Avaliação da eficácia terapêutica do programa de tratamento do Núcleo de Ensino e Pesquisa sobre Alcoolistas da Fhemig, em Barbacena, MG

Evaluation of the efficacy of the alcoholism treatment program developed by the Fhemig Psychiatric Hospital, in Barbacena, MG, Brazil

Recebido e
14.01.02
Aprovado
20.09.02

Marina Bandeira[1]; Graziella Lage Oliveira[2]; Magali Milene Silva[3]; Thaís Dell'areti[2]; Hildaléa Dias[4]; Lênio de Castro Lara[5]; Leila Maria Stefani[4]; Márcia Filomena Moreira[6]; Maria dos Reis Queiroz Dumont[7]; Rosaura Maria Bahia Lara[4]

Resumo

Esta pesquisa avaliou a eficácia do programa de atendimento do Núcleo de Ensino e Pesquisa sobre Alcoolismo (Nepa) do Hospital Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), em Barbacena, atual NAPS. Este programa é coordenado por uma equipe multidisciplinar e funciona com três tipos de atendimento: leitos-crise, ambulatório e oficinas terapêuticas. A eficácia deste programa de tratamento foi avaliada por meio de dois questionários que medem a gravidade do alcoolismo, o Short Alcohol Dependence Data (SADD) e o Alcohol Dependence Data (ADS), e de um questionário de avaliação de variáveis psicossociais. Estes questionários foram aplicados em entrevistas feitas com 23 pacientes antes e após o tratamento. Os resultados apontam mudanças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste, com relação a cinco variáveis: gravidade do alcoolismo, quantidade e freqüência da ingestão de álcool, freqüência de episódios de agressividade verbal e freqüência de conflitos conjugais. Foi obtida uma taxa de abstinência de 47,8% na ocasião do pós-teste. Estes resultados são congruentes com os dados de outras pesquisas e atestam o impacto positivo do programa de atendimento ao alcoolista do Nepa.

Unitermos

alcoolismo; programas de tratamento; avaliação

Summary

This research evaluated the efficacy of the alcohol treatment program developed by the Núcleo de Ensino e Pesquisa (Nepa) from the Fhemig Psychiatric Hospital. This program is implemented by an interdisciplinary staff and includes short hospitalization, individual therapeutic sessions and occupational therapy. The outcome assessment was carried out by means of two severity dependence level scales (Short Alcohol Dependence Data – SADD and Alcohol Dependence Data – ADS), and a questionnaire evaluating psychosocial variables. Twenty-three patients were assessed before and after the treatment. The results showed a significant difference between the pre and post test for five dependent variables: severity dependence level, frequency of alcohol ingestions per week, quantity of alcohol ingested per week, frequency of verbal aggressions and frequency of couple conflicts. During the post test, 47,8% of the group reported abstinence of alcoholic beverages.

Uniterms

alcoholism; treatment program; assessment

[1]Psicóloga; professora adjunta da Universidade Federal de São João del Rei (Funrei); doutora pela Université de Montréal
[2]Psicóloga da Funrei
[3]Estudante de psicologia da Funrei
[4]Psicóloga do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)
[5]Psiquiatra do CHPB da Fhemig
[6]Assistente social do CHPB da Fhemig
[7]Enfermeira do CHPB da Fhemig

Introdução

O alcoolismo pode ser considerado um fenômeno de alta freqüência na população. Segundo Fotin *et al.*[13], as taxas de prevalência do alcoolismo na América Latina variam entre 3% e 23%. No Brasil, Simão *et al.*[24] mencionam a presença de uma taxa de prevalência entre 5% e 10% da população. Lima[18], fazendo uma revisão de pesquisas epidemiológicas sobre a prevalência de alcoolismo, cita taxas de 6,2% a 22,6%, obtidas em regiões delimitadas de baixa renda de três cidades do Brasil (Ribeirão Preto, Porto Alegre, Salvador). Pesquisas com amostras mais amplas, representativas da população, encontraram taxas de prevalência de dependência de álcool de 7,8% a 15% em São Paulo e Porto Alegre[18]. Dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) obtidos em um levantamento feito em 1999 em 24 cidades de São Paulo (Galduróz *et al.*, 2000) apresentaram uma taxa de prevalência de dependência de álcool de 6,6% em média (10,9% para a população masculina e 2,5% para a feminina).

O alcoolismo produz efeitos negativos em diversas dimensões da vida do indivíduo. A saúde fica comprometida, podendo acarretar diversos problemas, tais como doenças do fígado, distúrbios neurológicos, problemas cardiovasculares e endocrinológicos, distúrbios gastrointestinais, alguns tipos de câncer, assim como problemas ginecológicos e obstétricos[4, 16]. O abuso de álcool relaciona-se também com problemas mentais, tais como déficits cognitivos e comprometimento da memória, entre outros[4]. O alcoolismo pode ainda provocar conseqüências graves na vida das pessoas, no âmbito profissional, social e familiar, acarretando uma diminuição da atividade produtiva e dificuldades de relacionamento interpessoal[6]. Bertolote[7] descreve os problemas sociais mais freqüentes provocados pelo alcoolismo a partir de dados de uma pesquisa realizada em três hospitais de Porto Alegre: problemas no trabalho, problemas conjugais, problemas financeiros, problemas com os filhos e problemas de agressões.

Dados coletados no Brasil indicam que o álcool está relacionado com 1,5 milhão de acidentes de trânsito por ano e representa 39% de todas as ocorrências policiais, em igual período de tempo[2]. Segundo Andrade e Brunfentrinker[3], o custo dos tratamentos do alcoolismo atinge aproximadamente 15% da receita do sistema de saúde norte-americano, sendo a maior parte desta verba destinada às complicações provenientes do consumo crônico de bebidas alcoólicas.

Tendo em vista a gravidade deste fenômeno, vários programas de tratamento foram desenvolvidos com o objetivo de atender, de forma integrada, os diferentes problemas médicos e psicossociais causados pelo alcoolismo. Foram revistos aqui oito artigos publicados que descrevem programas de atendimento aos alcoolistas. Estes programas envolvem estruturas e intervenções que variam de um estudo para outro, mas apresentam alguns elementos em comum. Por exemplo, quase todos incluem uma fase de internação para desintoxicação, quando necessário. No que se refere à forma de funcionamento, seis dos programas revistos eram organizados em equipes multidisciplinares[2, 6, 11, 19, 23, 24].

Com relação às intervenções psicológicas empregadas, três dos programas revistos ofereciam psicoterapia individual e/ou de grupo[2, 6, 21], um programa oferecia acompanhamento psicológico ou entrevistas de apoio[11] e três ofereciam atividades em grupos operativos[8, 21, 24]. O programa descrito por Sawichi *et al.*[23] incluía, após o final do tratamento da síndrome da abstinência, o encaminhamento dos pacientes para psicoterapia individual ou de grupo.

No que se refere ao atendimento às famílias dos alcoolistas, cinco dos oito programas revistos ofereciam orientação familiar[2, 6, 11, 19, 24]. Além disso, a terapia ocupacional também foi parte integrante de dois dos programas revistos[8, 24].

Pode-se observar, portanto, que a maioria dos programas de tratamento do alcoolismo revistos aqui trabalha em equipe multidisciplinar, oferece atendimento às famílias dos pacientes e desenvolve um atendimento psicológico aos pacientes sob forma de psicoterapia individual ou de grupo, acompanhamento psicológico, entrevistas de apoio ou grupos operativos. Menos freqüente foi a terapia ocupacional.

Considerando o desenvolvimento e a implantação de vários programas de atendimento ao alcoolista no nosso meio, torna-se necessário promover a prática de avaliação da eficácia ou qualidade destes programas. A avaliação de serviços de saúde mental pode servir de *feedback* para a equipe de profissionais destes serviços, de forma a identificar os aspectos da problemática dos pacientes que apresentaram maior ou menor efeito do tratamento. Estas informações podem ser úteis para a reavaliação do programa e para a implementação das modificações necessárias. A Organização Mundial de Saúde tem recomendado a avaliação contínua dos serviços de saúde mental em geral, de for-

ma que se possa melhorar a qualidade da assistência psiquiátrica prestada à população[26, 27].

Entre os artigos revistos aqui sobre programas de tratamento do alcoolismo, cinco apresentavam pesquisas de avaliação da eficácia do tratamento implementado, cujos resultados serão resumidos a seguir.

Bernik *et al.*[6] avaliaram um programa de tratamento da Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo, sob supervisão de médicos do Hospital das Clínicas, envolvendo psicoterapia de grupo, orientação familiar e atendimento imediato ao paciente seguido de retornos semanais, que eram realizados por acadêmicos, com supervisão de uma equipe médica multidisciplinar (Programa de Tratamento do Ambulatório Didático - PTD). Este programa foi comparado com o tratamento convencional (Programa de Tratamento do Ambulatório Convencional - PTC), que envolvia o atendimento psicoterápico mas não a orientação familiar, assim como o atendimento aos pacientes por médicos assistentes, com retornos de freqüência determinada pelos próprios médicos. Os autores compararam dois grupos de 26 pacientes submetidos a cada um destes tratamentos, sendo que os grupos haviam sido emparelhados com relação ao grau de instrução e ao tempo de uso do álcool. Os pacientes foram acompanhados por um período de seis meses. Os resultados mostraram que houve uma diminuição estatisticamente significativa da gravidade do alcoolismo no grupo PTD, medida pela Escala de Severidade do Alcoolismo (ESA)[1], ao se compararem o pré-teste e o pós-teste, o que não ocorreu com o grupo PTC. Além disso, uma maior porcentagem de pacientes do grupo PTD (24,2%) obteve uma melhora, comparativamente ao outro grupo (13,3%). O grupo PTD apresentava, no início, escores piores e evoluiu de forma mais acentuada, porém não diferiu do outro grupo no pós-teste. A adesão ao tratamento (50%) e a taxa de abstinência ao final deste (23%) foram iguais nos dois grupos.

Borini e Silva[8] avaliaram um programa de tratamento que incluía 230 alcoolistas em regime de internação hospitalar do Hospital Espírita de Marília, SP. O programa constava de duas fases: desintoxicação e um tratamento com duração média de 34 dias, sendo este composto de grupo operativo, terapia ocupacional e reuniões com AA. Os dados foram colhidos através de entrevistas semi-estruturadas de 189 dos 230 pacientes internos, no período de junho a agosto de 1989. Os resultados mostraram que períodos de abstinência conseguidos por 123 pacientes (53,48%) variaram em duração de seis meses (34,9%) a dois anos (11,6%), enquanto que 18 pacientes (9,6%) permaneceram abstinentes por três a sete anos.

Castro e Silva Filho[11] avaliaram o Programa de Atenção ao Alcoolista em Carapicuíba, São Paulo, procurando verificar o impacto da criação do serviço de Pronto-Atendimento em Psiquiatria - Emergência Psiquiátrica, implementado pela Secretaria Municipal de Saúde, sobre a taxa de abstinência e reinternações dos pacientes. O programa contava com uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, assistente social, auxiliar e atendente de enfermagem. O tratamento avaliado envolvia a desintoxicação e o atendimento médico, assim como outras intervenções realizadas no próprio pronto-atendimento, incluindo orientação e apoio aos familiares e encaminhamento de pacientes e familiares para reuniões de ajuda mútua da Associação Antialcoólica. Os autores avaliaram 125 pacientes escolhidos aleatoriamente. Os resultados mostraram que 28,8% dos pacientes apresentaram abstinência após a implantação do programa. Entre estes, 16,8% permaneceram abstinentes por um período de até seis meses e apenas 3,2% permaneceram abstinentes de um a três anos, sendo que os demais tiveram um período inferior de abstinência. Os autores não puderam apresentar resultados conclusivos sobre o número de reinternações, devido à ausência de dados estatísticos confiáveis referentes ao período anterior à implantação do programa.

Simão *et al.*[2] avaliaram o programa para atendimento a alcoolistas do Hospital Professor Cantídio de Moura Campos, em Botucatu. Foram avaliados 80 pacientes, no período de janeiro de 1986 a janeiro de 1988, a partir de um questionário aplicado através de entrevistas. O programa incluía o atendimento inicial com triagem para encaminhamento do paciente a dois tipos de tratamento: ambulatorial ou internação. Os pacientes internados, após um período de até 72 horas de observação, seguiam para uma unidade de desintoxicação, onde participavam também de grupos informativos diários. Após esta etapa, os pacientes eram encaminhados para o tratamento ambulatorial mais aprofundado de 21 dias, que incluía sua participação em grupos operativos diários, terapia ocupacional, aulas expositivas sobre o alcoolismo e atendimento médico individual, assim como reuniões semanais de orientação dos familiares. Esta última etapa foi cumprida por 68% dos pacientes. Os resultados mostraram que 12,5% destes pacientes encontravam-se em abstinência total seis meses após o tratamento. Os autores consideraram que,

embora esta taxa fosse pequena, era compatível com dados da literatura brasileira.

Sawichi *et al.*[23] avaliaram o programa de tratamento ambulatorial da síndrome de abstinência alcoólica (TAAA), realizado por enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, programa este que foi desenvolvido pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad) da Escola Paulista de Medicina da USP. O estudo foi feito com uma amostra de 114 pacientes portadores de formas leves ou moderadas de abstinência alcoólica. Era realizada inicialmente uma avaliação clínica e social dos pacientes por uma equipe multidisciplinar, assim como era feito um exame físico de enfermagem. Em seguida, o tratamento envolveu, durante sete dias, avaliações clínicas diárias, orientações sobre a abstinência alcoólica, cuidados gerais e terapêutica medicamentosa (92%) por uma semana, quando necessária para abrandamento de sintomas de abstinência. Avaliações clínicas específicas foram realizadas para os casos (20,2%) que apresentavam alterações clínicas ou queixas. Ao término do programa, os pacientes foram reavaliados e 29% foram encaminhados para terapia individual, 33% para terapia de grupo e o restante para outros tratamentos. Os resultados deste programa de atendimento clínico ambulatorial foram avaliados somente em termos da taxa de aderência ao tratamento, que atingiu 73%.

Os dados apresentados acima sobre estudos avaliativos mostraram que estes programas de tratamento do alcoolismo apresentaram resultados com taxas de abstinência de 12,5% a 34,9%, observadas em acompanhamentos de seis meses. A maioria dos estudos avaliou a eficácia dos programas de tratamento por meio da medida de abstinência. Apenas um dos programas descritos acima avaliou as diferenças na gravidade do alcoolismo antes e após o tratamento, utilizando escalas de medida validadas.

O objetivo do presente trabalho é avaliar o impacto terapêutico de um programa de tratamento de alcoolismo, utilizando medidas de gravidade do alcoolismo, da taxa de abstinência e de variáveis psicossociais. O programa avaliado consiste no atendimento ao alcoolista oferecido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Alcoolismo (Nepa), situado no Hospital Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), na cidade de Barbacena, MG, cujo perfil da clientela já foi avaliado em um trabalho anterior[5]. Esta pesquisa foi previamente aprovada pela Coordenação de Saúde Mental da instituição que avaliou o projeto, em termos de sua adequação e respeito às questões éticas.

Método

Participantes

Esta pesquisa contou com a participação de 23 pacientes alcoolistas que participaram do programa de tratamento oferecido pelo Nepa. Foram incluídos todos os pacientes que estavam em tratamento no Nepa na ocasião do pré-teste e que foram localizados para as entrevistas do pós-teste. Dos 79 pacientes avaliados no pré-teste, apenas 23 foram localizados para o pós-teste.

Os participantes foram diagnosticados a partir dos critérios de diagnóstico psiquiátrico de alcoolismo do DSM-IV[4]. O grupo de participantes era composto, em sua maioria, por alcoolistas do sexo masculino, sendo apenas três do sexo feminino. A idade média dos participantes no pré-teste era de 37,86 anos. A maioria (56%) se situava na faixa etária compreendida entre 35 e 44 anos. Os pacientes pertenciam a uma classe social baixa e eram residentes da periferia da cidade.

Instrumentos de avaliação

Foram utilizados três questionários para avaliar as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes. Entre estes, dois questionários visavam a avaliar a gravidade do alcoolismo. Trata-se do questionário Alcohol Dependence Scale (ADS), elaborado por Skinner e Allen[25], e do questionário Short Alcohol Dependence Data (SADD), desenvolvido por Raistrick *et al.*[22]. Ambos os questionários foram adaptados e validados para o Brasil por Jorge e Masur[17]. O terceiro questionário utilizado foi elaborado por Bandeira *et al.*[5] para avaliação do programa de tratamento do Nepa.

O questionário SADD possui 15 questões com quatro alternativas de respostas, às quais são atribuídos de 0 a 3 pontos, na seguinte ordem: nunca = 0 pontos; poucas vezes = 1 ponto; muitas vezes = 2 pontos; sempre = 3 pontos. Somando-se o total de pontos, os sujeitos são classificados pelo SADD em três níveis de gravidade do alcoolismo: baixa dependência (1-9 pontos), média dependência (10-19 pontos) e alta dependência (20-45 pontos).

O questionário ADS contém 25 questões com quatro alternativas de respostas, às quais são atribuídos de 0 a 3 pontos. Os sujeitos são classificados pelo ADS em quatro níveis de dependência de álcool: baixa dependência (1-13 pontos), dependência moderada (14-21 pontos), dependência substancial (22-30 pontos) e dependência severa (31-47 pontos).

O terceiro questionário visava a avaliar as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais relacionadas ao alcoolismo. Este questionário inclui nove questões referentes a variáveis sociodemográficas e oito questões referentes às seguintes variáveis: questões que avaliam as características dos padrões de alcoolismo apresentados pelos sujeitos (quantidade em mililitros de bebida ingerida por semana, freqüência de ingestão de álcool e tipo de bebida ingerida), questões referentes ao número de hospitalizações nos últimos seis meses e no último ano, assim como questões referentes às conseqüências psicossociais do alcoolismo (agressões físicas, agressões verbais, conflitos conjugais e distúrbios sexuais). As variáveis referentes à freqüência de ingestão de álcool, de agressividade física, de agressividade verbal e de conflitos conjugais foram avaliadas em termos de sua ocorrência episódica, mensal, semanal e diária. A variável referente ao tipo de bebida ingerida foi avaliada em termos de bebidas fermentadas, destiladas ou mistas. A variável referente aos tipos de distúrbios sexuais foi avaliada em termos da perda da libido, impotência e sadomasoquismo.

Descrição do programa de atendimento ao alcoolista do Nepa

Este programa tem como objetivo fornecer tratamento aos dependentes do álcool residentes na região, através do trabalho integrado de uma equipe multidisciplinar formada por um médico clínico geral, dois psiquiatras, duas psicólogas, uma assistente social, uma enfermeira, técnicos/auxiliares de enfermagem e um auxiliar administrativo.

A equipe funciona da seguinte maneira: cada novo paciente do Nepa é atendido inicialmente por um dos terapeutas de referência, que se torna responsável pelo acompanhamento do caso, encaminhando-o igualmente a outros profissionais da equipe, caso seja necessário. Entretanto alguns casos são estudados e discutidos nas reuniões semanais com toda a equipe multidisciplinar; portanto todos participam de seu tratamento.

O programa realizado pelo Nepa na ocasião da presente pesquisa utilizava basicamente três tipos de atendimento: o atendimento por meio do leito-crise, que, além de oferecer a intervenção terapêutica necessária e adequada a cada caso, também objetivava criar vínculo com o serviço; o atendimento ambulatorial; as oficinas terapêuticas, que eram oferecidas em dois turnos, incluindo os finais de semana.

No regime de internação, o paciente era atendido por toda a equipe técnica, quando eram realizados exames clínicos e laboratoriais de rotina que auxiliavam a avaliação diagnóstica e a conduta terapêutica específica a cada caso.

Ao receber alta da internação, o paciente era encaminhado para acompanhamento ambulatorial ou oficinas terapêuticas para dar continuidade ao tratamento. Nas oficinas terapêuticas, os pacientes participavam de atividades tais como jardinagem, horticultura, cozinha experimental, cestaria de jornal, confecção de bijuterias, atividades de marcenaria e pintura.

O tratamento incluía ainda atendimento às famílias dos pacientes, em sessões individuais e com periodicidade específica à necessidade de cada quadro.

Procedimento

A coleta de dados referentes ao pré-teste foi realizada no período de março de 1994 a maio de 1995, a partir de entrevistas semi-estruturadas feitas pela equipe do Nepa. As entrevistas eram realizadas após os pacientes terem terminado a fase de desintoxicação, no caso dos pacientes que necessitavam deste tipo de intervenção. No pré-teste foram entrevistados 79 pacientes.

O pós-teste foi realizado no período de outubro de 1996 a maio de 1997, utilizando-se os mesmos procedimentos adotados no pré-teste. Os pacientes que não se encontravam em tratamento no período de avaliação do pós-teste foram contatados através de cartas, solicitando que comparecessem ao Nepa para a realização das entrevistas. Alguns pacientes que não compareceram ao Nepa foram entrevistados em suas casas. O período médio de tempo entre o pré e o pós-teste foi de dois anos. Dos 79 pacientes avaliados no pré-teste, apenas 23 foram localizados e puderam ser entrevistados no pós-teste. Os dados coletados foram submetidos a uma análise estatística utilizando-se o pacote estatístico informatizado SPSS-PC.

Os dados cujas medidas incluíam escalas ordinais foram analisados pelo teste t de Student para duas avaliações de uma mesma amostra. Esta análise foi feita para os dados referentes às seguintes variáveis: gravidade do alcoolismo, medida pelo SADD e pelo ADS; número de hospitalizações nos últimos seis meses e no último ano; quantidade de bebida em mililitros ingerida por semana; freqüência de ingestão; freqüência de agressividade física e verbal; freqüência de conflitos conjugais. No caso das variáveis de freqüência, foi utilizada uma medida em termos de categorias de freqüência, envolvendo faixas de

valores crescentes. Para estas variáveis, foram atribuídos números para cada categoria, em ordem crescente de valores, nas quais: 0 = nenhuma, 1 = eventualmente, 2 = mensalmente, 3 = semanalmente, 4 = diariamente.

Os dados cujas medidas incluíam escalas nominais foram analisados por meio do teste não-paramétrico Wilcoxon para amostras emparelhadas. Estes dados, estando dispostos em categorias nominais, receberam atribuição de valores numéricos para cada categoria. Esta última análise foi feita para as variáveis referentes ao tipo de bebida ingerida e aos tipos de problemas relacionados a distúrbios sexuais. Os tipos de bebida foram classificados em *ranks*, na seguinte ordem: 0 = nenhum tipo de bebida, 1 = bebidas fermentadas, 2 = bebidas destiladas e 3 = bebidas mistas, destiladas e fermentadas. Os tipos de distúrbios sexuais relatados pelos sujeitos foram igualmente classificados em *ranks*, indicados pelos seguintes valores: 0 = nenhum, 1 = perda da libido, 2 = impotência, 3 = perda de libido e impotência; 4 = sadomasoquismo. A análise destas variáveis nominais, através do teste de Wilcoxon, serve apenas para indicar se houve diferença na distribuição dos *ranks* na amostra de sujeitos do pré-teste ao pós-teste, obviamente não havendo, portanto, nenhuma referência a valores absolutos de grandeza nestas duas escalas.

Resultados

Entre os fatores avaliados como indicadores de impacto do tratamento do alcoolismo oferecido pela unidade especializada do Nepa, cinco se destacaram por apresentarem mudanças estatisticamente significativas do pré-teste ao pós-teste, indicando em quais dimensões este tratamento obteve maior efeito, o que será descrito adiante.

Os resultados referentes à gravidade do alcoolismo indicaram que houve uma diminuição significativa nos escores médios de dependência do álcool dos sujeitos após o tratamento oferecido, medidos através do SAAD ($t = 4,57$; $p < 0,001$) e do ADS ($t = 4,72$; $p < 0,001$), ao compararmos os valores apresentados no pré-teste e no pós-teste, como mostra a **Tabela 1**.

Dois outros fatores indicativos dos efeitos positivos do tratamento foram a quantidade e a freqüência da ingestão de bebida alcoólica. Os dados da **Tabela 2** mostram que houve uma ingestão média de 4.292ml de bebida por semana no pré-teste e de 835ml por semana no pós-teste. Tanto a quantidade média de bebida ingerida ($t = 3,78$; $p < 0,001$) quanto a freqüência média de ingestão de bebida alcoólica pelos pacientes ($t = 6,08$; $p < 0,001$) foram significativamente menores após o tratamento, se compararmos os dados do pós-teste em relação ao pré-teste. A **Tabela 3** nos mostra ainda que 11 pacientes estavam abstinentes na ocasião da avaliação feita no pós-teste, ou seja, uma taxa de 47,8% de abstinência, relativa ao mês anterior.

Além disso, o tratamento mostrou ter um efeito significativo em duas outras variáveis avaliadas, que foram a freqüência de agressividade verbal ($t = 3,71$; $p < 0,001$) e a freqüência de conflitos conjugais relatados pelos sujeitos ($t = 2,4$; $p < 0,05$), como mostram os dados da **Tabela 4**.

Com relação ao tipo de bebida ingerida, obtivemos resultados estatisticamente significativos a partir do teste de Wilcoxon ($Z = -3,053$; $p < 0,05$).

Tabela 1 - Médias e desvios padrão dos escores da severidade do alcoolismo, medida por meio dos questionários SADD e ADS, no pré-teste e no pós-teste ($n = 23$)

	Pré-teste	Pós-teste
SADD*	2,41 (0,79)	1,059 (1,19)
ADS*	2,76 (1,25)	1,059 (1,29)

*$p < 0,001$.

Tabela 2 - Médias e desvios padrão da quantidade de bebida (ml) ingerida por semana e da freqüência de ingestão, no pré-teste e no pós-teste ($n = 23$)**

	Pré-teste	Pós-teste
Quantidade em ml/semana*	4.292,5 (3.644,36)	835 (1.580,35)
Freqüência de ingestão**	3,64 (0,73)	1,41 (0,62)

*$p \leq 0,001$; **0 = nenhuma, 1 = eventualmente, 2 = mensalmente, 3 = semanalmente, 4 = diariamente.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes do Nepa de acordo com o tipo de bebida ingerida, no pré-teste e no pós-teste ($n = 23$)

Tipo de bebida	Pré-teste		Pós-teste	
	n	%	*n*	%
Nenhuma*	0	0	11	47,8
Fermentada	2	8,7	1	4,3
Destilada	16	69,6	5	21,7
Mista	5	21,7	5	21,7
Não-informado	0	0	1	4,34
Total	**23**	**100**	**23**	**100**

*$p < 0,05$.

A Tabela 3 apresenta os dados referentes a esta variável para o pré e o pós-teste. A análise estatística a partir do teste de Wilcoxon indicou que houve algumas modificações no tipo de bebida ingerida pelos pacientes do pré-teste ao pós-teste. Este teste indicou que 13 sujeitos passaram a ingerir um tipo de bebida classificada em um *rank* inferior ao que estavam ingerindo no pré-teste, incluindo os sujeitos que passaram a não beber do pré ao pós-teste (*rank* 0). Entretanto uma mudança oposta foi observada em três sujeitos, que passaram a ingerir um tipo de bebida classificada em um *rank* superior. Apenas seis sujeitos não modificaram o tipo de bebida que ingeriam e para um sujeito não havia informação.

Os demais fatores avaliados foram menos sensíveis aos efeitos do tratamento, indicando ligeiras diferenças entre o pré-teste e o pós-teste, que não atingiram o nível de significância estatística. Podemos observar, por exemplo, uma diminuição não-significativa do número médio de hospitalizações dos pacientes no período de seis meses antes e depois do tratamento, observando-se o mesmo resultado no período de 12 meses (Tabela 5). O mesmo ocorreu com os resultados referentes à freqüência de agressões físicas (Tabela 4).

Quanto à segunda variável que envolveu medidas em escala nominal referentes ao tipo de distúrbios sexuais relatados pelos sujeitos, os resultados não apresentaram mudanças significativas do pré-teste ao pós-teste (Tabela 6).

Tabela 4 – **Médias e desvios padrão da freqüência de agressividade física e verbal e de conflitos conjugais, no pré-teste e no pós-teste (n = 23)**

	Pré-teste	Pós-teste
Freqüência de agressividade física	0,54 (0,8)	0,27 (0,46)
Freqüência de agressividade verbal	1,63 (1,64)***	0,73 (1,12)
Freqüência de conflitos conjugais	2,25 (1,86)**	1,16 (1,53)

*0 = nenhuma, 1 = eventualmente, 2 = mensalmente, 3 = semanalmente, 4 = diariamente; **$p < 0,05$; ***$p < 0,001$.

Tabela 5 – **Médias e desvios padrão do número de hospitalizações em seis meses e em 12 meses, no pré-teste e no pós-teste (n = 23)**

Número médio de hospitalizações	Pré-teste	Pós-teste
Em 6 meses	0,31 (0,57)	0,27 (0,55)
Em 12 meses	0,64 (1,14)	0,54 (1,14)

Tabela 6 – **Distribuição dos pacientes do Nepa com relação ao tipo de distúrbio sexual relatado (n = 23)**

Distúrbio sexual	Pré-teste		Pós-teste	
	n	%	n	%
Nenhum	10	43,5	11	47,8
Perda da libido	9	39,1	5	21,7
Impotência	3	13	4	17,4
Perda da libido e impotência	1	4,3	2	8,7
Sadomasoquismo	0	0	0	0
Não-informado	0	0	1	4,3
Total	23	100	23	100

Discussão

Os resultados obtidos mostraram que o programa de atendimento ao alcoolista avaliado na presente pesquisa produziu um efeito positivo para a amostra em questão, em termos da maioria das variáveis estudadas.

Em relação à gravidade do alcoolismo, houve uma diminuição significativa, nas medidas das escalas SADD e ADS, entre o pré-teste e o pós-teste. Bernik *et al.*[6] também obtiveram resultados de melhora dos pacientes ao avaliarem seu programa a partir da escala ESA. Os demais artigos revistos aqui não avaliaram o efeito do tratamento com escalas padronizadas sobre o alcoolismo, não possibilitando, portanto, uma comparação mais ampla de nossos resultados.

Os resultados convergentes observados aqui a partir dos questionários SADD e ADS concordam com os dados obtidos por Jorge e Masur[17], os quais verificaram uma boa correlação entre o SADD e o ADS nas versões originais e nas suas respectivas traduções.

Outras diminuições significativas obtidas neste trabalho se referem à quantidade e à freqüência da ingestão de bebidas alcoólicas pelos pacientes entre o pré-teste e o pós-teste. Na presente pesquisa, pudemos observar também uma taxa de 47,8% de abstinência na ocasião do pós-teste. Este resultado encontra-se dentro da faixa observada nos artigos revistos. Como vimos na introdução, estes estudos, em geral, utilizaram a taxa de abstinência como a principal variável para avaliar o impacto dos programas de tratamento. Foram obtidas, nestes programas de tratamento, taxas de abstinência de 23% por Bernik *et al.*[6], de 34,9% por Borini e Silva[8] e de 12,5% por Simão *et al.*[24] em acompanhamento de seis meses. Na pesquisa de Castro e Silva Filho[11], foram rela-

tados resultados que atingiram uma taxa de 28,8% de abstinência após o tratamento, sendo que 16,8% dos pacientes ficaram abstinentes por períodos de até seis meses. Além disso, Borini e Silva[8] relataram uma taxa de 53,48% de abstinência (123 dos 230 pacientes) por periodos de seis a 24 meses. Embora a taxa de abstinência seja uma variável freqüentemente utilizada para avaliar a eficácia dos tratamentos, sua importância deve ser avaliada em termos relativos em função da importância de outras variáveis, como a de gravidade do alcoolismo.

Uma outra mudança significativa obtida aqui se refere ao tipo de bebida ingerida pelos pacientes do pré-teste ao pós-teste. Foi observado que boa parte dos pacientes passou a ingerir bebidas classificadas em uma posição mais baixa na hierarquia construída para comparar diferentes tipos de bebida, passando, por exemplo, das bebidas destiladas para as fermentadas. Uma tal mudança no tipo de bebida ingerida pode refletir diferentes graus de consumo de álcool. Lima[18], por exemplo, comenta a respeito das diferentes concentrações alcoólicas presentes em diferentes tipos de bebidas, tais como destilados e fermentados.

Com relação à agressividade dos pacientes, obtivemos igualmente resultados em geral positivos. As variáveis referentes à freqüência de agressividade verbal e à freqüência de conflitos conjugais apresentaram uma diminuição significativa do pré-teste ao pós-teste. Apenas a variável referente à agressividade física apresentou uma diminuição na sua freqüência de ocorrência, que não atingiu o nível de significância estatística.

A diminuição dos comportamentos agressivos, que geralmente se passam em família, constitui um resultado importante a ser avaliado em programas de tratamento do alcoolismo. Uma das conseqüências negativas do alcoolismo consiste justamente na desestruturação do grupo familiar. Borini e Silva[8], em um estudo sobre as motivações para o uso abusivo de bebida alcoólica, observaram que 18% dos alcoolistas de sua amostra eram motivados pela bebida a agredir fisicamente e 15,9% agrediam verbalmente os membros de sua família. Em um outro estudo sobre os aspectos epidemiológicos e sociais do alcoolismo, Borini e Silva[8] observaram 19,2% de desquites e separações em decorrência do alcoolismo. Simão *et al.*[24] comentaram igualmente a respeito do efeito do alcoolismo na desestruturação da vida familiar, tendo encontrado problemas relativos aos vínculos familiares na maioria dos pacientes de seu programa de tratamento.

Apesar da importância de se avaliar esta dimensão da agressividade e dos conflitos conjugais ao se estudar o impacto de um programa de tratamento do alcoolismo, a precisão das respostas dos sujeitos no presente trabalho não foi verificada. No entanto há algumas evidências de que as informações fornecidas pelos pacientes em entrevistas possam ser precisas. Por exemplo, já foi constatado em algumas pesquisas que as respostas dadas pelos alcoolistas foram precisas e consistentes quando foram comparadas com medidas objetivas, ao se avaliar o grau de consumo de álcool. Galduróz *et al.*[15] observaram que 95% dos pacientes de sua pesquisa informaram corretamente a quantidade de bebida ingerida por eles, comparativamente a medidas de níveis de álcool na urina. Na pesquisa de Fine, Steer e Scoles[12], sujeitos com maior concentração de álcool no sangue relataram mais problemas de abuso de álcool do que sujeitos com menor concentração. Além disso, Maisto *et al.*[20] constataram que os auto-relatos verbais dos pacientes alcoolistas a respeito do consumo de álcool apresentavam correlação significativa com os relatos de outras pessoas que tinham contato freqüente com eles, as quais haviam sido utilizadas como informantes na pesquisa.

Quanto às demais variáveis utilizadas, não observamos mudanças em função do programa de tratamento estudado. Por exemplo, não houve uma diminuição significativa do número de hospitalizações em seis e 12 meses. A freqüência de hospitalizações consiste em uma medida importante de eficácia do tratamento, sugerindo, portanto, cautela na consideração dos outros resultados positivos descritos acima. Não foi observada também uma redução significativa na freqüência de distúrbios sexuais. Com relação a esta última variável, os resultados talvez possam ser explicados pelo fato de se tratar de um aspecto da vida dos pacientes que eles têm dificuldade em comunicar, o que torna os dados difíceis de serem interpretados.

Considerando o pequeno número de pacientes que participaram do pós-teste em relação aos do pré-teste, esta característica da amostragem constitui uma limitação do presente estudo, podendo ter afetado os resultados obtidos em termos de um viés de amostragem. Pesquisas posteriores deverão elucidar esta questão, a fim de avaliar este programa com uma amostra mais adequada.

À parte esta limitação mencionada acima, os resultados obtidos nos permitem concluir que o programa de atendimento ao alcoolista oferecido pelo Nepa foi em geral eficaz, pois a maioria das variáveis utilizadas para medir o impacto deste programa apresentou mu-

danças significativas. Estes resultados sugerem que as intervenções utilizadas no programa do Nepa são adequadas para obter um efeito positivo no tratamento do alcoolista. Um impacto ainda maior poderá futuramente ser obtido a partir de aperfeiçoamentos a serem implementados no programa de tratamento.

Agradecimentos

Agradecimentos a Luciana Sanches Rezende, por sua participação nesta pesquisa, e ao prof. João Domingos Scalon, professor da Funrei, pela consultoria estatística.

Referências

1. ANDRADE, A. G. *et al*. Dados de confiabilidade sobre uma entrevista semi-estruturada para avaliação de tratamentos de alcoolistas: Escala de Severidade do Alcoolismo (ESA). *Revista ABP-APAL*, v. 10, p. 1-4, 1988.
2. ANDRADE, A. G.; SOARES, J. C. Descrição de um ambulatório interdisciplinar de tratamento de alcoolistas e farmacodependentes. *Revista ABP-APAL*, v. 11, p. 104-10, 1989.
3. ANDRADE, A. G.; BRUNFENTRINKER, P. Avaliação de tratamentos de alcoolistas. *Revista ABP-APAL*, v. 9, p. 94-8, 1987.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
5. BANDEIRA, M. *et al*. Perfil dos pacientes alcoolistas do Núcleo de Ensino e Pesquisa sobre o Alcoolismo (Nepa-Fhemig). *J Bras Psiquiatria*, v. 46, p. 133-40, 1997.
6. BERNIK, M. A. *et al*. Seguimento de seis meses de alcoolistas atendidos em dois programas de atendimento ambulatorial. *Revista ABP-APAL*, v. 11, p. 10-2, 1989.
7. BERTOLOTE, J. M. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. *In*: RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. (ed.). *Alcoolismo hoje*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 131-8.
8. BORINI, P.; SILVA, C. O. Aspectos demográficos epidemiológicos e sociais do alcoolismo: uma análise de alcoolistas internados em hospitais psiquiátricos. *Revista ABP-APAL*, v. 11, p. 89-96, 1989.
9. BORINI, P.; SILVA, C. O. Motivações para o uso abusivo crônico de bebida alcoólica e aspectos psicológicos e emocionais de alcoolistas internados em hospital psiquiátrico. *J Bras Psiquiatria*, v. 41, p. 333-8, 1992.
10. BORINI, P.; SILVA, C. O. Tratamento de alcoolistas em seguimento de internação hospitalar: avaliação dos resultados. *J Bras Psiquiatria*, v. 42, p. 149-55, 1993.
11. CASTRO, H. M.; SILVA FILHO, W. M. Avaliação do programa de atenção ao alcoolista no município de Carapicuíba. *Temas*, v. 23, p. 141-75, 1993.
12. CEBRID. *Primeiro levantamento domiciliar de São Paulo*. Boletim Cebrid, 1999; 44html.
12. FINE, E. W.; STEER, R. A.; SCOLES, P. E. Relationship between blood alcohol concentration and self-reported drinking behavior. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 39, p. 466-72, 1978.
13. FOTIN, R. M. P.; LIBRE, A. T.; MELLO, M. F. Estudo da morbidade do alcoolismo na Santa Casa de São Paulo. *Revista ABP-APAL*, v. 17, p. 67-71, 1995.
14. GALDURÓZ, J. C. F. (2000). I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. *Cebrid: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas*. São Paulo.
15. GALDURÓZ, J. C. F.; ANDREATINI, R.; RIECK, L. A mentira do alcoólico: um estudo relacionado ao consumo de álcool. *J Bras Psiquiatria*, v. 41, p. 117-9, 1992.
16. GITLOW, S. E.; PERSEY, H. *Alcoolismo*: um guia prático de tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
17. JORGE, R.; MASUR, J. Questionários padronizados para a avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. *J Bras Psiquiatria*, v. 35, p. 287-92, 1986.
18. LIMA, M. S. Epidemiologia do alcoolismo. *In*: RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. (eds.). *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 45-63.
19. MACIEIRA, M. S. Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (PAA-Hucam-Ufes). *J Bras Psiquiatria*, v. 42, p. 97-109, 1993.
20. MAISTO, A. S.; SOBELL, L. C.; SOBELL, M. B. Comparison of alcoholics' self-reports of drinking behavior with reports of collateral informants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 47, p. 106-12, 1979.
21. MARTINS, W. G. Grupoterapia com alcoolistas de base existencial. *Inform Psiq*, v. 11, p. 26-31, 1992.
22. RAISTRICK, D.; DUNBAR, G. E.; DAVIDSON, R. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *Br Journal of Addiction*, v. 78, p. 89-95, 1983.
23. SAWICHI, W. C. *et al*. Tratamento ambulatorial da síndrome de abstinência do álcool. *Rev Bras Clin Terap*, v. 24, n. 2, p. 65-8, 1998.
24. SIMÃO, M.; ANDRADE, A. G.; REZENDE, C. B. Avaliação do Programa de Atendimento a Alcoolistas no Hospital Professor Cantídio de Moura Campos: janeiro de 1986 a janeiro 1988. *Revista ABP-APAL*, v. 14, p. 133-40, 1989.

25. SKINNER, H. A.; ALLEN, B. A. Alcohol dependence syndrome: measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 91, p. 199-209, 1982.

26. TORRES, A. R.; CERQUEIRA, A. T.; De ABREU. Avaliação critica de um programa do ambulatório de psiquiatria de um hospital universitário. *J Bras Psiquiatria*, v. 41, p. 171-6, 1992.

27. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Projeto WHO-SATIS Consumer's and caregivers' satisfaction with mental health services: a multisite study*. Geneva: Division of Mental Health, 1996.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Endereço para correspondência

Marina Bandeira

Rua Antonia da Encarnação Xavier 120
CEP 36325-000 – Tiradentes-MG

Fax: (32) 3379-2457
e-mail: marina@mgconecta.com.br
www.funrei.br/saudemental