



GRUPO DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Luciane Prado Kantorski¹; Liliane de Mello Lisboa²; Jacqueline de Souza³

O presente artigo aborda a experiência de realização de grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas psicoativas, que ocorre semanalmente junto a um Centro de Atenção Psicossocial, a partir de novembro de 2002. O referencial teórico adotado para condução do grupo consiste na abordagem cognitivo-comportamental, trabalhando-se inicialmente com a motivação para o tratamento e, em seguida, com a aplicação de um inventário de habilidades para lidar com situações de risco de recaída.

Palavras-chave: Álcool, drogas psicoativas, grupo

GRUPO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

El presente artículo relata la experiencia de logro de un grupo de prevención de recaídas de alcohol y otras drogas psicoactivas que sesiona una vez por semana en un Centro de Atención Psicossocial, investigación que inició en noviembre de 2002. El referencial teórico adoptado en el grupo fue el cognitivo-comportamental, se trabajó inicialmente con la motivación para el tratamiento, aplicándose después un inventario de habilidades para afrontar situaciones de riesgo de recaída.

Palabras-clave: Alcohol, drogas psicoactivas, grupo

PREVENTION GROUP FOR RELAPSE FROM ALCOHOL AND OTHER DRUGS

This article reports on the experience of holding weekly group meetings for the prevention of relapses from alcohol and other psychoactive drugs at a Psychosocial Care Center, which started in November 2002. A cognitive-behavioral approach was adopted as a theoretical reference framework for conducting the meetings, starting from the motivation for treatment, after which an inventory was applied to identify abilities to handle situations with a potential risk of relapse.

Key words: Alcohol, psychoactive drugs, group

¹ Enfermeira. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, RS. Doutora em Enfermagem. Apoio CNPq e FAPERGS. E mail: kantorski@uol.com.br

² Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial do Castelo da Prefeitura Municipal de Pelotas,RS. Especialista em Projetos Assistenciais de Enfermagem.

³ Acadêmica do 8º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, RS, bolsista de Iniciação Científica. E-mail: jacsouza2003@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas fazem parte da vida das pessoas nas diversas formas de organização cultural dos indivíduos. Todas as culturas estudadas e conhecidas fazem uso de algum tipo de substância psicoativa. No entanto, um grupo de pessoas acaba desenvolvendo um quadro de dependência dessas substâncias durante a sua vida. Tem-se conhecimento que pelo menos 20% das pessoas desenvolvem dependência química, em algum período de sua vida. Com relação ao álcool, cerca de 10 a 15% de indivíduos apresentam situações de abuso, sendo essa a principal causa de acidentes graves e mortes violentas⁽¹⁾.

O crescimento do interesse público e governamental com relação ao uso e abuso de substâncias psicoativas se dá devido à relação entre o consumo dessas substâncias e a criminalidade, violência, morbimortalidades e, conseqüentemente, os elevados custos para os serviços públicos de saúde e previdência social⁽²⁾.

Considerando esse um problema complexo o Ministério da Saúde brasileiro reforça que o uso e/ou abuso de álcool e outras drogas representam problema que é do âmbito da saúde pública, pressupondo uma interface entre os programas do Ministério da Saúde e de outros ministérios (Justiça, Educação, Secretaria de Direitos Humanos), organizações governamentais e não-governamentais e demais representantes da sociedade civil organizada, garantindo, intersetorialidade na construção de uma política de prevenção, tratamento e educação para o uso/consumo de álcool e outras drogas⁽³⁾.

O uso e/ou abuso de substâncias psicoativas tem sido objeto de intervenção dos profissionais da saúde, necessitando, no entanto, qualificar o aporte técnico-científico, humanitário e social dessa intervenção, consistindo em um espaço de qualificação das práticas de cuidado dos profissionais de saúde, dentre eles, do enfermeiro, de aprendizagem, de

superação de conceitos e preconceitos mediados pelas influências culturais, sociológicas e pessoais^(4,5,6,7).

A situação de dependência química envolve questões sociais, políticas e psicológicas que formam um contexto extremamente complexo, pois as substâncias psicoativas causam mudanças cerebrais irreversíveis, problemas físicos, familiares e profissionais, demandando tratamento abrangente e atuação terapêutica através de equipe multidisciplinar^(8,9,10).

O abuso de drogas e a dependência química são sintomas da crise familiar, social e individual, decorrente do modo de organização das sociedades industrializadas que, centradas no consumo, concebem o uso de drogas como oportunidade para obter prazer, permitir a evasão imediata do sofrimento ou, ainda, como forma de contestação/transgressão às normas vigentes⁽¹¹⁾.

O consumo, outrora restrito a grupos e situações específicas (como rituais religiosos, por exemplo), hoje assume novos modos e padrões relacionados à diversão/lazer e busca de ideais individualistas de competência pessoal. Ressalta-se que o uso de substâncias psicoativas, atualmente, tem sido fetichizado como meio de superação de dores e inibições, diminuição do sofrimento psicológico e aumento de vigor pessoal⁽²⁾.

As drogas psicotrópicas incluem as anfetaminas, cocaína, cafeína (estimulantes), álcool, hipnóticos, ansiolíticos e narcóticos (depressores do sistema nervoso central), alucinógenos primários sintéticos (LSD-25 e MDMA – êxtase)⁽¹²⁾.

As substâncias psicoativas causam modificação no funcionamento do cérebro e alteração no comportamento, e cada droga provoca quadros clínicos diferentes, possuem características farmacológicas específicas e, portanto, exige terapêutica própria. No entanto, existe um plano de tratamento que pode ser comum para as dependências químicas em geral no que concerne ao seu objetivo específico: mudança do estilo de vida. Tal tratamento deve

visar a promoção de abstinência, o tratamento de quadros clínicos e a prevenção de recaídas, deve ter seu foco na motivação do indivíduo e contar com a participação da família⁽⁹⁾.

Estudos^(13,14,15,16,17,18) têm apontado para a importância da família e da rede social no tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, evidenciando as percepções sobre o uso e o abuso de substâncias, o engajamento, a adesão e participação no tratamento.

Dentre as intervenções terapêuticas mais tradicionais utilizadas em casos de dependência química, encontramos os modelos de tratamento baseados nos 12 Passos utilizada pelos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA), conhecida como Modelo de Minnesota, que concebem a adicção como doença crônica e progressiva, caracterizada pela negação e pela perda de controle de um indivíduo com personalidade dependente. A intervenção é baseada no confronto, buscando-se que o paciente se assuma como dependente, em contrapartida tem-se demonstrado que esse fato está negativamente associado ao sucesso do tratamento e que as estratégias confrontativas aumentam as defesas do dependente reconhecer sua situação e muitas vezes inviabilizando o seu tratamento^(10, 15).

Atualmente os modelos terapêuticos mais utilizados para o tratamento de indivíduos dependentes contam com abordagem educacional e integrada, focalizando intervenções específicas de terapia de estimulação motivacional e prevenção de recaídas⁽¹⁹⁾.

A entrevista motivacional é uma abordagem que visa auxiliar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais e pretende auxiliá-las a se movimentar pelos estágios de mudança. Nessa abordagem, são utilizados cinco princípios básicos: expressar empatia, desenvolver a discrepância entre o comportamento presente e as metas importantes, evitar discussões para não gerar atitudes de defesa, ajudar o paciente a compreender e trabalhar suas resistências, incentivar a auto-eficácia, pois a crença na possibilidade de mudança é fator motivador importante^(15, 20, 21).

A terapia cognitivo-comportamental foi desenvolvida por Aaron Beck, na Universidade da Pensilvânia, na década de 60, como psicoterapia breve para depressão, sendo direcionada a intervir em problemas atuais, modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais⁽²²⁾, sendo, desde então, adaptada e amplamente usada em várias áreas, em especial com relação ao abuso de substâncias, em estudos controlados, demonstraram a eficácia de seu uso⁽²³⁾.

A abordagem cognitivo-comportamental enfatiza a existência de um pensamento disfuncional que deve ser avaliado realisticamente a fim de produzirem modificações no pensamento que influenciem na melhora do humor e do comportamento, quando tais mudanças são duradouras, modificam também as crenças disfuncionais do paciente⁽²⁴⁾. Tem como foco o comportamento do indivíduo, busca sensibilizá-lo a pensar sobre si e sua atuação no mundo; visa também a correção de idéias distorcidas a respeito do uso da droga e parte do pressuposto que o reforço negativo diminui a frequência de um comportamento indesejado^(9,25). Assim, depreende-se que o profissional deve ser preparado para influenciar a motivação do paciente, pois a motivação reflete o grau de envolvimento e/ou aderência ao tratamento e, conseqüentemente, aponta para a possibilidade ou não de mudança. As antigas práticas confrontativas e de aconselhamento estimulam uma postura de resistência ao tratamento, pois não levam em conta que o desejo de mudança no dependente químico é um tanto ambivalente – ‘motivação flutuante’ – isto é, o paciente, durante o tratamento, está num conflito psicológico entre parar ou não de usar drogas^(10,21).

Há contraste entre a abordagem da entrevista motivacional e a abordagem cognitivo-comportamental. A abordagem da entrevista motivacional emprega princípios e estratégias específicas para estimular a motivação do paciente para a mudança, explora e reflete as percepções do paciente sem rotulá-las ou corrigi-las, elicia estratégias possíveis de mudança,

responsabilizando o indivíduo por elas e busca viabilizar processos naturais de solução de problemas, juntamente com o paciente e seus familiares. Já a abordagem cognitivo-comportamental pressupõe que o paciente já esteja motivado e busca identificar e modificar crenças desadaptadas, prescreve estratégias específicas de enfrentamento e de solução de problemas através de instruções, da prática dirigida e do *feedback*. Embora tais abordagens sejam prontamente diferenciáveis, a entrevista motivacional pode ser usada como preparação para a terapia cognitivo-comportamental⁽²¹⁾.

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de realização de um grupo de prevenção de recaída de álcool e drogas, em que se utilizou de princípios e orientações teóricas da terapia cognitivo-comportamental.

MATERIAL E MÉTODOS

O artigo consiste num relato de uma intervenção realizada a partir do acompanhamento do grupo de prevenção de recaída de álcool e drogas, que funciona junto a um Centro de Atenção Psicossocial II, localizado em uma cidade de cerca de 300 000 habitantes. Do interior do Rio Grande do Sul - Brasil. Em 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria 336* que classifica em ordem crescente por abrangência populacional e por complexidade os Centros de Atenção Psicossocial, definindo a equipe mínima de profissionais e estabelecendo sua clientela alvo⁽²⁶⁾.

* Portaria 336/02 MS, que estabelece a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional

Segundo a Portaria 336/02, um Centro de Atenção Psicossocial apresenta as seguintes características: "deve prestar atendimento prioritário a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sistema de atenção diária; deve funcionar de acordo com a territorialidade; deve possuir área física específica, independente de qualquer estrutura hospitalar; deve responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental; deve possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; deve constituir sua equipe de modo que essa possa supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; deve realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos especiais e excepcionais". Segundo essa Portaria, os CAPS passam a prestar atendimento em regime intensivo (usuário freqüenta diariamente o serviço), semi-intensivo (usuário freqüenta o serviço três vezes por semana) e não intensivo (usuário freqüenta o serviço uma vez por mês). O CAPS II deve ter cobertura populacional de 70 000 – 200 000 habitantes, a equipe deve ser composta por 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior, 6 profissionais de nível médio; deve funcionar das 8 às 18h, nos 5 dias úteis, podendo comportar 3º turno (18-21 h); deve atender (número máximo de pacientes): 45 intensivos, 75 semi-intensivos, 100 não intensivos⁽²⁷⁾.

O grupo ocorre toda segunda-feira, tem duração em média de 1 hora e meia e é coordenado por duas enfermeiras e uma psiquiatra. Participam do grupo pacientes acompanhados pela equipe de saúde mental do CAPS II em situação de abuso de álcool e outras drogas (com ou sem co-morbidade psiquiátrica), previamente acolhidos, submetidos a avaliação psiquiátrica e discussão do caso em equipe multiprofissional. Outro critério de inclusão é a motivação inicial para o tratamento, comparecer regularmente ao grupo, não estar

sob efeito de droga durante as sessões, não apresentar déficit cognitivo e sintomas produtivos de psicoses (delírios, alucinações), concordar em estabelecer metas de abstinência (acordadas conforme o caso com cada paciente).

O presente relato abrange o período que corresponde a novembro de 2002 até junho de 2004. As autoras do artigo participam sistematicamente do grupo, da definição da abordagem teórica adotada e da execução da proposta desenvolvida.

O manual de Prevenção de Recaída de Knopp e Bertolote (1994) foi o instrumento utilizado na íntegra durante o período de intervenção. Esse manual, sistematizado em etapas, sugere a avaliação da motivação para a mudança, construção de um quadro das vantagens e desvantagens, descrição de um dia típico do indivíduo dependente, a elaboração de um inventário das habilidades para lidar com situações de risco, de um balanço das situações protetoras e provocadoras do uso, de um quadro global do envolvimento do indivíduo com as drogas, identificação dos horários de risco, dos sinalizadores, elaboração de estratégias para lidar com os sinalizadores, levantamento semanal das situações de risco; identificação das saídas de emergência, modificação do estilo de vida, atividades físicas e de lazer, desenvolvimento de uma agenda diária e um plano de recuperação com metas e objetivos.

Na elaboração do inventário das habilidades para lidar com situações de risco, as situações de risco foram divididas em seis grupos a saber: lidar com emoções negativas, lidar com situações difíceis, lidar com a diversão e o prazer, lidar com problemas físicos ou psicológicos, lidar com o hábito de usar álcool ou drogas e lidar com o tratamento. Cabe ressaltar que o foco da avaliação deste inventário é a auto-eficácia do indivíduo, ou seja, sua habilidade em lidar ou enfrentar com sucesso a situação de risco sem beber ou usar droga; sendo as respostas da seguinte forma: nenhuma auto-eficácia, pouca auto-eficácia ou suficiente auto-eficácia^(28, 29).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo começou a funcionar em novembro de 2002, após seleção prévia e discussão na reunião de equipe do CAPS, com relação aos usuários dependentes químicos, com perfil para participação no grupo, considerando-se o parecer da equipe e a concordância do usuário. Excluiu-se dessa participação usuários com déficit cognitivo e com sintomas produtivos de psicose. Nos primeiros encontros foi definido o contrato do grupo, em que se estabeleceu que os usuários não viriam para o grupo sob efeito da substância psicoativa, que as faltas deveriam ser previamente justificadas e que eles seriam aceitos em caso de recaídas.

Na seqüência dos encontros, foi produzido, conjuntamente, um quadro das vantagens e desvantagens de usar e não usar drogas, discussões sobre um dia típico e um final de semana típico (nos últimos 3 meses), identificando momentos e locais em que o indivíduo está engajado em hábitos e comportamentos que interferem na sua recuperação. Nesse período inicial trabalhou-se muito a motivação para a mudança de comportamento relacionada ao consumo da droga.

Em julho de 2003, iniciou-se a aplicação do inventário das habilidades para lidar com situações de risco. Cabe enfatizar que na prevenção de recaída é importante identificar situações que coloquem em risco a recuperação, adquirindo habilidades para enfrentá-las aumentando a auto-eficácia do paciente⁽²⁹⁾. O inventário proposto pelos autores citados e utilizado nesse grupo consiste em questionários que focalizam as seguintes situações: lidar com emoções negativas, lidar com situações difíceis, lidar com a diversão e o prazer, lidar com problemas físicos ou psicológicos, lidar com o hábito de usar álcool ou drogas, lidar com o tratamento. Para preenchimento e discussão dos questionários, encontrou-se dificuldades

mediante as limitações dos pacientes em compreender a linguagem, o vocabulário utilizado, e mesmo suas condições de leitura e expressão escrita (por exemplo: três pacientes são alfabetizados, mas não concluíram o primeiro grau e necessitavam, além da exposição verbal e em quadro de giz, que um profissional estivesse ao seu lado orientando o preenchimento do questionário). Nesse sentido foi realizada adaptação, utilizando como estratégia o preenchimento dos questionários no grupo, com utilização do quadro de giz, leitura pausada de questão por questão e posterior discussão seqüencial das mesmas.

No que se refere à questão de lidar com emoções negativas, foram destacadas as seguintes situações nas quais a auto-eficácia dos pacientes do grupo encontra-se mais comprometida: quando se sentem deprimidos, tristes ou desanimados, quando se sentem sozinhos e isolados, quando recordam fatos ruins que ocorreram em suas vidas. Dentre as situações difíceis, apontadas pelos participantes do grupo, em que a sua habilidade para lidar com a situação encontra-se seriamente diminuída, identificou-se: lidar com discussões e/ou desentendimentos com cônjuge ou familiar, terminar relacionamento amoroso e lidar com desentendimentos no trabalho. As situações relacionadas à diversão e ao prazer apontadas pelos pacientes em que sua auto-eficácia encontra-se diminuída consistem em: comemorações e festas, quando praticam esportes (jogar futebol) e quando saem para pescarias. Com relação a problemas físicos ou psicológicos em que a habilidade para lidar com a situação dos usuários encontra-se diminuída o grupo assinalou: lidar com dores físicas, doença própria ou doença/morte na família, lidar com sentimento de solidão e isolamento. Sobre o hábito de usar álcool ou outras drogas a situação em que os pacientes identificaram-se como mais vulneráveis consiste em: quando sentem vontade de beber às refeições ou em outras situações nas quais habitualmente bebiam ou usava drogas. Sobre o tratamento os pacientes relatam diminuição de sua auto-eficácia quando: sentem que seu tratamento está indo muito lento ou é

mais difícil do que imaginavam e quando sentem que ainda falta muito caminho a percorrer para sua recuperação.

No momento atual do grupo, tem-se trabalhado sistematicamente com as estratégias de enfrentamento das situações de risco e as metas que cada um tem colocado a si mesmo e alcançado ou não, considerando o propósito da mudança. As metas são estabelecidas a partir de cada caso e estão relacionadas ao tempo que o paciente consegue manter-se em abstinência e as modificações de modo de vida (por exemplo: no domingo ao invés de ir para o bar conversar com os parceiros, convidar a família para um passeio; comemorar o aniversário do filho sem oferecer bebidas alcoólicas na festa).

O grupo que iniciou com 22 integrantes, em novembro de 2002, atualmente conta com 11 pessoas (dados de junho de 2004). Nesse processo, 6 usuários abandonaram o tratamento, 5 pacientes tiveram alta do grupo (sendo que alguns seguiram em acompanhamento por outros profissionais tendo em vista outras necessidades emergentes). Dos 11 usuários em acompanhamento no grupo 1, está em abstinência completa há 1 ano e 4 meses, 2 estão com maiores dificuldades de controle de consumo da droga, 8 pacientes têm relatado diminuição na quantidade e periodicidade de consumo, tendo maior controle com relação às situações de risco de abuso da substância. A média de frequência ao grupo de prevenção de recaídas de álcool e drogas, no período de julho a dezembro de 2003, foi de 8 pacientes. No último mês de maio de 2004 teve-se uma média de participação de 6 pacientes.

Alguns estudos que abordam a intervenção na dependência química^(6,30,31,32,33,34,35,36,37) demonstram que a(o) enfermeira(o) encontra-se numa posição privilegiada para identificar pacientes com dependência química e desempenhar importante papel no processo de mudança do indivíduo com vistas à sua aderência ao tratamento, compreensão da doença, prevenção de recaídas e modificação no seu modo de vida. O presente estudo reforça essa afirmativa,

apresentando a descrição de uma intervenção grupal a partir da abordagem cognitivo-comportamental coordenada pelo profissional enfermeiro.

CONCLUSÃO

Foi constatada a existência de uma série de dificuldades para se trabalhar com o dependente químico, algumas delas relacionadas ao próprio contexto da população com se trabalha, de limitações econômicas, afetivas, sociais. Outras relacionadas aos preconceitos das pessoas de modo geral e dos próprios profissionais da saúde, gerando um viés na abordagem do problema da droga. Também identificou-se limitações teóricas, de referenciais que subsidiem a intervenção técnica, e gerem expectativas mais aproximadas da realidade vivenciada.

A utilização do embasamento teórico da terapia cognitivo comportamental, associado a princípios motivacionais, tem possibilitado o acolhimento das recaídas, a ênfase na motivação para o tratamento, estabelecendo-se metas de tempo de abstinência e modificações em modos de vida mais realistas e que reforçam a auto-eficácia do paciente, sua auto-estima e contribuem na aderência ao tratamento. Um fator limitante do trabalho desenvolvido tem sido a precariedade com que o serviço tem trabalhado com as famílias dos dependentes, não podendo constituir-se uma rede social de apoio, nem tampouco oferecer um suporte eficiente aos familiares. Constatou-se que a falta de intervenção sistemática com as famílias tem reduzido a possibilidade de dar amplitude à intervenção realizada, ficando essa muito focada somente nas demandas do indivíduo dependente químico.

Entende-se que a questão das drogas é problema complexo, que exige a mobilização de diferentes recursos da sociedade a fim de enfrentá-lo. O trabalho que se tem realizado com esse grupo vem no sentido de contribuir para que as pessoas possam identificar as situações

problema/críticas/de risco e no interior de seu contexto sócio-familiar construir estratégias de enfrentamento, o serviço servindo de apoio nesse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ito LM, organizador. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artmed; 1998.
2. Furtado EF. Os desafios da assistência ao paciente farmacodependente – diferentes realidades clínicas, diferentes alternativas terapêuticas. In: Luis MAV, organizador. Uso e Abuso de Álcool e Drogas. Ribeirão Preto: FAPESP; 2000. p. 53-66.
3. Silveira C, Doneda D, Gandolfi D, Hoffmann MC, Macedo P, Delgado PG, et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. J Bras Psiquiatria 2003 set-out; 52(5):349-54.
4. Mendes IAC, Luis MAV. Uso de substâncias psicoativas, um novo velho desafio. Rev Latino-am. Enfermagem 2004 mar-abr; 12(número especial):Editorial.
5. Navarrete RP, [Luis MAV](#). Atitude da enfermeira de um complexo hospitalar em relação ao paciente alcoólico. Rev Latino-am Enfermagem 2004 mar-abr; 12(número especial):420-6.
6. [Spricigo JS](#), [Alencastre MB](#). O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC. Rev Latino-am Enfermagem 2004 mar/abr; 12(número especial):427-32.
7. [Neves DP](#). Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? Cad Saúde Pública 2004 jan-fev; 20(1):7-14.
8. Laranjeira R. Abuso e Dependência do Álcool: diagnóstico e tratamento farmacológico. In: Focchi GRA, Leite MC, Laranjeira R, Andrade AG. Dependência Química: novos modelos de tratamento. São Paulo (SP): Roca; 2001. p. 1-18.
9. Focchi GR, Andrade AG. Abordagens não farmacológicas no tratamento das dependências. In: Focchi GRA, Leite MC, Laranjeira R, Andrade AG. Dependência Química: novos modelos de tratamento. São Paulo (SP): Roca; 2001. p. 103-8.
10. Jungerman FS, Laranjeira R. Entrevista Motivacional: a teoria e uma experiência de sua aplicação em grupos. In: Focchi GRA, Leite MC, Laranjeira R, Andrade AG. Dependência Química: novos modelos de tratamento. São Paulo (SP): Roca; 2001. p. 19-48.
11. Santos MA. In: Luis MAV, organizador. Uso e Abuso de Álcool e Drogas. Ribeirão Preto (SP): FAPESP; 2000. [prefácio].
12. Albuquerque SC, Pedrão LJ. O paciente dependente químico: características de egressos e reinternos de uma unidade para tratamento específico. In: Luis MAV, organizador. Uso e Abuso de Álcool e Drogas. Ribeirão Preto (SP): FAPESP; 2000. p. 103-14.
13. Ozechowski TJ, Liddle HA. Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. Clin Child Fam Psychol Rev 2000; 3:269-98.
14. Meyers RJ, Apodaca TR, Flicker SM, Sharon M, Slesnick N. Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members. Family J 2002; 10:281-8.

15. Schenker M, Minayo MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* 2004 jun; 20(3):649-59.
16. Loor AE, Galera SAF. Percepção sobre o uso de álcool e tabaco entre os familiares de crianças doentes: consulta externa do hospital materno-infantil de Guasmo sur. Guayaquil - Equador. *Rev Latino-am. Enfermagem* 2004 mar-abr; 12 (número especial):340-4.
17. Silva MRS. Convivendo com o alcoolismo na família. In: Elsen, I, Marcon SS, Mara RS. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá (PR): Eduem; 2002. p.271-92.
18. Pereira RN, Escobar MJM. Sistemas de enfrentamiento en familias de enfermos alcohólicos. *Ci. Enfermería* 2002 jun; 8(1):37-47.
19. Castro LAGP. Comorbidade psiquiátrica no abuso de drogas. In: Luis MAV. *Uso e Abuso de Álcool e Drogas*. Ribeirão Preto (SP): FAPESP; 2000. p.67-78.
20. Jefferson LV. Respostas quimicamente mediadas e transtornos relacionados a substâncias. In: Stuart GW, Laraia MT, organizadores. *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e práticas*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001. p.519-558.
21. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001.
22. Beck AT. Thinking and depression II. Theory and Terapy. *Arch Gen Psychiatr* 1964; 10:561-71
23. Woody GE, Luborsky L, MccLelan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, et al. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Arch Gen Psychiatr* 1983; 40:1081-6.
24. Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
25. Scott J, Williams JMG, Beck AT, organizadores. *Terapia cognitiva na prática clínica – um manual prático*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1994.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de assistência à Saúde (BR). Portarias nº 189 de 19/11/1991. (D.O.U. de 11/12/1991) e nº 224 de 29/01/1992 (D.O.U. de 30/01/1992).
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de assistência à Saúde (BR). Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002.
28. Knapp P, Júnior EL, Baldisseroto GV. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: Range B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001. p.332-350.
29. Knapp P, Bertolote JM, organizadores. *Prevenção da recaída – um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1994.
30. Rassool GH. Substance use and misuse one preoccupation of everybody: the responses of health care professionals. In: Luis MAV. *Uso e Abuso de Álcool e Drogas*. Ribeirão Preto: FAPESP; 2000. p.15-26
31. Pillon SC. Programa de desintoxicação alcoólica ambulatorial. In: *Uso e Abuso de Álcool e Drogas*. Ribeirão Preto (SP): FAPESP; 2000. p.27-36.
32. Solha RKT. Desintoxicação em fumo. In: Luis MAV. *Uso e Abuso de Álcool e Drogas*. Ribeirão Preto (SP): FAPESP; 2000. p.37-46.
33. Macieira MS. Tratamento da dependência química: experiência do PAA-HUCAM-UFES. In: Luis MAV. *Uso e Abuso de Álcool e Drogas*. Ribeirão Preto (SP): FAPESP; 2000. p.47-52.

34. Camata MW, Santos EC, Barros JFV, Macieira MS. Metodologia da assistência de enfermagem como facilitadora no cuidado de alcoolistas. In: Luis MAV. Uso e Abuso de Álcool e Drogas. Ribeirão Preto (SP): FAPESP; 2000. p.79-90.
35. Campos CJG. O atendimento de enfermagem ao alcoolista em pronto-socorro geral: conceitos, sentimentos e práxis. In: Luis MAV. Uso e Abuso de Álcool e Drogas. Ribeirão Preto (SP): FAPESP; 2000. p.91-102.
36. Pillon SC, Nóbrega MPSS. Desintoxicação alcoólica ambulatorial realizada por enfermeiras. In: Focchi GRA, Leite MC, Laranjeira R, Andrade AG. Dependência Química: novos modelos de tratamento. São Paulo (SP): Roca; 2001. p.143-60.
37. Rassool GH, Luis MAV. Substance abuse in psychiatric emergency settings in Brazil: potential for recognition and brief interventions. *Texto e Contexto Enfermagem* 2004 abr-jun;13(2):255-63.