

Artigo original

Repercussão dos efeitos da assistência fisioterapêutica em um serviço de recuperação de dependentes químicos

Repercussion of the effects of physical therapy in an addiction recovery service

Candissa Silva da Silva, Ft.*, Jadir Camargo Lemos, D.Sc.**, Maria Elaine Trevisan, M.Sc.***

.....
*Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, **Prof. do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria, ***Profª. do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria, Doutoranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria

Resumo

Introdução: Considerando as múltiplas alterações decorrentes do uso crônico do álcool, tanto no âmbito físico quanto psicológico, percebe-se a necessidade de uma assistência multiprofissional no tratamento da dependência química. *Objetivo:* Verificar o perfil e os aspectos clínicos de indivíduos internados para desintoxicação em um Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos comparando percepção de doença antes e após um programa de fisioterapia, e a percepção dos profissionais sobre a inclusão da profissão como agregadora na recuperação desses indivíduos. *Métodos:* Estudo com indivíduos internados para desintoxicação, avaliados nas primeiras 24 horas de internação respondendo cinco perguntas abertas sobre a percepção da doença. Após avaliação realizaram fisioterapia para fortalecimento muscular de membros inferiores, superiores e músculos inspiratórios, pelo período de 7 dias consecutivos, durante 1 hora, sendo novamente entrevistados no final do tratamento. Os profissionais em atividade no serviço responderam perguntas abertas sobre a percepção da assistência de fisioterapia. As respostas foram agrupadas por semelhança e analisadas por meio da análise de conteúdo. *Resultados:* Participaram 20 indivíduos, idade $46,1 \pm 9,4$ anos, $28,8 \pm 10$ anos de ingestão de álcool, 70% tabagistas com idade de início do hábito $27,7 \pm 6,64$ anos, internações $5,8 \pm 9,7$ vezes. Relataram melhora no aspecto físico e na importância da assistência fisioterapêutica quando comparado às internações com e sem essa assistência, sentindo-se ativos durante esse período. Os profissionais destacaram a fisioterapia como um importante fator adicional ao tratamento. *Conclusão:* O programa de intervenção fisioterapêutica foi benéfico aos alcoolistas, com melhora na autoestima, na realização das atividades físicas e de vida diária e no relacionamento interpessoal.

Palavras-chave: saúde mental, Fisioterapia, alcoolismo.

Abstract

Introduction: Considering the multiple alterations resulting from chronic alcohol use, both in physical and psychological issues, the multidisciplinary care in addiction treatment is necessary. *Objective:* To determine the profile and clinical features of patients hospitalized for detoxification in a Drug Recovery Service comparing the perception of disease before and after a program of physical therapy, and the perception of professionals about inclusion of physical therapy to help in the recovery of these individuals. *Methods:* Study with subjects hospitalized for detoxification, evaluated during the first 24 hours of admission by answering five open questions about the perception of the disease. After evaluation they performed physical therapy for muscular strength of lower limbs, upper and inspiratory muscle, for seven consecutive days, for 1 hour, and at the end of the treatment they were interviewed again. The professionals who were working also answered open questions about the perception of physical therapy care. The answers of both groups were grouped by similarity and analyzed using content analysis. *Results:* A total of 20 individuals, age 46.1 ± 9.4 years, 28.8 ± 10 years of alcohol use, 70% with 27.7 ± 6.64 years of smoking and 5.8 ± 9.7 hospitalizations. They reported improvement in physical appearance and the importance of physical therapy when compared with hospital admission with and without such care, feeling active during treatment. The professionals emphasized the physical therapy as an important additional factor of treatment. *Conclusion:* The physical therapy intervention program was beneficial to alcoholic individuals, with improvement in self-esteem, as well as in performing physical activities, daily living and interpersonal relationship.

Key-words: mental health, Physical Therapy, alcoholism.

Recebido em 1 de abril de 2011; aceito em 24 de outubro de 2011.

Endereço para correspondência: Maria Elaine Trevisan, Rua Benjamin Constant 670/301, 97050-022 Santa Maria RS, E-mail: elaine.trevisan@yahoo.com.br

Introdução

A assistência psiquiátrica é marcada historicamente pela internação em estruturas manicomiais nas quais os pacientes são isolados para tratamento sem levar em conta os aspectos sociais como cidadão. O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil que teve início no Rio Grande do Sul surgiu para superar essas práticas. Esse se encontra embasado nas políticas de saúde do país, assentadas no marco teórico e político da 8ª Conferência Nacional de Saúde e na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que apontam as diretrizes gerais tais como a descentralização, o controle social e o conceito de saúde como direito à cidadania [1].

O objetivo principal da reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização que não significa apenas desospitalização. Nessa, o sujeito é tratado em sua existência e em relação às suas condições concretas de vida. A desinstitucionalização significa não lhes administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para se tornar criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. Neste âmbito, encontra-se a saúde mental, que se trata de um instrumento plural de possibilidades e singular, quando se refere aos sujeitos [2].

Neste contexto, encontram-se os alcoolistas. O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento adaptado à maioria das culturas. Seu uso é associado a celebrações, situações de negócios e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais. Seu uso vem desde a pré-história, porém somente nas últimas décadas foram realizados estudos voltados para os problemas que o consumo de álcool ocasiona às populações. O álcool é considerado a droga mais utilizada no mundo, independentemente desse uso ser esporádico, o considerado "uso social" ou frequente, por dependência do usuário [3]. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. O uso inadequado da droga constitui um dos principais fatores associados à redução da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos de vida útil perdido [4]. No Brasil, em 2000, o álcool foi responsável por 85% das internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas, 20% das internações em clínica geral e 50% das internações masculinas psiquiátricas [5].

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira [4], 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem, pelo menos uma vez ao ano. Na população que consome álcool os problemas mais frequentemente associados a este hábito foram os físicos, relatados por 38% dos entrevistados.

Os indivíduos alcoolistas apresentam uma série de alterações de ordem física, tais como cirrose hepática, gastrite, deficiências nutricionais, distúrbios eletrolíticos, anorexia, instabilidade, febre, dores abdominais, insônia, gota, hipertensão, aterosclerose, diabetes, desmaios, ou seja, há alterações

em diversos órgãos, incluindo o cérebro [6-11]. Somando-se a essas alterações ocorre depressão, déficit de atenção e memória, distúrbio bipolar, entre outros [12]. Indivíduos com história de alcoolismo e abuso de drogas apresentam baixos escores no *Mini-mental State Examination and the Executive Interview*, que analisa o status cognitivo [13].

Outra grave complicação nesses indivíduos é a polineuropatia, caracterizada por fraqueza, dor, parestesia, câimbras musculares e marcha atáxica, sendo o envolvimento muscular frequentemente generalizado, diminuindo a capacidade de exercício, e dificultando a realização das atividades físicas e de vida diária [6].

Após longos períodos de dependência do álcool, os indivíduos ficam susceptíveis ao desenvolvimento da Síndrome de Abstinência Alcoólica necessitando de um aparato profissional adequado, indispensável para prevenir/tratar sintomas graves e complicações, assim como arritmias, infecções e sequelas crônicas decorrentes da síndrome [6].

Considerando as múltiplas alterações decorrentes do uso crônico do álcool, percebe-se a necessidade de uma assistência multiprofissional no tratamento da dependência química, dentre elas o tratamento fisioterapêutico para minimizar as complicações motoras e respiratórias e restabelecer a força muscular periférica e respiratória, justificando-se assim a realização deste estudo.

Baseados na literatura e considerando as alterações físicas e mentais do alcoolista, percebeu-se a necessidade de verificar o perfil e os aspectos clínicos dos indivíduos que se internam para desintoxicação no Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos (SERDEQUIM) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), comparando percepção de doença antes e após a implantação de um programa de fisioterapia, além da percepção dos profissionais sobre a inclusão desta profissão como uma agregadora na recuperação desses indivíduos.

Partimos da hipótese alternativa de que os indivíduos perceberiam uma diferença satisfatória da sua condição clínica após o tratamento fisioterápico e que essa repercutiria na percepção da equipe.

Material e métodos

Utilizou-se a história de vida como método qualitativo e como técnica a entrevista estruturada. A análise qualitativa é um tipo de pesquisa que se aprofunda no universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, e que, portanto, preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado [14].

O grupo do estudo foi composto por indivíduos que se internaram para desintoxicação no SERDEQUIM do HUSM. Os testes foram realizados para determinar a carga de treinamento do programa de intervenção.

Critérios de inclusão: diagnóstico de alcoolismo; internação para desintoxicação há no máximo 24 horas antes da avaliação proposta pelo estudo; sexo masculino, idade superior

a 18 anos e pressão inspiratória máxima (PI_{máx}) inferior a 60% do previsto.

Critérios de exclusão: indivíduos que tiveram alta antecipada e os que faziam uso de drogas ilícitas.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS, registrado sob CAAE nº 0106.0.243.000-09 e todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Procedimento experimental

a) Ficha de coleta de dados: incluiu dados de identificação, dados antropométricos, data da internação atual, número de internações, idade de início do alcoolismo e frequência, tabagismo e idade de início, doenças associadas, prática de atividade física, periodicidade e tempo de prática.

As avaliações foram realizadas em um único dia, em dois turnos. No turno da manhã foi realizada a entrevista e o teste de força muscular periférica. No turno da tarde foi realizado o teste de força muscular respiratória e após intervalo de 30 minutos o TC6M. Essa mesma sequência foi seguida para a avaliação de todos os indivíduos de acordo com critérios estabelecidos pelos pesquisadores.

b) Entrevista estruturada: Os indivíduos responderam a uma entrevista estruturada antes e ao final da intervenção fisioterapêutica. Os profissionais e bolsistas do serviço também responderam a uma entrevista estruturada ao final do período de intervenção.

- Entrevista inicial: os indivíduos responderam perguntas relacionadas com sua percepção de doença e consistia de cinco perguntas norteadoras: 1) O que você conhece sobre dependência química? 2) Você se considera um dependente químico? 3) Que tipo de limitação em suas atividades de vida diárias (AVD's) você atribui ao uso do álcool? 4) O que mais lhe incomoda na dependência do álcool? 5) O que você espera como resultado dessa internação? As entrevistas foram gravadas, transcritas e após a transcrição foram apresentadas aos pacientes.

- Entrevista final: ao finalizar os sete dias de treinamento, os pacientes foram reavaliados e responderam a uma nova entrevista constituída das seguintes perguntas norteadoras: 1) Ao fim do tratamento de fisioterapia respiratória e motora, como você percebe a sua doença? 2) Durante as práticas de fisioterapia, como você se sentiu? 3) Você acredita que o programa de fisioterapia lhe auxiliou no período de internação? De que forma? 4) Você percebeu alguma diferença em realizar suas AVD's após a participação no programa de fisioterapia? 5) Em comparação com as outras internações, você percebeu alguma diferença em participar de um programa de fisioterapia? 6) Suas expectativas foram alcançadas?

- Entrevista aos profissionais e bolsistas: Os profissionais e bolsistas que atuavam no SERDEQUIM foram convidados a participar de uma entrevista sobre a atuação da fisioterapia. As entrevistas foram realizadas seguindo os mesmos procedimentos das entrevistas aos pacientes. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE e responderam as seguintes perguntas: 1) Você percebeu alguma diferença de comportamento ou de âmbito físico nos pacientes que participaram do programa de fisioterapia? 2) Caso tenha percebido, quais as principais diferenças você apontaria? 3) Como você percebe o trabalho do fisioterapeuta em um local destinado a desintoxicação de pacientes dependentes químicos?

c) Teste de força muscular respiratória: A pressão inspiratória máxima (PI_{máx}) foi mensurada por meio do manovacuômetro digital (Microhard MVD 500), estando os sujeitos na posição sentada [15]. Foram efetuadas, no mínimo, cinco manobras, com intervalo de um minuto de descanso entre os esforços e registrado o maior valor de três manobras aceitáveis e reprodutíveis, que não ultrapassasse a diferença de 10% Neder *et al* [16].

d) Teste de força muscular periférica: A força muscular periférica foi avaliada por meio do teste muscular proposto por Kendal *et al.* [17] abordando os adutores (peitoral maior) e abdutores do ombro (deltóide); flexores (bíceps braquial) e extensores do cotovelo (tríceps); flexores (bíceps femoral) e extensores do joelho (quadríceps femoral) avaliados em posição ortostática.

A musculatura de reto abdominal foi avaliada com movimento de flexão do quadril bilateralmente, a partir da posição de decúbito dorsal, através dos graus de elevação dos membros inferiores verificados por um goniômetro manual [17].

Para a determinação das cargas de treinamento, utilizou-se o teste incremental de repetição máxima (1 RM) onde os indivíduos realizaram o movimento com uma determinada carga durante 2 minutos, intervalo de repouso de 2 minutos e acréscimo linear de carga enquanto o movimento fosse executado de forma coordenada e no tempo previsto [18].

e) Intervenção fisioterapêutica: A intervenção consistiu de exercícios de treinamento de força da musculatura respiratória e dos membros superiores e inferiores, realizados diariamente por sete dias consecutivos, de forma individualizada com duração de aproximadamente 1 hora/dia.

Para os exercícios de fortalecimento da musculatura inspiratória foi usado o *Threshold* IMT (*Respiromics*). A carga de treinamento inicial foi de 30% da PI_{máx}., com acréscimo diário de 2 cm/H₂O e caso o indivíduo não conseguisse vencê-la retornava-se a carga do dia anterior. Foram realizadas três séries de 10 repetições e intervalo de descanso de 1 minuto entre as séries, uma vez ao dia. Adotou-se a posição sentada para o treinamento [19].

Adotou-se 60% de 1 RM como carga inicial para treinamento dos músculos de membros inferiores e 40% de 1 RM para os músculos de membros superiores [20]. Sendo treinados os respectivos grupos musculares: adutores (peitoral maior) e abdutores do ombro (deltóide); flexores (bíceps braquial) e extensores do cotovelo (tríceps); flexores (bíceps femoral) e extensores do joelho (quadríceps femoral).

Foram realizadas 3 séries de 10 repetições e intervalo de um minuto de descanso entre elas com incremento diário de 0,5 kg de acordo com a tolerância do indivíduo [18]. Ao final de cada sessão foi realizado alongamento dos músculos treinados.

Ao período de sete dias foi somado um dia para a avaliação inicial e um para a avaliação final.

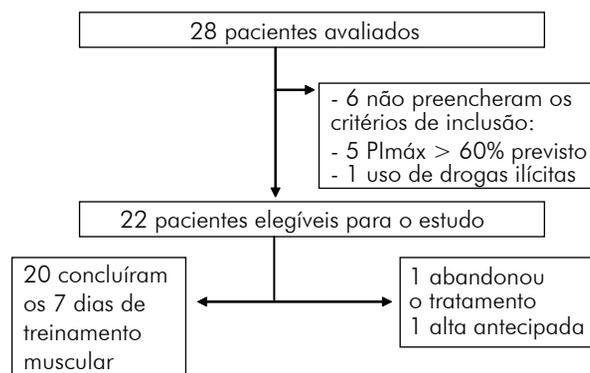
O número de dias de treinamento foi baseado nas normas do serviço, no qual os indivíduos permanecem internados no máximo por dez dias.

f) Análise dos dados: Os dados das entrevistas foram agrupados por semelhança e analisados por meio da análise de conteúdo de Minayo [14].

Resultados

Dos 28 pacientes inicialmente selecionados, 20 preencheram os critérios de inclusão e concluíram o estudo. O fluxograma da seleção é apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Triagem dos sujeitos.



A caracterização da amostra é apresentada na Tabela I.

A média de idade dos indivíduos foi de $46,1 \pm 9,4$ anos. A maioria iniciou a ingestão de bebidas antes dos 18 ($17,2 \pm 7,7$) anos, tendo média de $28,8 \pm 10$ anos de ingestão. Dentre os entrevistados 70% são tabagistas com média de idade de início do hábito de fumar de $27,7 \pm 6,6$ anos.

Em relação ao número de internações, a média foi de $5,8 \pm 9,7$ vezes. Dos indivíduos analisados 30% realizavam atividade física regular pelo menos três vezes/semana antes da internação.

Após a coleta dos dados sociodemográficos, os indivíduos foram submetidos a uma entrevista inicial sobre a percepção de doença atual. As respostas foram agrupadas e analisadas

Tabela I - Caracterização da amostra.

ID	Idade (anos)	AF	Doenças associadas	Nº de internações	TB	Início tabagismo (anos)	Início alcoolismo (anos)	Anos de consumo
1	62	S	HAS	1	S	17	15	47
2	28	S	*	1	S	15	12	16
3	30	N	Depressão	5	S	16	14	16
4	54	N	Neuropatia e Depressão	7	S	18	25	29
5	51	N	Gota	3	N	-	20	31
6	48	N	Depressão	15	S	14	18	30
7	52	N	Asma e Depressão	1	S	12	47	5
8	53	S	*	2	N	-	12	41
9	56	S	Dislipidemia	1	N	-	15	41
10	36	S	*	3	S	12	11	25
11	42	N	*	4	S	18	12	30
12	56	N	Depressão	5	S	15	15	41
13	47	N	HAS e Depressão	6	S	13	15	32
14	32	N	Depressão	2	S	17	15	17
15	48	N	Depressão	5	S	19	14	34
16	50	N	HAS	1	N	-	17	33
17	38	N	HAS e Depressão	45	N	-	14	24
18	45	S	*	6	S	40	20	25
19	41	N	*	2	S	16	16	25
20	53	N	*	2	N	-	18	35

Legenda: ID = Identificação; TB = Tabagismo; AF = Atividade física; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; *Pacientes sem diagnóstico clínico de doenças associadas.

por semelhança, sendo apresentadas algumas falas com apresentação pela letra "I" (de indivíduo) para preservação da identidade dos mesmos.

As respostas colhidas pela pergunta "O que você conhece sobre dependência química?", não demonstram conhecimento sobre o assunto tratado.

"... eu sei que é um veneno. Ultimamente eles estão colocando metanol, tem uns alambiques que tão colocando até uréia, é um veneno brabo..." (I 1, 62 anos, 1ª internação).

"... dependência química? Não muita coisa..." (I 2, 28 anos 1ª internação).

"... no caso do álcool eu não sou dependente totalmente. É que no lugar que eu trabalho é muito pesado, saturado e tenso... então a gente tem que toma alguma coisa pra ir indo..." (I 7, 52 anos, 1ª internação).

"... o que eu conheço é quase zero." (I 20, 53 anos, 2ª internação).

Os indivíduos 2 e 7 não apresentam nem mesmo conhecimento superficial sobre o assunto, o que pode ser justificado por estarem na primeira internação. Além disso, o indivíduo 7 relaciona o uso do álcool com sua atividade profissional, ao contrário dos demais indivíduos que não estão na primeira internação. O indivíduo 20 desconhece o assunto questionado.

Quando perguntado "Você se considera um dependente químico?", apenas 4 sujeitos responderam que não, justificando domínio sobre a vontade de beber.

"... quando eu quero parar eu paro e não acho falta, às vezes paro 3 - 4 meses e não acho falta... só o dia em que tomo o primeiro gole..." (I 1 62 anos, 1ª internação).

"... eu não, porque a hora que eu quero parar eu paro..." (I 16, 50 anos, 1ª internação).

Dos indivíduos que responderam com negação, 3 apresentavam-se na 1ª internação.

Na pergunta "Que tipo de limitação nas suas AVD's você atribui ao uso do álcool?" os indivíduos reconhecem interferência na vida, tanto na esfera laboral, quanto relacionada à higiene, sexo e coordenação motora.

"... eu não consigo trabalhar, tando em casa eu acordo e tenho que usar o álcool... já nem lavo mais as roupa, não corto a barba, esses negócio de higiene a gente nem faz mais..." (I 3, 30 anos, 5ª internação).

"... olha, pra te dizer bem a verdade, até no sexo interfere, depois no serviço, muitas vezes não posso nem trabalhar..." (I 5, 51 anos, 3ª internação).

"... o serviço da gente já não é a mesma coisa atrapalha muito, não tem aquela vontade de trabalhar... muitas coisas eu esqueço,

principalmente quando eu já tenha ingerido um pouco de álcool, daí a minha coordenação motora já não é a mesma..." (I 11, 42 anos, 4ª internação).

Na pergunta "O que mais lhe incomoda no uso do álcool?", 12 indivíduos referiram a família como principal interferência.

"... eu sou condenado por toda a família como sem vergonha, não como um doente que isso também pesa muito." (I 6, 48 anos, 15ª internação)

"... não tenho mais nada com eles (esposa e filhos), dei tudo o que eu tinha eu já dei pra eles. É assim e, também não procuro eles, eles também não me procuram, onde cada qual tá vivendo uma vida separado como quem não se conheceu..." (I 16, 50 anos, 1ª internação).

"O que você espera como resultado dessa internação?", 19 dos indivíduos entrevistados manifestaram vontade de parar de usar álcool, mesmo os que não se consideraram dependentes químicos, estando ainda na fase de negação da doença.

"... pra mim me ajuda mais também, pra me livra um pouco, pra melhora a mente..." (I 2, 28 anos, 1ª internação).

Apenas o indivíduo 16 não manifesta nenhum desejo, podendo ser justificado pelo fato de ser a 1ª internação, não tendo sido internado por vontade própria, por isso a falta de expectativa de tratamento.

"... espero que o pessoal não se invoque mais comigo... é a coisa mais triste, depois que o pessoal começa a se invoca com a gente, parece que vai acumulando..." (I 16, 50 anos, 1ª internação).

Após o programa de intervenção fisioterapêutica, os indivíduos foram novamente entrevistados, sendo apresentadas algumas falas que foram analisadas e agrupadas por semelhança.

Quando questionados sobre "Ao fim do tratamento de fisioterapia respiratória e motora como você percebe a sua doença?", todos perceberam efeito positivo ao realizarem o tratamento.

"... eu percebo que eu to mais forte pra pode enfrenta o mundo ali fora daquela porta, consegui pensa um pouco nas coisas pra vê o que eu to fazendo de errado" (I 11, 42 anos, 4ª internação).

Em resposta ao questionamento "Durante as práticas de fisioterapia, como você se sentiu? Exceto o indivíduo 14, todos os demais se sentiram bem.

"... naquela bomba eu senti uma pequena dor no pulmão, não uma dor forte... mas nada mais fora do normal..." (I 14, 32 anos, 2ª internação).

“... me senti muito bem, é o momento que a gente tem pra gente, pra pensa nas coisas, nas atitudes, em tudo.” (I 19, 41 anos, 2ª internação).

Sobre a pergunta “Você acredita que o programa de fisioterapia lhe auxiliou no período de internação? De que forma?”, os indivíduos afirmaram que sim, mesmo que não tenham conseguido explicitar de que forma foram auxiliados.

“... eu tenho certeza que sim, deu pra ver que ela ajuda na mente da gente também... eu senti: não, tudo é possível de se recomeçar tudo de novo. Daí eu acho que a fisioterapia deveria até fazer parte do tratamento”. (I 6, 48 anos, 15ª internação).

As respostas da pergunta “Você percebeu alguma diferença em realizar suas AVD’s depois de participar do programa de fisioterapia?” ficaram comprometidas em virtude da falta de interpretação da pergunta pelos indivíduos.

“... não.” (I 3, 30 anos, 5ª internação).

“... percebi, por enquanto eu não to trabalhando até porque eu to de laudo...” (I 5, 51 anos, 3ª internação).

“... ah, todo o dia a gente nota melhor, com mais energia, mais vitalidade...” (I 9, 56 anos, 1ª internação).

Aos indivíduos que já haviam sido internados anteriormente, lhes foi questionado “Em comparação com as outras internações, você percebeu alguma diferença em participar de um programa de fisioterapia?” Todos os sujeitos referiram que sim.

“... a diferença é que isso devia ter existido desde a primeira vez que eu internei, senão não teria nem voltado, porque a minha dificuldade toda, o meu recalque é não pode andar direito...eu cheguei a leva 3 meses pra conseguir anda normal...agora caminho sozinho...” (I 4, 54 anos, 7ª internação).

“... muito grande a diferença, pra melhor é claro, porque nas outras internações não tinha fisioterapia e era só a medicalização...dessa vez que apareceu (fisioterapia) eu me senti muito melhor...” (I 12, 56 anos, 5ª internação).

Quando questionados sobre “Suas expectativas foram alcançadas?” os indivíduos que não alcançaram, estão encaminhando esse resultado final.

“... a primeira noite... uma tristeza, tava com vontade de suicídio até, mas hoje não, eu já to com vontade de refazer a minha vida...” (I 6, 48 anos, 15ª internação).

“... sim, quase todas, não 100%, mas 90% já... os 10% que eu não consegui alcançar eu não sei o que é, é quase nada, mas fui

bem atendido, aqui na fisioterapia era o melhor... eu sei que eram exercícios sérios, mas se tu for fazer brincando fica mais fácil...é que nem dança...tem que dançar com o corpo leve...” (I 16, 50 anos, 1ª internação).

As informações da entrevista com cinco profissionais e um bolsista, após os pacientes terem sido tratados pela fisioterapia, foram agrupadas e analisadas por semelhança, sendo apresentadas algumas falas dos profissionais com apresentação pela letra “P” de profissional e “B” de bolsista para preservar a identidade.

Quando questionados “Você percebeu alguma diferença física ou de comportamento dos pacientes que participaram do programa de fisioterapia?”, todos os indivíduos referiram que sim.

“... sim, houve boa motivação nos exercícios, melhoras mais rápidas” (P 2, auxiliar de enfermagem, 34 anos no serviço).

Ao serem perguntadas “Quais diferenças você apontaria?” os entrevistados apontaram melhora na relação com a equipe e no aproveitamento das atividades propostas pelo serviço.

“... os pacientes se sentiram mais seguros em participar das atividades físicas e atividades de recreação como passeios pela universidade e festividades no pátio da psiquiatria. Tiveram mais disposição para participarem dos grupos. Diminuíram o repouso no leito durante o dia, o que melhorou o padrão do sono...” (B 1, estudante de enfermagem, 2 anos de estágio).

A pergunta final se referia à presença da fisioterapia no serviço. “Como você percebe o trabalho do fisioterapeuta em um local destinado à desintoxicação de pacientes dependentes químicos?” Todas as respostas analisadas mostraram importância da presença do fisioterapeuta como integrante da equipe para a recuperação dos sujeitos.

“... a fisioterapia acelera a saída do paciente do leito, em geral o internado passa um tempo se recuperando fisicamente no momento da internação. Neste tempo ele não participa dos grupos e atividades educativas, por isso que quanto mais cedo ele sair do leito, melhor o entendimento da doença e maior o aproveitamento da internação...” (B 1, estudante de enfermagem, 2 anos de estágio).

Discussão

Na análise da primeira e da segunda pergunta da entrevista, que remete o indivíduo ao conhecimento sobre dependência química e a sua opinião em se considerar ou não um dependente químico, 12 dos 20 indivíduos, relataram que o álcool é uma doença “lenta, progressiva e fatal”. Conforme Campos [21] acerca das representações de ex-bebedores sobre o contágio e a doença, a maioria concebe o alcoolismo como uma “doença inata”, enraizada no organismo do alcoólico, que

constrange a vontade do indivíduo, impedindo-o de agir de modo responsável.

No presente estudo, percebeu-se que a recaída dos indivíduos aconteceu na maioria das vezes por algum abalo no plano emocional, geralmente ligado a algum evento familiar ou de ordem econômica. Na maior parte das vezes eles se sentem envergonhados por beber, sendo até mesmo relatada a fuga para beber. Segundo Álvarez [22], para considerar que houve recaída, o indivíduo deve estar em abstinência de pelo menos dois meses, salientando que uma resposta ineficaz diante de situações de alto risco gera perda de confiança e, se aliada à expectativa positiva quanto ao uso do álcool, provocam a volta ao consumo, gerando sentimentos de culpa que com o efeito positivo do álcool, lhe induzirão a seguir bebendo.

Verificamos no nosso estudo que os indivíduos recaíram e, por isso, eram excluídos pela família e, em resposta a essa exclusão, bebiam ainda mais criando um ciclo vicioso beber – exclusão – beber. No estudo de Álvarez [22] quando os indivíduos foram questionados sobre os “Fatores de Recaída” e “Razões para Beber”, 34,3% destacaram dificuldades familiares e 23,8% citaram a necessidade do consumo como expressão da dependência psicológica e fisiológica estabelecidas. Thompson *et al.* [23] associam a recaída a fatores genéticos e de ordem fisiológica, como uma deficiência de serotonina.

Em virtude desses fatores, percebe-se que esses indivíduos necessitam de acolhimento de forma que eles se percebam singular durante a terapêutica. Um dos fatores positivos do estudo foi à individualização do atendimento que se refletiu nas entrevistas finais, nas quais a maioria dos indivíduos relatou que esperavam ansiosos pelo momento da intervenção fisioterapêutica, pois era o momento que eles tinham para cuidar do corpo e pensar na recuperação individualmente.

Observamos uma grande preocupação com a posição do paciente em relação à família, sendo referida a perda de confiança e respeito. Verificou-se que o resgate pelo seu lugar na família era o principal motivo que os indivíduos tinham para a busca de tratamento e adicionalmente a incapacitação para o trabalho em virtude do uso do álcool. Na pergunta “o que mais lhe incomoda no uso do álcool?” o binômio família e trabalho/serviço foi o mais relatado pelos indivíduos entrevistados. Santos e Veloso [24] reforçam a ideia de que o alcoolismo destrói não só o próprio alcoolista, mas também a relação familiar, ressaltando assim as rupturas que são geradas na família.

De acordo com os dados sociodemográficos, a amostra dos indivíduos internados assemelha-se a encontrada em outros estudos da literatura [4,25]. Segundo Souza e Oliveira [4] em estudo retrospectivo com 203 prontuários verificaram que 95,1% dos pacientes internados apresentavam-se na faixa etária de 30 a 49 anos. Em outro estudo Cunningham *et al.* [25], incluíram 185 pacientes dependentes de álcool e verificaram que a média de idade foi de 40,1 anos, com presença de 53% de indivíduos do sexo masculino.

Considerando o fato da ingestão de bebida iniciar-se cedo, anterior aos 18 anos, a faixa etária citada por ambos os estudos (30 a 49 anos) é onde começam a surgir as alterações físicas pelo uso do álcool [4,25]. Segundo Hicks *et al.* [26], o início do uso de álcool na adolescência, gera uma dependência mais rápida associada a maiores taxas de co-morbidades. Barnes *et al.* [8] ao investigar 3.308 participantes mostraram que um terço dos pacientes dependentes com idade mais avançada apresentavam-se sob um maior risco de complicações pela combinação do uso de medicamentos, das co-morbidades resultantes da dependência e das próprias alterações decorrentes do envelhecimento.

A associação do álcool com o tabagismo mostrou-se relevante no nosso estudo. Essa associação também foi observada por Thompson *et al.* [23] ao investigar 341 alcoolistas, dos quais 75% foram classificados como tabagistas. Ao comparar a idade de início da ingestão de álcool e do tabagismo na nossa amostra, percebe-se que o uso do álcool ou iniciou na mesma idade ou foi anterior ao evento de fumar.

Quanto às doenças associadas, observa-se grande referência à depressão, considerada um distúrbio psiquiátrico e a hipertensão arterial sistêmica, preditora de complicações cardiovasculares. Em pesquisa de Smith *et al.* [27] com dependentes do álcool, evidenciou-se que o estigma do alcoolismo pode afetar o seu funcionamento psicológico, afetando negativamente a autoestima e a qualidade de vida. Além de menor escore de qualidade de vida, de acordo com LoCastro *et al.* [28] o beber excessivo associa-se a sintomas psiquiátricos e percepção de estresse. Nossos dados concordam com estas evidências percebendo-se considerável menção a presença de depressão.

O sentimento de descaso com o corpo, referido na entrevista inicial como sentir o “corpo sem vida” foi percebido e referido nas entrevistas finais como sentir o “corpo com ânimo e vida”. Esses achados concordam com o que foi observado por Pimentel *et al.* [29] ao analisar respostas às práticas corporais no tratamento da dependência química, relatando que em consequência das atividades, o corpo deixa de ser espaço de perdas de substâncias para se transformar em um território de produção de sensações agradáveis. Para Thompson *et al.* [23] as alterações físicas podem modificar a vontade de beber.

Durante a pesquisa, ficou subentendida uma melhora na percepção da qualidade de vida e diminuição do sentimento de estresse, quando os indivíduos relatam uma melhora na autoestima em vista da repercussão no tratamento dos sintomas presentes durante a abstinência, ou mesmo de sequelas anteriores, referentes à última internação ou ainda decorrentes do uso abusivo de álcool. Além de referirem uma contribuição para o fator de sentirem-se mais tranquilos durante o período de internação.

A presença da fisioterapia na SERDEQUIM foi bem aceita tanto por parte dos pacientes que já haviam sido internados mais de uma vez e puderam comparar a recuperação com e sem a fisioterapia, quanto por parte da equipe que se sentiu mais completa no sentido de lidar com as complicações de-

correntes do uso abusivo de álcool e do período de internação. Essas afirmações baseiam-se nas respostas anteriormente relatadas tanto pelos indivíduos internados quanto pelos profissionais e bolsistas do serviço.

Constatamos ter sido possível apresentar a contribuição da fisioterapia em um serviço destinado à recuperação de dependentes químicos, no qual havia predomínio apenas de equipe médica e de enfermagem. Segundo Scherer *et al.* [30] conhecer o trabalho do outro é condição necessária para que uma colaboração se desenvolva. A associação das profissões atuantes neste serviço serviu para um atendimento global e singular aos indivíduos internados, visando o restabelecimento da integridade física.

Ainda conforme Scherer *et al.* [30] a eficiência e eficácia (de um serviço) são julgadas por ele próprio (profissional atuante), pelos seus colegas de trabalho e pelos usuários. Neste sentido, a intervenção pode ser avaliada sobre as percepções de todos os indivíduos envolvidos neste contexto.

O estudo teve como limitações o curto período de internação dos sujeitos e o não acompanhamento pela fisioterapia após a alta hospitalar. Além disso, sugerem-se estudos com a utilização de questionário de qualidade de vida validado e específico para esta população.

Conclusão

Considerando a necessidade de intervir na desordem motora apresentada pelos alcoolistas é de fundamental importância a presença do fisioterapeuta junto à equipe visando à recuperação integral desses pacientes.

Cabe repensar o modelo de assistência aos pacientes em recuperação da dependência química, uma vez que a maioria das atividades realizadas nesses serviços são em grupo, o que dificulta o delineamento de um tratamento singular considerando as necessidades e a complexidade de cada indivíduo. Resgatar a individualidade pode ser fundamental para a inclusão desses sujeitos na sociedade após o período de internação, além de proporcionar a valorização de suas potencialidades.

O programa de intervenção fisioterapêutico proporcionou benefícios positivos nos indivíduos dependentes de álcool, tais como melhora da autoestima e da qualidade de vida, diminuição do sentimento estresse, melhora na realização das atividades físicas e da vida diária, e ainda, melhorou o relacionamento dos mesmos com a equipe multiprofissional, bem como o aproveitamento das atividades propostas pela equipe.

Referências

1. Conferências nacionais de saúde. Ministério da Saúde. [citado 2011 Jul 20]. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br>.
2. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saúde Pública* 1995;11:491-4.
3. Sena ELS, Boery RN, Carvalho PAL, Reis HF, Marques AMN. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. *Texto e Contexto Enfermagem* 2011;20(2):310-8.
4. Sousa FS, Oliveira, EN. Caracterização das internações de dependentes químicos em unidade de internação psiquiátrica do hospital geral. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(3):671-7.
5. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Duarte PCAV *et al.* I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (online) 2007. Secretaria Nacional Antidrogas. [citado 2011 Jul 30] Disponível em URL: <http://bvsm.sau.gov.br>
6. Haes TM, Clé DV, Nunes TF, Roriz-Filho JS, Moriguti JC. Álcool e sistema nervoso central. *Med (Ribeirão Preto)* 2010;42(2):153-63.
7. Schmidt PM, Giordani AM, Rossi AG, Cóser PL. Balance assessment in alcoholic subjects. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010;76(2):148-55.
8. Barnes AJ, Moore AA, Xu H, Ang A, Tallen L, Mirkin M, Ettner SL. Prevalence and correlates of at-risk drinking among older adults: the Project SHARE study. *J Gen Intern Med* 2010;25(8):840-6.
9. O'Keefe JH, Bybee KA, Lavie CJ. Alcohol and cardiovascular health: the razor-sharp Double-edged sword. *J Am Coll Cardiol* 2007;50:1009-14.
10. Leggio L, Ray LA, Kenna GA, Swift RM. Blood glucose level, alcohol heavy drinking and alcohol craving during treatment for alcohol dependence: results from the combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (COMBINE) study. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33(9):1539-44.
11. Campbell JC, Szumlinski, KK, Kippin TE. Contribution of early environmental stress to alcoholism vulnerability. *Alcohol* 2009;43(7):547-54.
12. Valera RC, Rio IA, Ruiloba RA, Valera JC, Bréton RB. Cognitive deterioration associated with the use of different psychoactive substances. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39(3):168-73.
13. Sriwattanakomen R, McPherron J, Chatman J, Morse JQ, Reynolds F, *et al.* A comparison on the frequencies of risk factors for depression in the older black and white participants in a study of indicated prevention. *Int Psychogeriatr* 2010;22(8):1240-47.
14. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes;1994.
15. Black LF, Hyatt RE. Maximal respiratory pressures: normal values and relationship to age and sex. *Am Rev Respir Dis* 1969 99:696-702.
16. Neder JA, Andreoni S, Nery LE. Reference values for lung function test. II. maximal respiratory pressures and voluntary ventilation. *Braz J Med Biol Res* 1999;32(6):719-27.
17. Kendall FB, McCreary EK, Provance PG. *Músculos – provas e funções*. São Paulo: Manole; 2007.
18. Rodrigues SL, Viegas CAA, Lima T. Efetividade da reabilitação pulmonar como tratamento coadjuvante de doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Pneumol* 2002; 28(2):65-70.
19. Dall'Ago P, Chiappa GRS, Guths H, Stein R, Ribeiro JP. Inspiratory muscle training in patients with heart failure and inspiratory muscle weakness. *J Am Coll Cardiol* 2006;47(4):757-63.
20. Pollock M, Franklin BA, Balady JG, Fletcher B. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease. *Circulation* 2000;101:828-33.
21. Campos EA. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1379-87.

22. Álvarez AA. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *J Bras Psiquiatr* 2007;56(3):188-93.
 23. Thompson RD, Heffner JL, Strong JA, Blom TJ, Anthenelli RM. Relationship between the serotonin transporter polymorphism and obsessive-compulsive alcohol craving in alcohol dependents adults: a pilot study. *Alcohol* 2010; 44(5):401-6.
 24. Santos MS, Velôso TM. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. *Interface Comun Saúde Educ* 2008;12(26):64-77.
 25. Cunningham JA, Wild TC, Cordingley J, Mierlo TV, Humphreys K. Twelve-month follow-up results from a randomized controlled trial of a brief personalized feedback intervention for problem drinkers. *Alcohol e Alcoholism* 2010;45(3):258-62.
 26. Hicks MB, Lacono WG, McGue M. Consequences of an adolescent onset and persistent course of alcohol dependence in men: adolescent risk factors and adult outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 2010;34(5):819-33.
 27. Smith SM, Dawson DA, Goldstein RB. Examining perceived alcoholism stigma effect on racial-ethnic disparities in treatment and quality of life among alcoholics. *J Stud Alcohol Drugs* 2010;71(2):231-36.
 28. LoCastro JS, Youngblood M, Cisler RA, Mattson ME, Zweben A, Anton RF, Donovan DM. Alcohol treatment effects on secondary nondrinking outcomes and quality of life: the COMBINE study. *J Stud Alcohol Drugs* 2009;70(2):186-96.
 29. Pimentel GG, Oliveira ER, Pastor AP. Significados das práticas corporais no tratamento de dependência química. *Interface Comun Saúde Educ* 2008;12(24):34-44.
 30. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):721-5.
-