMCA, do Trait Anxiety Inventory – STAI –Y1, STAI-Y2STAI, do Sense of Coherence Questionnaire 29 – SOC 29. No segundo momento de avaliação foram aplicadas os mesmos testes, à excepção do AUDIT e do questionário sócio-demográfico.

Amostra

A amostra foi constituída por 17 elementos do sexo masculino, de raça caucasiana, que requentaram ao programa de Área Dia. A idade dos participantes oscilou entre os 30 e os 54 anos sendo a média de idades de 42 anos (dp= 7,9). No que respeita às habilitações literárias constatou-se que 31,3% de participantes tem o 6º ano de escolaridade, tendo a mesma percentagem de indivíduos o 9º

ano.11,4% são licenciados. Relativamente à situação laboral 52,9% mantêm o emprego, enquanto que 47,1% estão desempregados. Por outro lado, 52,9% dos participantes estão inseridos num agregado familiar, sendo constituído por companheiro/a e filhos, 35,3% vivem com os pais e 11,8% vivem sozinhos. 41,2% da amostra têm dois filhos e 23,5% não têm filhos.

Instrumentos

Para este efeito utilizou-se como medidas de avaliação um questionário sociodemográfico constituído por 9 itens, incluído questões como idade, sexo, habilitações literárias, situação laboral, agregado familiar, nº internamento, duração e motivo de abandono e etnia.

O *AUDIT* (Cunha, 2002) que avalia a existência ou não da dependência de álcool, classificando os indivíduos em 4 grupos possíveis, em função do tipo de consumo, nomeadamente os que não possuem dependência, os que apresentam comportamento de risco com o uso de álcool, os que apresentam dependência ou dependência severa, sugerindo a intervenção mais adequada para cada caso. Foi utilizada também a *SOCRATES* (Miller & Tonigan, 1996) que investiga o grau de prontidão/motivação para a mudança, sendo constituída por 19 itens, em que o participantes tem que avaliar cada item, em função do que pensam actualmente em relação ao seu consumo, respondendo através de uma escala tipo likert de 5 pontos, que varia entre o discordo totalmente e o concordo totalmente, agrupando os resultados em 3 dimensões: Reconhecimento (itens 1,3,7,10,12,15,17), Ambivalência (itens 2,6,11,16) e Acção (itens 4,5,8,13,14,18,19), sendo possível a seguinte classificação 10- muito baixo, 30 baixo, 50 médio, 70 alto e 90 muito alto. Incluiu-se ainda a *BDI–II*, que é constituído por 23 itens, que tem diferentes possibilidades de resposta (variando o valor entre 0 e 3 para cada item),em que os participantes tem que selecionar a resposta que melhor se aplica a si, para descrever como se tem sentido na última semana, incluindo o dia de hoje (Beck, 1996), sendo possível discriminar o grau de severidade da depressão: 0-13 depressão mínima, 14-19 depressão leve, 20-28 depressão moderada e 29-63 depressão severa. A bateria de testes incluiu também o – *STAI –Y1, STAI-Y2* (Silva, 2006), que corresponde a um questionário que avalia a ansiedade traço e ansiedade estado. A escala de ansiedade estado é constituída por 20 frases que avaliam o que os examinados sentem "precisamente agora, neste momento ". Por sua vez, a escala de ansiedade traço, também composta por 20 frases, avalia como as pessoas geralmente se sentem. A pontuação de cada frase varia entre 1 a 4, sendo que o 4 corresponde à presença de um alto nível de ansiedade. O *SOC 29* (Antonovsky, 1993), contém 29 itens, em que os itens 1,3,5,10,1 2,15,17,17,19,21,24,26 são referentes à compreensão, os itens 2,6,9,13,18,20,23,25,27,29 dizem respeito à capacidade de manejo e os itens 4,7,8,11,14,16,22,28 à capacidade de conferir sentido emocional. O score do sentido de coerência interno é obtido através do somatório dos 29 itens, quanto maior o score, mais forte é o sentido de coerência. Finalmente, a *EMCA* (Serecigni & cols., 2007), que avalia a intensidade do craving do álcool, sendo constituída por 12 itens.

Resultados

A maior parte da amostra (76,5%) integrou pela primeira vez o Programa de Área Dia, tendo a duração do tratamento variado entre 1 mês (5,9%) a mais de 6 meses (11,8%), existindo uma maior predominância do período de 3 meses a 6 meses (58,8%), seguido pelos 3 meses (23,%) (tabela 1).

Tabela 1. Nº Internamentos em Área Dia

	N	%
1 Internamento	13	76,5
2 Internamentos	3	17,6
3 Internamentos	1	5,9

Verificou-se que 58,8% da amostra cumpriu o programa que foi estipulado no início do tratamento, 29,4% abandonaram o programa por motivos profissionais. Para além disso, constatou-se que uma das situações de abandono do programa esteve relacionada com o recomeço de consumos e outra por incumprimento das normas de funcionamento da Área Dia (tabela 2).

Tabela 2. Motivo de Interrupção de tratamento

	N	%
Abandono	1	5,9
Por ter iniciado consumos	1	5,9
Motivos Profissionais	5	29,4
Cumprimento do Programa	10	58,8

Relativamente às variáveis estudadas, verificaram-se algumas diferenças, entre o momento de admissão e momento de alta (tabela 3), nomeadamente no Sentido de Coerência Interno, na depressão e na ansiedade. O Sentido Coerência Interno aumentou durante a permanência em Área Dia (teste: M= 136,88; dp= 22,4 re-teste: M= 145,28; dp= 19,72), tendo-se verificado algumas alterações divergentes nas três dimensões que contempla. Constatou-se um aumento da compreensão e da capacidade de manejo, no entanto no que respeita à capacidade de conferir sentido emocional aos acontecimentos de vida, ocorreu uma diminuição (tabela 4).

Tabela 3. Valores das médias das medidas de craving, sentido coerência interna, ansiedade estado e traço e depressão

	1º Momento		2º Momento	
	M	DP	M	DP
Craving	20,9412	7,91731	20,9412	8,89150
Sentido Coerência Interno	136,8824	22,49967	145,2857	19,72670
Depressão	20,0667	8,35350	11,5625	6,67302
Ansiedade Estado	51,9231	15,57488	53,8235	10,81223
Ansiedade Traço	52,2857	13,99686	55,4286	7,08969

Tabela 4. Valores das médias das dimensões do sentido coerência interno

	Sentido Coerência Inicial		Sentido Coerência Final	
	M	DP	M	DP
Compreensabilidade	43,5294	6,09424	43,6875	8,42788
Maneijabilidade	45,1765	4,20172	46,0000	7,42582
Significabilidade	27,2353	6,76876	26,1875	5,41872

Os scores obtidos no preenchimento do AUDIT oscilam entre o valor de 17 e 35, o que apontam para a existência de dependência e dependência severa de álcool, havendo um predomínio desta última.

Os resultados obtidos na avaliação da ansiedade, através das escalas de STAI, demonstraram um aumento da ansiedade estado, dado que no momento da admissão, a média dos scores obtidos para a ansiedade estado foi de 51,92 (dp=15,57) e no momento da alta foi de 53,8 (dp= 10,8). Verificou-se também um aumento da ansiedade traço, no momento de admissão, a média foi de 52,28, (dp= 13,99) e quando terminaram o programa a média dos scores obtidos foi de 55,42 (dp= 7,08) (tabela 3).

Os valores de craving não apresentaram alterações desde a data de admissão (M= 20,94; dp= 7,91) até à alta (M= 20,94; dp= 8,89) (tabela 3).

De acordo com os resultados obtidos na BDI, verificou-se uma diminuição dos scores obtidos. Na admissão a média dos scores era de 20,06 dp= 8,35 e no final do programa a média dos scores era de 11,56 com dp=6,67. De acordo com a classificação de Beck (1996), encontrou-se uma diminuição dos casos com depressão severa e moderada (tabela 5).

Tabela 5. A depressão dividida em grupos

	Depressão Inicial		Depressão Final	
	F	%	F	%
1 - Depressão minima	6	35,6	11	64,7
2 - Depressão leve	1	5,9	4	23,5
3 - Depressão moderada	5	29,4		
4 - Depressão Severa	3	17,6	1	5,9

Relativamente aos resultados do SOCRATES, verificaram-se alterações no predomínio das dimensões, nos dois momentos avaliativos, aumentando o Reconhecimento e Acção, diminuindo a Ambivalência (tabela 6)

Tabela 6. Resultados de SOCRATES

	Inicial		Final	
	M	DP	M	DP
Reconhecimento	30,7059	4,53824	31,5625	5,08552
Ambivalência	15,8235	2,96301	15,2667	4,07898
Acção	35,9412	4,76275	36,2353	5,71762

Discussão

Com base nos resultados obtidos, podemos considerar uma forte adesão a este tipo de programa terapêutico, tendo-se verificado o abandono do tratamento maioritariamente por motivos profissionais. Para além disso, o facto de ter havido apenas uma situação de recaída permite-nos levantar a hipótese de que a integração em Área Dia pode prevenir o retomar dos consumos, por terem um projecto de vida, por estarem em interação social e pelo facto de acabarem por se vincularem ao programa, permitindo delinear e partilhar estratégias para as dificuldades que vão sentindo, que frequentemente estão relacionados com a recaída, o que lhes pode aumentar a percepção de auto-eficácia para lidarem com a situação (Marlatt & Gordon, 1999).

Verificou-se a necessidade de aumentar o tempo de permanência em Área Dia, para alguns casos, ultrapassando o tempo previamente estipulado, o que pode demonstrar algum cuidado da equipa técnica em procurar ajustar o programa às necessidades individuais, o que pode ser uma mais-valia em termos de eficácia do tratamento (Prochaska e Diclemente, 1992).

Constatou-se uma melhoria ao nível da depressão, o que nos parece ser um indicador de impacto positivo do tratamento, dado que a literatura vem demonstrando uma forte prevalência de depressão em indivíduos diagnosticados com alcoolismo, sendo por vezes um dos elementos que comprometem

significativamente a sua adaptação social e familiar. Estudos revelam que reacções depressivas de curta duração podem estar relacionadas com os efeitos da própria intoxicação, acabando por desaparecer com a manutenção da abstinência. Enquanto que as depressões que aparecem após meses ou anos de abstinência podem representar um factor de risco de recaída, uma vez que o indivíduo pode recorrer ao consumo para lidar com os sintomas depressivos. Por outro lado, este consumo acaba por provocar um agravamento no quadro depressivo, uma vez que o álcool funciona como um depressor do sistema nervoso central (Jornada, et al,1995). Deste modo, a melhoria das depressões graves na nossa amostra pode estar relacionado com o facto de estarem em tratamento, com terapêutica farmacológica, intervindo-se também no âmbito das emoções, bem como na promoção e desenvolvimento de competências e estratégias para enfrentarem problemas, inseguranças e receios, o que poderá ter repercussões positivas na auto-estima e na auto-confiança (Marlatt, 1999).

O *craving* não se alterou com o tratamento, embora não se tenha verificado o consumo de bebidas alcoólicas. Segundo Serecigni et al. (2007) o *craving* pode activar respostas automáticas de consumo de álcool, sendo necessário existir um bom funcionamento dos circuitos cerebrais, de modo a que ocorra uma inibição destas respostas impulsivas. Quando há uma deterioração nestes, o indivíduo fica mais vulnerável. Assim, seria de esperar, segundo a literatura, uma redução do *craving* com a intervenção. No entanto, apesar deste não se ter alterado, o facto de não terem ocorrido consumos, pode demonstrar alguma eficiência no treino de estratégias para lidar com situações e emoções de risco, sendo capazes de encetar alguns recursos aprendidos com o tratamento para lidar com o *craving*.

O aumento de ansiedade no momento da alta do programa terapêutico pode dever-se à procura de estratégias eficazes para lidar com o *craving*, como já foi previamente referido. Para além disso, o término do programa traz outros receios e preocupações, pois até àquele momento estiveram num espaço protegido, onde diariamente estavam integrados no grupo e apoiados pela equipa técnica. Esta fase de maior autonomização implica uma maior gestão da sua vida pessoal (familiar, económica, profissional), o que pode acarretar maiores níveis de ansiedade. O próprio receio de falhar neste novo recomeço de vida pode gerar alguma instabilidade emocional, que se traduz pelo aumento de ansiedade, sem ter que ser considerada alarmante.

No que se refere à motivação e prontidão para a mudança, os resultados demonstram o aumentou do reconhecimento e acção, bem como diminuição da ambivalência. Este aspecto pode ser indicador de que a Área Dia possa estar a cumprir um dos seus objectivos principais, que consiste em motivar para a mudança de comportamentos, promovendo a consciência crítica da doença. À luz do modelo Transteórico de Prochaska & Diclemente (1992), bem como do modelo da entrevista motivacional (Miller & Rollink, 1991), a motivação pode ser trabalhada, podendo ultrapassar alguma resistência inicial ao tratamento. Estes resultados demonstram também que os utentes integrados no programa

evoluíram para uma fase em que já procuram implementar as estratégias planeadas e aprendidas, existindo um maior compromisso com a recuperação.

No que respeita ao sentido de coerência interno, os resultados mostraram um aumento da média inicial em relação à média final, embora esta alteração não se verifique nas três dimensões da medida. A compreensão e o manejo aumentaram, o que poderá ser explicado pelo acréscimo de conhecimentos sobre a dependência de álcool. A capacidade de conferir sentido emocional, ou seja a aptidão que o sujeito tem de encontrar nos acontecimentos de vida razões para o investimento de energia e interesse diminuiu. Este facto poderá ser explicado pelo reduzido período de abstinência em que se encontram e por outro lado pela dificuldade apresentada em encontrar de atividades prazerosas.

Conclusão

Pretendeu-se com este artigo dar uma visão panorâmica de uma intervenção inovadora no âmbito de Alcoologia, que visa intervir de modo intensivo e contínuo, potenciando a motivação e a evolução dos utentes ao longo de diferentes fases de mudança de comportamentos, até atingir a fase de manutenção das modificações alcançadas, de modo a prevenir recaídas e a facilitar a criação e desenvolvimento de um projecto de vida sem álcool.

O estudo piloto realizado apresenta limitações, não se podem retirar conclusões totalmente fiáveis, devido ao tamanho da amostra. Para além disso, não se estabeleceram relações de causalidade entre diversas variáveis, de modo a analisar a influência de cada uma nos resultados. No entanto, permitiu-nos descrever algumas alterações nos dois momentos avaliativos que podem ser indicadores de alguma eficácia deste tipo de tratamento, bem como alguma adequação do mesmo às necessidades de cada um. Desta forma, parece-nos pertinente dar continuidade à investigação planeada, no sentido de aferir de um modo mais fiável as variáveis que determinam a evolução do tratamento e analisar se os indicadores do estudo piloto se confirmam. O protocolo aplicado pareceu-nos adequado aos objectivos pré-definidos, embora nos parece pertinente incluir um teste que avalie as expectativas dos efeitos do álcool, dado ser uma variável de extrema importância no retomar dos consumos. Finalmente, é de realçar a importância de se avaliar o impacto de uma determinada intervenção, de modo a poder-se aperfeiçoá-la, permitindo uma maior adequação às necessidades e recursos de cada utente.

Bibliografia

Adés, J. & Lejoyeux, M. (2004).*Comportamentos Alcoólicos e seu Tratamento*, 2º Ed., Lisboa: Climepsi Editores

Aliane, P., Lourenço; L. & Ronzani, T. (2006). Estudo Comparativo das Habilidades Sociais de Dependentes e Não Dependentes de Álcool. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 83-88.

American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Texto revisado (–DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed; 2002.

Antonovsky A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*, 36:725-33.

Babor, T., et al (2003*). Audit: Teste para a Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool: Roteiro para uso em atenção primário*.

Barnes, M. (1997). *Care, community and citizens*. Londres:Longman.

Beck J. (1996) *Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed;

Cruz, M. *et al.* (1999). Criação de um serviço de atendimento a usuários de drogas em ambulatório do Instituto de Psiquiatria da UFRJ: experiência de dois anos. *Informa*ção Psiquiátrica, 18: 17-22.

Cunha, J. (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

Edwards G, & Dare C. (1997).*Psicoterapia e tratamento das adições*. In: Falkowski, W. *Terapia de Grupo e as Adições*. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ferreira-Borges, C. & Cunha-Filho, H. (2004*). Uso, Abusos e Dependências: Aconselhamento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gouveia, J. (1996).A Importância das Expectativas Acerca dos Efeitos do Álcool nos Modelos de Tratamento e Prevenção de Recaídas no Alcoolismo. *Interacções*, 4:7-24.

Jornada, K., et. al (1995). Depressão em alcoolistas hospitalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44* (12), 625-629.

Kranzler, H. et al (1999). Validity of the obsessive compulsive drinking scale (OCDS): does craving predict drinking behavior? *Alcoholism: Clinical Experimental Research, 23,* 108-114

Marlatt, G. & Gordon, J.(1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavio*r. New York: The Guilford Press.

Marlatt, A. (1999). *Redução de Danos: Estratégias Práticas para Lidar com Comportmentos de Alto Risco*. Porto Alegre: Artmed.

Mathias, A. & Cruz, M. (2007). Benefícios de técnicas cognitivo-comportamentais em terapia de grupo para o uso indevido do álcool e drogas. *JBrasPsiquiatria*, 56(2): 140-142.

Miller, W. & Rollnick, S. (1991*).Interviewing: preparing people to change.* New York: Guilford Press.

Miller, R. & Tonigan, S. (1996).Assessing drinker's motivation for change: The

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) *Psychol Addict Behav*, 10:81–89.

Oliveira, M. et al (2003). Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2):265-270.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento: Descrições clínicas e directrizes diagnósticas*. Porto Alegre; Artes Médicas.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114

Peuker, A. (2006).Expectativas e Beber Problemático entre Universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*,22(2): 193-200.

Serecigni, J. & cols. (2007). Alcoholismo: Guias Clínicos basados en la evidencia cientifica.2ª ed, *socidrogalcohol*.

Silva, D. (2006). *O inventario de estado-traco de ansiedade - S.T.A.I*. In M. Goncalves, M. Simoes, L. Almeida & C. Machado (Coords.). *Avaliação Psicológica – Instrumentos*

validados para a população portuguesa (pp. 45-60). Coimbra: Quarteto Editora

WHO (2005). *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.