

O tratamento como motivo para prevenção da recaída do alcoolismo

Treatment as a reason to prevent relapse of alcoholism

El tratamiento como una razón para la prevención de recaídas del alcoholismo

Janaina Rocha Soares^I; Marilurde Donato^{II}; Maria Yvone Chaves Mauro^{III};
Liane Gack Ghelman^{IV}; Sheila Nascimento Pereira de Farias^V

RESUMO

Objetivo: analisar o tratamento como motivo para a prevenção da recaída do alcoolismo. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Os participantes foram 31 sujeitos, com idade entre 18 e 65 anos. Realizado na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMDC-RJ), entre julho e setembro de 2009, por meio de grupo focal. A análise foi mediante a técnica de análise de conteúdo. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 02 de março de 2009, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0019.0.314.000 - 09 sob protocolo 25/09. **Resultados:** emergiram cinco categorias que retratam o tratamento na prevenção da recaída: o tratamento prevenindo a recaída; dificuldade diante da abstinência; a religião como apoio complementar ao tratamento na prevenção da recaída; intervenção multidisciplinar junto à família; intervenção multidisciplinar no ambiente social. **Conclusão:** a prevenção da recaída pode ser motivada pelo tratamento, sendo algo complexo e de cunho pessoal. **Palavras-chave:** Alcoolismo; prevenção da recaída; saúde coletiva; família.

ABSTRACT

Objective: to analyze treatment as a reason to prevent relapse of alcoholism. **Method:** this qualitative descriptive study involved 31 participants aged 18 to 65 years at the Rio de Janeiro Municipal Department of Health and Civil Defense (SMDC-RJ), between July and September 2009, through a focus group. Data was analyzed by content analysis. The project was approved by the Research Ethics Committee on March 2, 2009 (Certificate of Presentation for Ethical Assessment CAAE - 0019.0.314.000 - 09, protocol 25/09). **Results:** five categories emerged that portray treatment to prevent relapse: treatment preventing relapse; difficulty with abstinence; religion as support complementing relapse prevention treatment; multidisciplinary intervention in the family; and multidisciplinary intervention in the social environment. **Conclusion:** the prevention of relapse can be motivated by treatment, and is complex and personal. **Keywords:** Alcoholism; recurrence; public health; family.

RESUMEN

Objetivo: analizar el tratamiento como una razón para la prevención de la recaída en el alcoholismo. **Método:** estudio descriptivo con un enfoque cualitativo. Los participantes fueron 31 sujetos de edades comprendidas entre 18 y 65 años. Realizado en la Secretaría Municipal de Salud y Defensa Civil de Río de Janeiro (RJ-SMDC) entre julio y septiembre de 2009, a través de grupos focales. El análisis fue realizado por medio de la técnica de análisis de contenido. Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación el 2 de marzo de 2009, con el Certificado de Presentación para Evaluación Ética (CPEE): 0019.0.314.000 - 09, bajo el protocolo 25/09. **Resultados:** surgieron cinco categorías que muestran el tratamiento en la prevención de la recaída: el tratamiento para prevenir la recaída; dificultad ante la abstinencia; la religión como apoyo al tratamiento complementario en la prevención de recaídas; intervención multidisciplinaria con la familia; intervención multidisciplinaria en el entorno social. **Conclusión:** la prevención de la recaída puede estar motivada por el tratamiento, teniendo una naturaleza compleja y personal. **Palabras clave:** Alcoolismo; recurrencia; la salud pública; la familia.

INTRODUÇÃO

O alcoolismo é um sério problema de saúde pública, o qual tem aumentado progressivamente, trazendo consequências negativas para o indivíduo e todos que o cercam¹.

A cada ano, ocorrem aproximadamente 3,3 milhões de mortes no mundo como resultado do consumo nocivo do álcool, o que representa 5,9% do total de

mortes. Visto que, indivíduos com idade acima de 15 anos bebem, em média, 6,2 litros de álcool puro por ano, ou seja, 13,5 gramas de álcool puro por dia².

No Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório no ano de 2014, o consumo do álcool foi de 15,1 litros fazendo com o que o país se destaque com taxas superiores a mais de 140 países².

^IEnfermeira Mestre. Aluna do curso de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: janainarsoares@gmail.com

^{II}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: marilurdedonato@superest.ufrj.br

^{III}Enfermeira. Doutora. Professora Visitante. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: mycmauro@uol.com.br

^{IV}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: lgghelman@gmail.com

^VEnfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: sheilaguadagnini@yahoo.com.br

Além disso, em 2012, 5,1% da carga global de doenças foram atribuíveis ao consumo do álcool, o que equivale a 139 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade³.

Essas premissas apontam que, o consumo do álcool é considerado um problema de ordem social a depender da quantidade e da frequência de uso, pois pode provocar danos graves à saúde, assim como comprometer o relacionamento familiar, social e as condições de trabalho⁴.

No entanto, a severidade do problema pode variar de indivíduo para indivíduo, o que poderá ser um fator fundamental a considerar no momento de desenhar o tratamento. E, nesse contexto, surge a prevenção da recaída, a qual é um programa de manutenção comportamental para uso no tratamento de problemas causados pela adicção, que se baseou na abstinência total da substância utilizada pelo indivíduo, ou a manutenção de programas regulatórios sobre o comportamento do indivíduo, que consistia na abstinência ou moderação em relação ao uso do álcool⁵.

O alcoolismo também pode ser responsável pelas perdas sociais e econômicas importantes para indivíduos e para a sociedade como um todo. Estima-se que o país perca 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) em decorrência de problemas relacionados ao álcool, ou seja, cerca de R\$372 bilhões em 2014².

E diante da problemática a prevenção da recaída propõe estratégias e intervenções a fim de prevenir lapsos iniciais e ensinar as habilidades necessárias para quando uma pessoa passa por uma situação recidiva⁶.

Apesar da magnitude do problema, este tema é pouco explorado na literatura, principalmente ao que se refere ao tratamento como fator de proteção para prevenção da recaída^{7,8}.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo: analisar o tratamento como motivo para a prevenção da recaída do alcoolismo.

REVISÃO DE LITERATURA

O alcoolismo é uma doença silenciosa, porém o doente e seus familiares não a reconhecem como tal, negando sua presença, seus transtornos e fazendo com que as consequências tragam sofrimento tanto para família quanto para alcoolista⁸.

Sendo sua recuperação complexa devido aos fatores biológico, psicológico e social. Contudo, a maior limitação do processo de recuperação é manter-se abstinente por um período prolongado, evitando episódios de recaída⁹.

A recaída é considerada um conjunto de sintomas do transtorno, que se manifesta pelo retorno do consumo de drogas na mesma proporção que a precedente ao período de abstinência¹⁰.

Nesse contexto, o tratamento a partir da prevenção da recaída baseia-se no fato de evitar a recidiva, a fim de iniciar a identificação e a compreensão das situações de alto risco e dos determinantes da recaída, desenvolvendo habilidades que o auxiliam a enfrentar estas situações¹¹.

O governo brasileiro, em 2004, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Portaria nº 2.197/GM, de 14/10/2004, atual Política Nacional do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas¹². Além disso, outra medida adotada pelo governo brasileiro foi a Política Nacional sobre o Álcool, através do decreto nº 6.117, de 22/05/2007, a qual dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade¹³.

Outras Políticas de Saúde Pública do Brasil, como o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas¹⁴, a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas¹⁵ e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde¹⁶, reforçam a necessidade de promover ações efetivas que favoreçam o tratamento da problemática decorrente do alcoolismo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no período de Julho a Setembro de 2009, na Coordenadoria de Recursos Humanos / Gerência de Psicologia Aplicada da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), que desenvolve o Projeto Arco-Íris.

Os sujeitos do estudo totalizaram 31 pessoas, servidores públicos municipais que buscaram ou foram encaminhados à Gerência de Psicologia Aplicada para atendimento especializado por problemas relacionados com o uso abusivo de álcool. Fizeram parte do estudo os alcoolistas homens e mulheres na faixa etária entre 18 e 65 anos de idade, trabalhadores e não trabalhadores, com nível de instrução superior, médio ou elementar, que, voluntariamente, concordaram em participar do estudo.

Os critérios de inclusão foram estar em abstinência, por no mínimo um mês e ser maior de 18 anos. E como critérios de exclusão, presença de diagnósticos de transtornos psicóticos e retardo mental.

Como técnica de coleta de dados, optou-se pela realização do grupo focal, o qual, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico¹⁷. E para desenvolvê-la, as autoras contaram com a participação de duas moderadoras para cada cenário de prática. As sessões foram gravadas com anuência dos participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a coleta de dados, o material referente aos grupos focais foi transcrito e lido. Utilizou-se a técnica

de análise de conteúdo, categoria temática, observando-se a produção do discurso, fazendo inferências sobre as mensagens sistematizadas e orientando o contexto da produção¹⁸.

Sendo assim, procedeu-se à organização do corpus, constituído dos depoimentos transcritos na íntegra e da leitura flutuante e exaustiva dos depoimentos, efetuando-se recortes e realizando uma síntese geral. Por conseguinte, visualizaram-se as ideias centrais a partir da agregação das falas mais relevantes, as quais foram: o tratamento, abstinência, religião, família e ambiente social.

A escassez de novos temas correspondeu à saturação teórica, considerando os atributos de análise e interpretação¹⁹.

Por fim, a fase de descrição de cada uma das categorias, sendo elas: o tratamento prevenindo a recaída, dificuldade diante da abstinência, a religião como apoio complementar ao tratamento na prevenção da recaída, intervenção multidisciplinar junto à família e intervenção multidisciplinar no ambiente social.

As falas dos participantes foram identificadas com a letra "E", seguidas por número arábico, de acordo com a sequência de ordem (1 a 31).

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde²⁰ e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMSDC- RJ, sendo aprovado em 02 de março de 2009 – com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0019.0.314.000 - 09 sob protocolo nº 25/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos depoimentos, foram identificadas cinco categorias temáticas: 1) O tratamento prevenindo a recaída; 2) Dificuldade diante da abstinência; 3) A religião como apoio complementar ao tratamento na prevenção da recaída; 4) Intervenção multidisciplinar junto à família e 5) Intervenção multidisciplinar no ambiente social.

O tratamento prevenindo a recaída

O alcoolista quando se conscientiza de que o tratamento é necessário, busca alternativas com base na identificação que tenha com a instituição ou com o profissional de saúde. Dessa forma, o indivíduo inicia o tratamento dando continuidade a ele, tentando manter sua conduta abstinente, consciente de que a fase em que se encontra talvez não seja permanente, pois a recaída e o retorno aos estágios iniciais podem acontecer. Seguem-se algumas falas sobre o tratamento como prevenção da recaída:

Para mim o motivo foi o tratamento. (E2)

Aquele que está em tratamento tem uma enorme consciência a seu favor para evitar recair. (E4)

Para mim, só consegui prevenir por causa do tratamento que eu venho fazendo. (E10)

O tratamento é a melhor prevenção da recaída. (E16)

É o tratamento que ajuda na prevenção [da recaída]. (E18)

Através do tratamento e acompanhamento tenho conseguido superar. (E19)

A motivação para o tratamento é o primeiro estágio para o processo de mudança de comportamento²¹. Uma vez que há diferentes níveis de motivação, desde a pré-contemplação, representando pouca motivação para a mudança, contemplação e manutenção, que traduz bastante motivação¹².

O tratamento é uma forma de buscar a conscientização acerca da dependência, mudar o comportamento, melhorar o controle sobre si mesmo, enfrentar ou amenizar os prejuízos decorrentes do uso de drogas e auxiliar na percepção dos usuários acerca dos determinantes que precedem a recaída²². Trata-se de um momento privilegiado para motivar o paciente a prevenir a recaída no alcoolismo.

Dificuldade diante da abstinência

Durante a prática profissional, foi possível constatar que o tratamento é uma das alternativas mais importantes para prevenir a recaída, pois o atendimento especializado que recebe de cada profissional de saúde pode ajudá-lo a manter-se em abstinência. Todavia, nem sempre o alcoolista consegue abster-se da bebida, conforme desejado.

Faço tratamento, pois quando não estou bebendo me vem aquela ânsia de vômito, tonteira, sensação de desmaio, tudo, aí, eu tenho que beber pelo menos um pouquinho... esse mal estar não suporto. (E7)

A dificuldade relatada está baseada no fato de que os sintomas da abstinência são persistentes, fazendo com que o alcoolista procure minimizá-los, visto que podem ser leves ou mais graves, podendo levá-lo à morte. É válido lembrar que o quadro de síndrome de abstinência tem início seis horas após a interrupção do uso do álcool, quando aparecem os primeiros sinais e sintomas: tremores, ansiedade, náuseas, insônia, náusea e irritabilidade²³. E a retirada do álcool sem planejamento ou sistematização pode prejudicar a saúde dos pacientes²⁴.

Sendo assim, alguns procuram tratamento pelo fato de a bebida não ser mais uma fonte tão prazerosa como antes, mas apenas um meio de aliviar os sintomas da abstinência²¹.

Trata-se de um momento importante para manter atitude acolhedora, empática e sem preconceitos, propício para motivar o paciente a dar seguimento ao tratamento²⁵.

A religião como apoio complementar ao tratamento na prevenção da recaída

Os participantes deste estudo compreendem que a religião atua positivamente, constituindo um recurso importante para seu tratamento. Visto que, o fato de

frequentar um ambiente religioso ou estar em contato com a escritura sagrada possa trazer sentimentos positivos fornecendo o bem-estar.

O que me salvou foi à religião. (E1)

Frequentando a igreja. (E15)

Só consegui me manter abstinente quando passei a estudar a Bíblia. (E22)

As falas apontam que a religião influencia positivamente na saúde, e também na prevenção e recuperação para o problema de consumo de álcool. Assim sendo, a internalização de crenças e valores religiosos pode contribuir para o autocontrole de comportamentos destrutivos²⁶, possibilitando o enfrentamento e fortalecimento do sujeito em sua relação com a bebida alcoólica.

O dependente de álcool tenta substituir os períodos de maior consumo da bebida por atividades, relacionadas à prática religiosa, as quais objetivam ajudá-lo a desviar o foco do ato de beber e da bebida alcoólica²⁷, fortalecendo para enfrentamento eficiente diante de seus problemas²⁸.

A religião é considerada um fator de proteção, pois não só auxilia no processo de tratamento, mas também é um meio para busca de consolo, força e sentido para vida, além de proporcionar bem estar, que antes era alcançado pelo uso de substâncias psicoativas²⁹. Sendo encarada como um recurso complementar ao tratamento, promotora de mudanças de hábito e rotina promovendo apoio social²⁷.

Intervenção multidisciplinar junto à família

Durante a realização dos grupos focais, foram identificadas as possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional a fim de auxiliar na prevenção da recaída. Eis alguns depoimentos:

A equipe poderia explicar para a minha família que o alcoolismo é uma doença. (E11)

Minha família também precisa vir aqui para ouvir essas coisas que vocês nos ensinam, conversar com minha esposa, tentar fazer ela entender que é uma doença. (E16)

Mostrar para eles que sou doente. (E19)

Minha família tem que vir aqui escutar vocês, para eles poderem entender melhor o que eu estou passando. (E21)

Minha família precisa saber que sou doente, que preciso deles para me ajudar. (E23)

A aceitação da doença alcoolismo pela família é importante no processo de recuperação do alcoolista, o que deve ser explicado aos seus integrantes pelos profissionais de saúde, afim de uma maior compreensão acerca da importância do apoio familiar na prevenção da recaída. Além do aprendizado relacionado à melhor forma de lidar com o alcoolista a fim de construir uma relação familiar saudável. Visto que, a família é identificada não só como fator de risco à recaída, mas também como fator de proteção³⁰.

Conflitos cotidianos no meio social e no convívio familiar, representam situações que, na ausência de habilidades para o enfrentamento, representam motivo para a para a recaída³¹.

Porém, a família adoece junto de seu membro, que é dependente químico, portanto não tem como pensar no tratamento deste sem considerar o contexto social e familiar em que está inserido e, assim, proporcionar programas de intervenção para as famílias²⁹.

O bom vínculo familiar, apoio, afeto e estímulos para reinserção social colaboram para uma melhora da qualidade de vida³⁰. A participação e o apoio da família durante o tratamento pode contribuir significativamente para o sucesso do tratamento e, conseqüentemente reestruturação do estilo de vida e mudanças de comportamento do usuário³².

Os alcoolistas também demonstraram muita preocupação relacionada aos filhos, conforme os depoimentos, respectivamente:

Se chamassem eles aqui seria muito bom para eles me compreenderem e eu não ter vontade de recair. (E2)

Eles poderiam fazer um trabalho de acompanhamento com meu filho também, para que ele possa entender o que eu passo. (E5)

Seria bom o meu filho frequentar aqui também para ter maior compreensão da minha doença, porque me ajudaria a não recair. (E17)

Queria que meus filhos escutassem também o que escuto aqui porque, assim, eles deixavam de falar coisas para mim que me dá vontade de recair. (E20)

A família é fundamental na reabilitação e adesão do alcoolista e deve ser considerada eixo fundamental na recuperação do mesmo³³, seja incentivando ou participando ativamente no tratamento. Porém, a falta de informação, compreensão e desgaste relacionado às conseqüências do uso frequente do álcool pelo dependente, representa baixa tolerância, culminando na dificuldade de aceitação da dependência química como doença³⁰.

Trata-se de um elo de ligação entre a família e o alcoolista, cabendo ao profissional conhecer não só as necessidades do paciente, mas também de sua família, a qual continua ignorada, sendo mera coadjuvante no tratamento²³.

Intervenção multidisciplinar no ambiente social

A importância da abordagem de questões relacionadas com o alcoolismo, não só na esfera ambulatorial, mas também em outros ambientes atingidos pelo problema:

Poderiam fazer nos locais de trabalho o que fazem aqui, porque eu já recaí devido aos meus colegas de trabalho ficarem zombando de mim. (E6)

O que poderia ser feito, são essas palestras [grupo] que vocês fazem aqui, em outros lugares como escolas para falar sobre o alcoolismo porque eu já recaí porque meu filho chegou em casa dizendo que os colegas riram dele porque ele tem um pai alcoólatra. (E13)

A prevenção da recaída do alcoolismo é um assunto de muita complexidade porque, para preveni-la, precisamos atingir todos os ambientes e camadas da sociedade com o objetivo de minimizar o preconceito e o estigma que a envolve, a partir de esclarecimentos sobre a doença chamada alcoolismo.

Sabe-se que o álcool, talvez pelo fato de ser a substância psicoativa consumida com uma maior frequência, traga como consequência a ocorrência de várias complicações, dentre elas, sociais³³.

Dessa forma, o apoio social é importante para complementar positivamente no tratamento do alcoolista³⁴. Buscando, por meio de ações de saúde, com intuito de desenvolver formas que sensibilizem a sociedade para a compreensão e processo de tratamento do alcoolista³⁵.

As falas dos participantes deixam claro que a prevenção da recaída não depende somente da atuação da equipe multiprofissional junto ao próprio alcoolista e a sua família, mas também de ações de esclarecimento sobre a temática nos diversos ambientes sociais visando esclarecer a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresenta limitações ao considerar a percepção dos alcoolistas de apenas um dispositivo de tratamento.

Contudo, pela análise e discussão do conteúdo dos depoimentos, foi possível inferir que o tratamento como motivo para a prevenção da recaída é algo complexo e de cunho pessoal, o qual envolve situações de vida particular.

Pôde-se observar, em seus discursos, se tratar de um assunto de muita complexidade porque, para prevenir a recaída, precisamos atingir todos os ambientes e camadas da sociedade com o objetivo de minimizar o preconceito e o estigma que a envolve, a partir de esclarecimentos sobre a doença alcoolismo.

As falas dos participantes deixam claro que a prevenção da recaída não depende somente da atuação da equipe multiprofissional junto ao próprio alcoolista e a sua família, mas também de ações de esclarecimento sobre a temática visando esclarecer para que haja um comportamento mais responsável das pessoas em relação à doença, como descrito na Política Nacional do Álcool e na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

Constatou-se que a dificuldade em lidar com os sintomas da abstinência não é tarefa fácil, sendo necessário o planejamento da equipe e uma avaliação cuidadosa com a finalidade de não prejudicar a saúde do alcoolista.

Algumas falas apontaram para a religião como caminho para pensar na mudança de atitude e descobrir o bem-estar. Isso pôde ser observado quando os depoimentos apontaram que frequentar a igreja e estudar a bíblia significavam atitudes positivas para não recair.

A família é fundamental no tratamento e prevenção da recaída do alcoolista. Sendo assim, é imprescindível sua participação incentivando ativamente o tratamento.

Para tanto, foi observado o esforço do alcoolista no sentido da busca pela compreensão e aceitação por parte das pessoas que o cercam, evidenciando o desejo de que a recaída não aconteça e evitando o seu descrédito perante amigos e membros da família, constituindo-se como fator significativo em sua busca pelo tratamento.

Diante do exposto, fica evidente que há um longo caminho a ser percorrido por aqueles que lidam com as questões vinculadas ao alcoolismo, em especial a prevenção da recaída, considerando que precisam estar capacitados e atualizados em relação à temática a fim de que possam dispensar atenção ao alcoolista, tendo como metas o incentivo à realização do tratamento preconizado.

REFERÊNCIAS

1. Manguiera SO, Guimarães FJ, Manguiera, JO, Fernandes AFC, Lopes MVO. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 2015; 27 (1): 157-68.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health – 2014. Geneva (Swi): WHO; 2014.
3. World Health Organization. World health statistics. Geneva (SWI): WHO; 2012.
4. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva (Swi): WHO; 2011.
5. Marlatt A, Gordon J. Determinants of Relapse: Implications for the maintenance of behavior change In Davidson PO, Davidson DM, organizers. *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York (EUA): Brunner / Mazel; 1980.
6. Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention*. New York (EUA): Guilford; 1985.
7. Soares JR, Farias SNP, Donato M, Mauro MYC, Araujo EFS, Ghelman LC. A importância da família no processo de prevenção da recaída. *Rev. Enferm. UERJ*. 2014; 22 (3): 341-6.
8. Guimarães ABP, Hochgraf PB, Brasiliano S, Ingberman YK. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Rev Psiq. Clín*. 2009; 36 (2): 69-74.
9. Ferreira ACZ, Capistrano FC, Maftum MA, Kalinke LP, Kirchhof ALC. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Cogitare Enferm*. [Biblioteca Virtual em Saúde] 2012 [citado em 13 dez 2016]. 17 (3): 444-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i3.29284>
10. Silva AP, Perrelli JGA, Guimarães FJ, Manguiera SO, Cruz SL, Frazão IS. Identificação do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em alcoolistas: um estudo descritivo. *Rev. Eletr. Enf*. [Biblioteca Virtual em Saúde] 2013 [citado em 13 dez 2016]. 15 (4): 932-39. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19841>.
11. Marlatt GA, Witkiewitz K. Problemas com álcool e drogas. In: Marlatt GA, Donovan DM, organizadores. *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictos*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009. p.15-50.
12. Ministério da Saúde (Br). Portaria n.2197 de 04 out. de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. [citado em 15 dez 2016]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html
13. Governo Federal (Br). Decreto nº 6.117 de 22 mai. de 2007. Aprova a política nacional sobre o álcool, dispõe sobre as medidas

- para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. [citado em 10 jun 2016]. Disponível em: www.planalto.gov.br
14. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1190 de 04 jun de 2009. Institui o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. [citado em 15 de jun 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html
15. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 3.088 de 23 dez de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 15 de jun 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
16. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília (DF): Departamento de Ciência e Tecnologia; 2008.
17. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo do saber*, São Paulo: 2011; 35 (4): 438-442.
18. Bardin, L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70/ Livraria Martins Fontes; 1979.
19. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2011 [citado em 15 jun 2016]. 27 (2): 388-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
20. Conselho Nacional de Saúde (Br). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2012 [citado em 15 de jun 2016]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html
21. Sousa PF, Ribeiro LCM, Melo JRF, Maciel SC, Oliveira MX. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. *Temas psicol.* 2013; 21 (1): 1-8.
22. Ferreira, ACZ, Czarnobay J, Borba LO, Capistrano FC, Kalinke LP, Maftum MA. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. *Rev Eletr Enf.* [Biblioteca Virtual em Saúde] 2016 [citado em 13 jun 2016]. 18: e1144. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/34292>
23. Quaglia MAC, Bachetti LS, Câmara RS, Tostes JGA, Dias TM, Parreira AVP. Ilusão da máscara côncava durante a síndrome de abstinência leve do álcool. *Ciências & Cognição* 2014; 19 (3): 315-324.
24. Ponce TD, Prates JG, Vargas D, Oliveira MAF, Claro HG, Gnatta LR. Treinamento de equipes de enfermagem para assistência à síndrome de abstinência alcoólica: revisão integrativa. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas* [Biblioteca Virtual em Saúde] 2016 [citado em 18 jun 2016]. 12 (1): 58-64. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n1/pt_08.pdf
25. Laranjeira R, Nicastri S, Jerônimo C, Marques AC. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev Bras Psiquiatria* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2000 [citado em 16 jun 2016]. 22 (2): 62-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2.pdf>
26. Wills TA, Pokhrel P, Morehouse E, Fenster B. Behavioral and emotional regulation and adolescent substance use problems: a test of moderation effects in a dual-process model. *Psychol. Addict Behav.* 2011; 25 (2): 279-92.
27. Zerbetto SR, Gonçalves MAS, Santile N, Galera SAF, Acorinte AC, Giovannetti G. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. *Esc. Anna Nery* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2017 [citado em 01 jun 2017]. 21 (1): 1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170005.pdf>
28. Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev. Bras. enferm.* 2012; 65 (2): 361-67.
29. Al-Omari H, Hamed R, Tariah HA. The role of religion in the recovery from alcohol and substance abuse among Jordanian adults. *J Relig Health.* 2014; 1 (1): 1-10.
30. Silva ML, Guimarães CF, Salles DB. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. *Rev. Rene.* 2014; 15 (6): 1007-15
31. Czarnobay J, Ferreira ACZ, Capistrano FC, Borba LO, Kalinke LP, Maftum MA. Determinantes intra e interpessoais percebidos pela família como causa da recaída do dependente químico. *Rev. Min. enferm.* 2015; 19 (2): 93-99
32. Xavier M, Rodrigues P, Silva M. A percepção da família no tratamento e suporte de dependentes químicos. *Encontr Rev Psico.* 2014; 17 (26): 99-110.
33. Soares JR, Farias SNP, Donato M, Mauro MYC, Araujo EFS, Ghelman LC. Grupo focal como estratégia para prevenção da recaída no alcoolismo. *Rev enferm UERJ.* 2014; 22 (4): 494-9.
34. Teixeira EP, Hoepers NJ, Correa AM, Dagostin VS, Soratto MT. O enfrentamento da família diante do alcoolismo. *Rev. Saúde Com.* 2015; 11 (3): 213-226.
35. Oliveira GC, Nasi C, Lacchini AJB, Camatta MW, Maltz C, Schneider JF. A reabilitação psicossocial: processo de reconstrução da subjetividade do usuário de drogas. *Rev enferm UERJ.* 2016; [citado em 13 jun 2016]; 23 (6): 811-6. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11742/16185>