

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A RECAÍDA NO ALCOOLISMO

Heloisa Helena Venturi Luz¹

Scheila Giosele dos Santos²

RESUMO

Podemos considerar que a recaída é de altíssima incidência nas instituições de tratamento para o alcoolismo, indicando a relevância de conhecer suas causas e pensar estratégias que o evitem. A partir do acolhimento dos pacientes, nas instituições de saúde pública, pode-se observar durante a coleta de dados, que uma grande parte dos pacientes já fizeram algum tipo de tratamento para minimizar o uso de álcool, desse modo, uma das coisas que se vê é a falta atenção continuada durante a manutenção do tratamento. Durante o acompanhamento dos pacientes alcoolistas, é proposto ao mesmo, programas de reabilitação psicossocial, um conjunto de estratégias que aumenta a capacidade do usuário de estabelecer trocas sociais e afetivas nos diversos cenários: em casa, no trabalho e no tecido social. Com isso, torna-se central a formação e a capacitação de profissionais que trabalham diariamente na atenção aos pacientes, para melhor qualificar o atendimento na promoção, prevenção e recuperação do mesmo, assim o profissional saberá prestar o atendimento adequado no serviço de saúde mental.

Palavras-chave: Alcoolismo. Recaída. Tratamento.

RESUMEN

Podemos considerar que la recaída es muy alta incidencia en las instalaciones de tratamiento para el alcoholismo, lo que indica la importancia de conocer sus causas y las estrategias que eviten pensar. Durante la recepción de los pacientes en las instituciones de salud pública pueden ser observadas durante la recolección de datos, un gran número de pacientes han hecho algún tratamiento para minimizar el consumo de alcohol, por lo tanto, una de las cosas que ves es el falta continuó atención durante el tratamiento de mantenimiento. Durante el seguimiento de los pacientes alcohólicos, se propone a los mismos programas de rehabilitación psicossocial, un conjunto de estrategias que mejora la capacidad del usuario para establecer intercambios sociales y emocionales en varios escenarios: en casa, en el trabajo y en el tejido social. Con eso se convierte en fundamental para la educación y formación de los profesionales que trabajan diariamente en la atención al paciente, para mejorar un mejor servicio en la promoción, prevención y recuperación de la paciente y el profesional sabe proporcionar una atención adecuada en el servicio de salud mental.

Palabras clave: Alcoholismo. La recaída. Tratamiento.

¹ Acadêmica do curso de Pós-Graduação de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI.

² Professora orientadora do curso de Pós-Graduação de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI.

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada a partir da revisão da literatura do tema “Fatores que contribuem para a recaída no alcoolismo”. A revisão ocorreu entre julho e outubro de 2015, as pesquisas e leituras foram realizados através de buscas de artigos e periódicos científicos, sendo escolhidos por critério de inclusão utilizando os seguintes descritores: alcoolismo, recaída e tratamento.

O alcoolismo é uma dependência excessiva do álcool, essa dependência vem seguida de comprometimento da saúde mental, da saúde física, do comportamento e das relações sociais. O alcoolismo é considerado uma doença pela Organização Mundial da Saúde. O uso incontrolado do álcool pode comprometer o funcionamento do organismo, levando a consequências irreversíveis. A pessoa dependente do álcool, além de prejudicar a sua própria vida, acaba afetando a família, amigos e colegas de trabalho. O alcoolismo, pelo menos em parte, é causado por fatores sociais, culturais e psicológicos, e conseqüentemente tratável. É da alçada da Saúde Pública cuidar das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool sem, contudo, centrar sua atuação na condição moral ou jurídica deste consumo. A saúde Pública oferece diversas formas de cuidado e podemos citar algumas como: acolhimento, atendimento individual e em grupo, atenção às famílias, visitas e atendimentos domiciliares, oficinas e grupos terapêuticos, repouso e desintoxicação ambulatorial, entre outros. Muitos dependentes de álcool que poderiam se beneficiar da rede de saúde não buscam quaisquer serviços ou, quando buscam, não cumprem o tratamento da maneira proposta para evitar os danos associados ao rótulo de dependente, onde acontece a recaída.

A origem do termo recaída deriva de um modelo médico, indicando um retorno a um estado de doença após um período de remissão, mas essa definição tem sido diluída e aplicada a vários comportamentos, desde o abuso de álcool até a esquizofrenia. Independentemente de como se define recaída, uma interpretação geral das pesquisas de psicoterapia de vários transtornos de comportamento revela que a recaída pode ser denominador comum no tratamento de problemas psicológicos. (POLIVY; HERMAN, 2002 apud MARLATT; DONOVAN, 2009)

A recaída é de altíssima incidência, indicando a relevância de conhecer suas causas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O álcool é uma substância psicoativa, que foi produzida na antiguidade de forma artesanal, no entanto podemos dizer que sua origem é incerta, o uso foi iniciado há 10.000 anos atrás. Hoje em dia encontra-se multifacetado em mercadoria imensamente consumida (ANDRADE; SILVEIRA, 2010 apud MENDES; MACEDO 2012).

O álcool é uma substância depressora do sistema nervoso central, obtida principalmente a partir da fermentação da cana, no entanto vários outros vegetais (como trigo, uvas, cevada) também possam gerá-lo. Muito consumido socialmente, é comum que as pessoas o usem para “criar coragem” ou “se soltar”, porque, no início, o álcool deprime os sistemas inibitórios do cérebro. Com isso, a pessoa se sente menos inibida e parece se tornar “mais legal”. No entanto, com um consumo mais elevado ou com o passar do tempo, o álcool começa a deprimir os outros sistemas do corpo, inclusive os estimulatórios. Com isso a pessoa fica mais deprimida, chorosa, sonolenta. E, no dia seguinte, de ressaca. (NORDON, 2012).

No antigo Oriente Médio, nas populações anteriores a Cristo, as bebidas fermentadas eram um elemento pelo qual as elites controlavam a produção de bens, demonstravam status e praticavam o comércio entre populações distantes. As bebidas destiladas, com uma maior concentração de álcool, tiveram sua produção intensificada, na Idade Média e assim, sucessivamente, os problemas relacionados com o álcool tornaram-se socialmente relevantes. (BAU, 2002 apud FACCIO, 2008, p. 13)

Conforme Anderson e Castro Filho (2006 apud FACCIO, 2008, p. 13):

A partir do século XVII, o consumo de álcool passou a ser visto como um problema de saúde, chamando a atenção dos profissionais médicos e das comunidades. Nesse momento ainda era visto como sendo um problema das comunidades urbanas pobres e da periferia, as quais seriam responsáveis pelo manejo da situação problema.

Em 1976, surge a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), proposta por Griffith Edwards e Milton Gross a qual é descrita como um transtorno que se constitui ao longo da vida, dependendo da interação de fatores biológicos e culturais, como religião e valor simbólico do álcool em cada comunidade. Podemos considerar que é forma de aprendizado individual e social o modo de se consumir bebidas e nesse processo de aprendizado de usar o álcool, um dos fenômenos mais significativos é a abstinência. Assim, quando a pessoa passa a ingerir a bebida para aliviar os sintomas de abstinência é estabelecida à associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

O alcoolismo passa a ser considerado uma doença apenas quando o usuário apresenta tolerância, abstinência e perda do controle. É considerada tolerância a necessidade de doses cada vez maiores de álcool para exercer o mesmo efeito, ou diminuição do efeito do álcool com as doses anteriormente tomadas; e síndrome de abstinência considerada um quadro de desconforto físico e/ou psíquico quando da diminuição ou suspensão do consumo etílico (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Segundo Wagner (2006 apud ANDERSON; CASTRO FILHO) são alvos fáceis da dependência, as pessoas que encontram no ato de beber respostas de prazer e de fuga de estresses e inibições, além de fatores predisponentes, história familiar e situações de desajuste sócio-familiar, onde o álcool é utilizado como válvula de escape para o sofrimento enfrentado. Como o álcool age exatamente nas partes altas do cérebro, onde se processam a capacidade crítica e a análise de situações, uma vez inibidas essas funções, a sensação de descompromisso, vergonha ou medo ficam diminuídos. Assim, o indivíduo liga-se a situações de busca de prazer, como o álcool, se tiver dificuldade de expressar emoções, sentimentos ou quando tiver receio de se expor.

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) traz a classificação F 10 para transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool, com algumas subdivisões. Apesar de suas consequências negativas, o ato de beber é considerado fundamental no convívio social, dificultando as campanhas de conscientização. Sendo uma droga lícita, a população aceita normalmente seu uso. (PEDROSA, 2013)

Alterações fisiológicas e sociais decorrentes do uso abusivo do álcool nos indivíduos são destacadas com quadros de gastrite hemorrágica, alterações

hepáticas e pancreatite, assim como alterações no sistema nervoso central do tipo déficit cognitivo, amnésia anterógrada, ocorrem posteriormente a um trauma cerebral e são representadas pela incapacidade de lembrar-se de novas informações além de comportamentos de risco como sexo sem proteção e dirigir veículos sob efeito do álcool. O comportamento agressivo é resultado da redução da ansiedade e do medo que está relacionado com a ação da substância sobre receptores serotoninérgicos e gabaérgicos. (ANDRADE, SILVEIRA, 2010)

O uso abusivo do álcool não é caracterizado apenas pela frequência com que provoca a sua ingestão, mas também pela quantidade e pelo intervalo entre um drinque e outro. (MIRANDA et al 2007 apud MENDES; MACEDO, 2012)

Assim como a genética, o ambiente pode ser considerado um desencadeador pela busca alcoólica: temores, fracasso, timidez, insegurança, dificuldade de relacionamento interpessoal, baixa autoestima, ambiente familiar conturbado, assim como busca por novas sensações, desejo de independência, imitação de seus ídolos e pressão do grupo de amigos são alguns dos fatores considerados como predisponentes ao uso do álcool. (MIRANDA et al 2004)

De acordo com Wagner (2006 apud ANDERSON; CASTRO FILHO) os indivíduos frágeis a dependência, são as pessoas que encontram no ato de beber o resultado do prazer e de fuga de estresses e inibições, além de fatores predisponentes, história de relacionamento familiar turbulento, onde o álcool é utilizado como fuga para o sofrimento enfrentado. Como o álcool age exatamente nas partes altas do cérebro, onde se processam a capacidade crítica e a análise de situações, uma vez inibidas essas funções, a sensação de descompromisso, vergonha ou medo ficam diminuídos. Assim o indivíduo vai em busca de algo que lhe de prazer, como o álcool, se tiver dificuldade de expressar emoções ou sentimentos ou quando tiver receio de se expor.

Junto com o prejuízo orgânico do paciente, é observado também a combinação de comportamento violento, descontrole psíquico em algumas situações induzindo ao ato de agressividade afetando cada membro da família dos pacientes. (ANDRADE; SILVEIRA, 2010)

Para Simon (1974 apud MENDES; MACEDO, 2012) os grupos dos Alcoólicos Anônimos (AA) têm se destacado e demonstra grande importância na ajuda com a recuperação e manutenção de dependentes. Dados apontam que,

dentre o total de recuperados, as mulheres correspondem a 35% e os jovens com idade inferior a vinte e um anos a 5%.

Durante algum tempo, os profissionais estudaram a procura de tratamento por dependentes de álcool como um processo individual, no qual a motivação era vista como uma entidade intrínseca e imutável expressada através do comportamento de querer ou não modificar o hábito de beber. No entanto, sem o entendimento dos antecedentes do processo de motivação, antes da procura formal de tratamento, o conceito de motivação pode ser usado de forma errônea e inadequada. Aspectos sociais, pessoais, traços culturais e determinados tipos de tratamento podem influenciar na procura de tratamento, bem como doenças físicas e consequências sociais, sendo estas últimas as de maior peso na procura de tratamento (MOOS; MOOS, 2004 apud FIGLIE, 2004, p. 18).

Trabalhos de cuidados primários de saúde podem ser de suma importância no tratamento de dependentes de álcool, com simples aconselhamentos que podem motivar os pacientes a se abster do álcool ou a procurar ajuda especializada (BRADLEY, 1992 apud FIGLIE, 2004). Evidências sugerem que esse processo pode remover barreiras na procura de tratamento, sendo a maior dificuldade o diagnóstico dos problemas relacionados ao álcool. (DURAND, 1994 apud FIGLIE, 2004)

Nos últimos anos, um dos maiores expoentes na área de motivação é William Miller, criador da "Entrevista Motivacional", abordagem de sensível utilidade em variados estágios de tratamento e especialmente útil no auxílio a pessoas com problemas de abuso de substâncias e que se mostrem ambivalentes ou resistentes. (MILLER; ROLLNICK, 2002b apud FIGLIE, 2004, p. 20)

As pessoas que lutam contra problemas de dependência geralmente chegam ao tratamento com motivações confusas entre continuar e interromper o consumo. A ambivalência, permeia principalmente as primeiras sessões do tratamento e parece ter um potencial especial para manter as pessoas presas e criar estresse. A ambivalência é um estado mental no qual a pessoa tem sentimentos coexistentes e conflitantes a respeito de algum comportamento a ser modificado. (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004 apud FIGLIE, 2004)

Os indivíduos trazem seus valores e além disso também têm expectativas próprias quanto aos resultados esperados, tanto positivos como negativos, estas expectativas podem ter um efeito importante sobre o comportamento. Assim, uma pessoa pode muito desejar interromper o uso de alguma substância, mas pode não fazer absolutamente nada nesse sentido porque não acredita ser capaz. Indivíduos com problemas relacionados ao consumo de algum tipo de substância podem persistir em seus hábitos, apesar de incríveis sofrimentos e perdas pessoais. (DAVIDSON; ROLLNICK; MACEWAN, 1991 apud FIGLIE, 2004)

A ambivalência não é considerada um sinal ruim, sendo que a pessoa que se encontra em conflito não apresenta uma decisão definida, tanto no sentido de continuar o consumo como de se abster. De certa forma, o manuseio da ambivalência, no momento que o profissional compreende a normalidade desse fenômeno, evoca menor resistência por parte do paciente e facilita o avanço no aconselhamento. (MILLER; ROLLNICK, 2002 apud FIGLIE, 2004)

De uma forma geral os tratamentos têm adotado uma sensação esperançosa de motivação como algo relativamente imutável, ou seja, ou o paciente está motivado para o tratamento e nessas condições o terapeuta teria um papel pronto de auxiliar a pessoa, ou o paciente não está motivado, desse modo o tratamento não seria possível. Uma técnica denominada Entrevista Motivacional, requer que a aderência do paciente possa depender da sua motivação, sendo possível de ser modificada ao longo do tratamento. (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 1999 apud FIGLIE, 2004)

Sendo assim, Prochaska e DiClemente et al (1991 apud FIGLIE, 2004, p. 23) descreveram os vários estágios de mudança, úteis na compreensão dos comportamentos aditivos:

O modelo teórico tem início com a pré-contemplação, estágio em que a pessoa não considera a necessidade de ajuda, não demonstrando consciência suficiente de que tem problemas, embora outras pessoas do seu convívio possam estar cientes disso. Quando a pessoa passa a considerar seu consumo de substâncias como um problema com possibilidade de mudanças, ela entra no estágio de contemplação. Seguindo para o estágio de Preparação, ela começa a construir tentativas para mudar seu comportamento. Nesse estágio, geralmente as pessoas são descritas como prontas para a ação. Quando essas tentativas são colocadas em prática, este indivíduo se encontra no estágio de ação, ocorrendo uma implementação de planos para a modificação do comportamento aditivo envolvendo tentativas concretas de modificar

comportamentos, experiências e/ou o meio ambiente, a fim de superar os problemas da dependência. Finalmente, o sucesso da mudança ocorre no estágio de Manutenção, no qual a pessoa modifica seu estilo de vida, evitando a recaída, atingindo abstinência e consolidando as mudanças. Tais estágios seguem uma ordem sequencial, em que pode ocorrer a recaída, obrigando novamente o dependente a passar várias vezes pelos estágios de mudança (variação na frequência de acordo com cada caso), antes de atingir a manutenção em longo prazo. A recaída não é considerada como um estágio de mudança, mas como um evento que marca o final do estágio de ação ou manutenção.

Em 1986 Brownell e publicaram sobre o problema da recaída nos comportamentos de abuso de álcool. Os pesquisadores afastavam-se do modelo de doença e partiam para definições mais cognitivas e comportamentais dos transtornos adictivos. A recaída tem sido descrita tanto como um resultado, quanto um processo, abrangendo qualquer transgressão no processo da mudança de comportamento. (BROWNELL et al 1986 apud MARLATT; KATIE, 2004)

As origens da palavra “recaída” derivam de um modelo médico, indicando o retorno a um estado de doença após um período de remissão, mas esta definição tem sido diluída e aplicada em vários comportamentos, desde o abuso do álcool até o transtorno de esquizofrenia. Quando os pacientes tentam mudar um comportamento problema, o lapso (um breve momento de retorno do comportamento anterior) é possivelmente provável. O resultado possível, é o retorno ao padrão de comportamento problema anterior (recaída). Outro resultado é o indivíduo “voltar” a direção da mudança positiva. Não importando de como se define a recaída, uma interpretação geral das pesquisas de psicoterapia de vários transtornos de comportamento revela que a “recaída” pode ser denominador comum no tratamento de problemas psicológicos. A maioria dos indivíduos que faz uma tentativa de mudar o próprio comportamento em um determinado objetivo que pode variar, como perder peso, reduzir a hipertensão, parar de fumar, entre outros, experimenta lapsos que frequentemente conduzem a recaída. (POLIVY; HERMAN, 2002 apud MARLATT; KATIE, 2004)

Podemos considerar o alto risco de recaída, estressores ambientais, e características de personalidades. Quando se identifica essas situações, o terapeuta trabalha com o paciente monitorando as habilidades de enfrentamento, a auto eficácia e os fatores de estilo de vida do cliente como por exemplo, o desequilíbrio do estilo de vida, que podem aumentar a chance de um indivíduo estar em uma

situação de alto risco. (DALEY; MARLATT; SPORTTS, 2003 apud MARLATT; KATIE, 2004)

Após Marlatt e Gordon (1980 apud MARLATT; KATIE, 2004) consideram que o estado emocional negativo é o primordial desencadeante de recaída, contudo os pacientes com transtornos afetivos podem estar utilizando o álcool como mecanismo de enfrentamento. Eles usam substâncias para aliviar sintomas de transtorno de humor preexistentes. Os autores acreditam que a recaída é influenciada pela inter-relação das situações ambientais condicionadas pelo alto risco, pelas capacidades para enfrentá-las, pelo nível percebido de controle pessoal (autoeficácia) e pela antecipação dos efeitos positivos do álcool. Um estudo de 48 episódios revelou que a maior parte das recaídas estava associada a três situações de alto risco: a) frustração e ira; b) pressão social; e c) tentação interpessoal.

Ainda para Marlatt e Gordon (1985 apud MARLATT; KATIE, 2004) a recaída começa bem antes de reiniciar o consumo de álcool. As pessoas com resultados fracassados a situações de alto risco apresentam falta de confiança, que, junto com as expectativas positivas quanto ao consumo de álcool, podem provocar um consumo do mesmo, ocasionando sentimento de culpa que, com o efeito positivo de álcool, lhes estimulam a continuar fazendo o uso de álcool. Existem fatores de duas classes, que são, determinantes imediatos e antecedentes ocultos. Nos determinantes imediatos estão as situações de alto risco, como estados emocionais negativos, situações de conflito interpessoal, situações de pressão social e estados afetivos positivos. E nos antecedentes ocultos, estão o estilo de vida do paciente, os tipos de afrontamento ao estresse, o sistema de crenças entre outros, que mediam a resposta aos fatores imediatos. Logo acontece o deslize (consumo ocasional de álcool), que pode não ocasionar uma recaída, no entanto é um risco muito grande. Com frequência, logo após o deslize, aparecem sentimento de culpa que, com as expectativas positivas do álcool, levam ao consumo, que finaliza na recaída. Os autores têm descrito uma reação chamada efeito da violação da abstinência; esta reação se centra na resposta emocional que o indivíduo apresenta diante do deslize. As pessoas que atribuem o deslize a uma incapacidade para se controlar recaíram com maior frequência do que aqueles que pensam que têm sido ineficazes no manejo das situações.

De acordo com Knapp et al (1994 apud ÁLVARES, 2007, p. 189):

existem diversas situações de risco que podem provocar as recaídas: a) emoções negativas, como a ansiedade, depressão, culpa etc., sendo estas o fator predominante que antecede ao primeiro consumo; b) pressão social com atribuições negativas, por exemplo, quando os amigos oferecem ou pressionam para consumir, quando o sujeito visita certas pessoas ou as recebe em casa, ir a festas etc.; c) manejo de situações difíceis, como enfrentar uma má notícia, terminar uma relação de casal, discussões no seio familiar etc.; d) manejo dos problemas físicos e psicológicos, como insônia, solidão, doenças próprias, problemas sexuais etc.; e) sintomas de abstinência unida a estímulos e incitações como precipitante.

Existe um ponto sociocultural, onde os fatores interpessoais como a influência dos pares e o comportamento da família, tornam-se muito importantes na determinação do padrão de uso do álcool. (BERTOLOTE; RAMOS, 1997 apud GIGLIOTTI; BESSA, 2004) De acordo com os autores, a sociedade e a família não estão atuando com a devida responsabilidade, permanecendo imune diante dessa realidade, devido a uma grande valorização dos fatores do alcoolismo, dando importância às causas individuais.

A chance de beber ocorre em função do nível de tensão recebido diante de uma determinada situação, relacionando-a com o grau de controle pessoal, a disponibilidade de respostas adequadas para lidar com a situação, o acesso ao álcool e as expectativas de resultado positivo oferecidas pela bebida como resposta para lidar com a situação. (MARLATT; GORDON, 1993 apud MARLATT; KATIE, 2004)

Edwards (1995) comenta que o fato de voltar a beber possui consequências que levam o alcoolista a diminuir consideradamente a sua autoestima, vindo a convencer-se de que ele não vale nada, gerando um sentimento de culpa, profundamente pessimista, sentindo-se demasiadamente fraco e envergonhado diante de suas atitudes. Segundo o autor, para se entender por que algumas pessoas recaem, é primordial ter conhecimento que o álcool é uma droga capaz, pelo menos em curto prazo, de remover ou afastar uma grande variedade de sentimentos desagradáveis, como por exemplo, angústia ou depressão. Para uma pessoa insegura ou que duvida de seu próprio valor, beber pode remover por um tempo estes sentimentos. A pessoa que bebe em excesso está, com frequência fazendo uso do álcool para alterar sua percepção do mundo, que ela acha difícil, ou para aliviar sentimentos insuportáveis a seu próprio respeito.

Mielke (2004) comenta que a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas preconiza que a assistência a esses usuários deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), além disso, a atenção a esses usuários deve ser contemplada pela atuação integrada dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Serviço de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.

Mielke (2004) acrescenta que a nova proposta de assistência tem bases consolidadas, no entanto o engajamento das pessoas, sobretudo de alguns profissionais, tem sido insuficiente. Contribui para isso a formação desses indivíduos, geralmente voltada para o modelo médico hospitalocêntrico e com base numa filosofia cartesiana de especialidades. Tais características se refletem na dificuldade em manter relações horizontais com os usuários, no desinteresse em intervenções na comunidade e com a forma desconexa de atuação dos profissionais e, por conseguinte, dos serviços.

Relata Laranjeiras (2011) que o papel dos profissionais de Saúde Pública é promover a facilitação de acesso ao tratamento, ampliar a informação sobre onde e como buscar ajuda, tanto para os pacientes quanto para seus familiares, e sobretudo mover a “roda da vida” da motivação de dependentes de álcool para iniciar o tratamento. O alcoolismo é um dos 10 mais importantes problemas de saúde considerado prioridade na atenção primária.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se levar em conta que os motivos que contribuem para a recaída no alcoolismo são os componentes que incluem a interação entre a pessoa, como por exemplo, o afeto, enfrentamento, autoeficácia e as expectativas dos resultados, e também fatores ambientais, como influências sociais, acesso fácil ao álcool e a exposição aos gatilhos. Então se o indivíduo não tem uma resposta de enfrentamento efetiva ou segurança para lidar com a situação, a tendência é ceder ao uso do álcool. A escolha que a pessoa tem para consumir a substância é,

portanto, medida pelas expectativas que o mesmo tem quanto aos efeitos iniciais que a mesma causa.

Existem diversas situações de risco que podem provocar as recaídas: emoções negativas, como a ansiedade, depressão, culpa, sendo estas o fator predominante que antecede ao primeiro consumo, pressão social com atribuições negativas, por exemplo, quando os amigos oferecem ou pressionam para consumir, ir a festas, manejo de situações difíceis, como enfrentar uma má notícia, terminar uma relação de casal, discussões no seio familiar, manejo dos problemas físicos e psicológicos, como insônia, solidão, doenças próprias, problemas sexuais, sintomas de abstinência unida a estímulos e incitações como precipitante.

O alcoolismo pode estar relacionado à depressão, carência afetiva, ansiedade, baixa resistência à frustração, entre outras dificuldades emocionais. A forma de tratamento do alcoolismo está disponível nos serviços oferecidos e previstos pela RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), serviços esses que se mostram imprescindíveis para o tratamento. A procura pelo álcool é normalmente para o alívio momentâneo das angústias, por não conseguir usar os recursos pessoais espontaneamente para lidar com os problemas. Nos serviços oferecidos pela RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) o indivíduo irá conhecer mais sobre si mesmo. Através desse processo, aprenderá habilidades para voltar a ter uma vida saudável e sem álcool. O tratamento também auxilia na prevenção de recaída, motivando o alcoolista a manter-se sóbrio, e na elaboração de um plano de vida. Isso nos faz pensar na importância da qualidade desses serviços.

Considerando que a recaída acontece de um modo geral quando o paciente tem dificuldades para lidar com situações emocionais, podemos fazer algumas reflexões acerca do cotidiano dos serviços oferecidos e previstos na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), como Centro de Atenção Psicossocial, as Unidades de Acolhimento, os Consultórios de Rua, as Equipes de Saúde da Família, os Leitos em Hospital Geral, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, entre outros: diversidade de serviços e acolhimento, adesão ao tratamento, sucesso no tratamento. A diversidade de serviços pode ser tanto na composição da rede, quanto, por exemplo, na oferta de diferentes atividades no mesmo serviço. Em verdade, a diversidade de pontos de atenção de uma rede é característica fundamental para cumprir o papel de acolher o usuário e oferecer respostas às suas demandas. Várias são as especialidades do cuidado. Pode ser nos pontos de

atenção da rede, em domicílio, na rua, através do telefone e de outras formas e lugares. A partir desta premissa, o desafio seguinte é criar ambiente que favoreça a adesão do usuário. É importante chamar a atenção para o efeito das possíveis distorções entre as demandas dos usuários e as respostas produzidas pelos serviços.

Os autores, citados no decorrer do texto, enfatizam a motivação como uma das importantes ferramentas durante o tratamento dos alcoolistas. Com isso, pode-se refletir acerca da relação não só do terapeuta como citado no texto, mas também de toda uma equipe que a Saúde Pública oferece para o acompanhamento do usuário.

Primeiramente é essencial que toda a equipe exercite uma postura empática, respeitosa e acolhedora: um simples cumprimento de “bom dia”, “boa tarde” ou “posso ajudar?” faz muita diferença. Para qualquer pessoa, independentemente de ser alcoolista, é importante ser reconhecida pelo seu nome e respeitada em sua história, devendo o profissional evitar a expressão de seu juízo de valor (críticas, conselhos, julgamentos) e sentimentos de desaprovação, raiva e indignação.

Quase nunca o sujeito chega para se cuidar porque concluiu que “é hora de rever suas escolhas, seus caminhos...” No discurso, os usuários de bebida alcoólica falam sobre mudanças, mas, na maioria das vezes, esse desejo ainda não está instalado de verdade, ainda não faz sentido para eles.

A experiência de criação de laços com os etilistas possibilita acesso a um conhecimento maior de sua realidade e da influência direta das situações/consequências decorrentes deste abuso de álcool, nas questões de saúde pública, de prevenção e adesão às propostas de cuidado. Em geral, se criam protocolos e ideias sem a imersão necessária na realidade vivida pelos usuários e, principalmente, sem o diálogo e a escuta desta população. Assim, um importante desafio é promover a aproximação adequada e estabelecer apropriada relação com a clientela referenciada que envolve respeito, tolerância, flexibilidade, escuta qualificada e construção de sentido.

O paciente é convidado a uma dança que, na verdade, ele não consegue ou não deseja dançar. Os cuidadores precisam se mostrar interessados e interessantes. É fundamental estar abertos aos mais diferentes “ritmos e estilos”,

deixar claro que se está também aberto ao seu “modo de dançar”. Que ele não precisar “ser outro” para ser cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Armando M. Alonso. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **J. bras. psiquiatr.** v.56, n.3, p. 188-193, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852007000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 out. 2015.

EDWARDS, G. **O Tratamento do Alcoolismo**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FACCIO, Gilvane. **Alcoolismo um caso de saúde pública: uma revisão bibliográfica sobre a dependência do álcool no brasil**. Porto Alegre, 2008, 28f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15412/000678030.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.

FIGLIE, Neliana Buzi. **Motivação para o Tratamento do Alcoolismo**. São Paulo, 2004, 140f. Tese (Doutorado em Ciências) Escola Paulista de Medicina. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/ensino/Motivacao_Para_O_Tratamento_Do_Alcoolismo.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v.26, s.1, mai. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500004>. Acesso em: 04 out. 2015.

LARANJEIAS, Ronaldo; CORDEIRO, Daniel Cruz; DIEHL, Alessandra. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre. Artemed, 2011.

MARLATT, G. Alan; WITKIEWITZ, Katie. Problemas com álcool e drogas. 2004. In: MARLATT, G. Alan; DONOVAN, Dennis M. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. 2.ed. Tradução de: Magda França Lopes. São Paulo: Armed, 2009. Disponível em: <http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01wqt.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2015.

MARLATT, G. Alan; DONOVAN, Dennis M. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. 2.ed. Tradução de: Magda França Lopes. São Paulo: Armed, 2009.

MENDES, Alex; MACEDO, Janaina Almeida de. Alcoolismo: Um estudo sobre a importância dos centros especializados na modificação dos ébrios habituais.

Estação Científica - Juiz de Fora, n. 07, jun. 2012. Disponível em:

<<http://portal.estacio.br/media/3580514/alcoolismo-um-estudo.pdf>>. Acessado em: 04 jul. 2015.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 210-7, abr./jun. 2007. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a09.pdf>> Acesso em: 14 out. 2015.

NORDON, David Gonçalves. **Drogas: Uso, Abuso e Dependência**. Cartilha Reflexiva, 2012.

PEDROSA, José. **Álcool, Uso e Abuso**. Natal: Clube dos autores, 2013.

PINHEIRO, Silvia Dutra; BOLOGNESI, Flávia. **O Processo de recaída em indivíduos alcoolistas**. 2014? Disponível em:

<<https://psicologia.faccat.br/moodle/pluginfile.php/197/course/section/99/flavia.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

VAISSMAN, Magda. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond/Editora Fiocruz, 2004.

WASHTON, A. M.; ZWEBEN, J. E. **Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas**. Porto Alegre: Artmed, 2009.