

**FACULDADE PAULISTA DE ARTES  
CURSO DE MUSICOTERAPIA**

**MÉTODO DE IMPROVISACÃO EM PACIENTES ALCOOLISTAS – UMA  
PROPOSTA PARA MELHORA DA AUTO-EXPRESSÃO.**

**CLAUDIA TRINDADE**

**SÃO PAULO  
2011**

**FACULDADE PAULISTA DE ARTES**  
**CURSO DE MUSICOTERAPIA**

**MÉTODO DE IMPROVISACÃO EM PACIENTES ALCOOLISTAS – UMA  
PROPOSTA DE TRATAMENTO MUSICOTERÁPICO.**

**CLAUDIA TRINDADE**

Monografia de Conclusão de Curso,  
apresentada à Banca Examinadora, como  
parte das exigências para obtenção do título  
de Graduação em Musicoterapia, da  
Faculdade Paulista de Artes.

Orientação: Prof<sup>o</sup> Silvia Rosas

**SÃO PAULO**  
**2011**

[Digite texto]

**Banca Examinadora**

---

---

---

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço as maravilhosas mulheres que conheci no decorrer deste curso, professoras, amigas e musicoterapeutas.

A minha filha e minha Mãe por serem tão lindas e musicais.

Àqueles que me lembraram a importância de não desistir e aprender com as dificuldades.

Que aprendamos sempre mais e nossos ouvidos não desaprendam a ser uma escuta compreensiva.

## RESUMO

O presente trabalho visa investigar uma proposta de tratamento Musicoterápico com pacientes alcoolistas.

O trabalho propõe o Método de Improvisação como ferramenta no fazer musical, com objetivo de facilitar a auto expressão e interação social neste grupo de pacientes, visando melhorar sua auto estima e exteriorização de sentimentos.

**Palavras-chave:** Alcoolismo, Musicoterapia, Método de Improvisação.

## **ABSTRACT**

This study aims to investigate a proposal of Music Therapy treatment with alcoholic patients.

The paper proposes the method of improvisation as a tool in music making, having the purpose of facilitating self-expression and social interaction in this group of patients in order to improve their self esteem and feeling exteriorization.

**Key – words:** Alcoholism, Music Therapy, Improvisation Method.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1 ALCOOLISMO.....	9
1.1 Definição.....	9
1.2 Metabolismo do Álcool no Organismo.....	10
1.3 Estados Provocados pelo Alcoolismo.....	12
1.3.1 Intoxicação.....	12
1.3.2 Dependência e Drogadição.....	13
1.3.3 Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA).....	15
1.3.4 Delírium Tremens.....	16
1.3.5 Síndrome de Wernicke.....	17
1.3.6 Psicose de Korsakov.....	17
1.4 Incidência.....	17
1.5 Tratamentos.....	18
1.5.1 Tratamento Terapêutico.....	19
1.5.1.1 Abordagem Cognitivo Comportamental.....	20
2 MUSICOTRAPIA NA ABORDAGEM COGNITIVO COMPORTAMENTAL.....	22
3 IMPROVISACÃO COMO PROPOSTA DE MÉTODO MUSICOTERAPÊUTICO NO TRATAMENTO DE ALCOOLISTAS.....	26
CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

## INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é propor a investigação e experimentação do Método de Improvisação definido pelo Musicoterapeuta Kenneth E. Bruscia no livro Definindo Musicoterapia, (ed. Enelivros, 1998) como experiência de terapia aos pacientes alcoólicos.

Dada a pouca quantidade de estudos no tema, utilizaremos a demonstração de um trabalho grupal feito com pacientes alcoolistas pela Musicoterapeuta Claudia Zanini, em que a produção musical ofereceu dados importantes para avaliarmos a eficácia da Musicoterapia no tratamento desses clientes.

O interesse neste tema surgiu à partir da minha vivência com dependentes alcoólicos desde a infância, tanto na família, através de tios próximos e distantes, quanto na vizinhança. Foi comum observar vizinhos alcoolizados e suas reações freqüentemente agressivas dentro de suas casas com esposas e filhos, presenciei também situações como essas em visitas a familiares e amigos.

Cresci ouvindo que a Associação de Alcoólicos Anônimos era o único método eficaz no tratamento desses pacientes. Visto que esse tratamento tem sido alvo de críticas de alguns estudiosos, não daremos ênfase na sua metodologia, pois se trata de um tema merecedor de uma pesquisa ampla e minuciosa.

Procurei estudos sobre o tema com Musicoterapia e descobri que existem pouquíssimos, a maioria dos estudos é direcionado ao dependente químico em geral, mas não diretamente aos alcoolistas.

O desejo de investigar o Método de improvisação surgiu por este ter como alguns dos objetivos desenvolver a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e capacidade lúdica e o desenvolvimento de habilidades perceptivas e cognitivas. Estudos nos tratamentos de alcoolista revelam que nas terapias um dos focos deve ser a recuperação da autoestima e a retomada das relações interpessoais para que eles possam se reintegrar ao convívio social saudável.



Esse trabalho tem como objetivo ser um projeto de trabalho de investigação a ser apresentado no CAP'S AD (Centro de Atenção Psico Social de Álcool e Drogas) da região de Guaianases, São Paulo-SP.

Pretendo, assim, colaborar com estudantes e profissionais que tenham interesse por esta área, instigando a busca por novas formas de tratarmos dessa patologia social tão crescente atualmente, e percebida com vistas grossas.

## 1 ALCOOLISMO

### 1.1 DEFINIÇÃO

O Alcoolismo, segundo a Organização Mundial de Saúde é uma doença.

Do ponto de vista médico, o alcoolismo é uma doença crônica, com aspectos comportamentais e sócio-econômicos, caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool, na qual o usuário se torna progressivamente tolerante à intoxicação produzida pela droga e desenvolve sinais e sintomas de abstinência, quando a droga é retirada (VARELLA, s/d).

O alcoolismo é considerado uma síndrome, na medida em que se trata de um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool, ou seja, o hábito de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas e todas as consequências decorrentes.

A Organização Mundial da Saúde classificou como doença a Síndrome de Dependência do Álcool. A diferença entre essa síndrome e o alcoolismo é que a dependência não seria uma condição radical de nascer ou não alcoolista, mas um processo em que a pessoa gradativamente torna-se dependente do álcool, ao longo dos anos através de seu uso abusivo. O importante é saber quão dependente do álcool estaria a pessoa; a dependência, portanto, seria uma condição variável ao longo de um continuum de severidade (LARANJEIRA e PINSKY 2000, p. 16).

Para o Ministério da Saúde (s/d), o alcoolismo ou "síndrome da dependência do álcool", é uma doença caracterizada por:

- Compulsão: necessidade forte ou desejo incontrolável de beber
- Perda de controle: quando começa a beber, inabilidade para parar
- Dependência física: sintomas de abstinência (náusea, suor, tremores e ansiedade) quando para de beber após um período bebendo muito, que diminuem com a ingestão de álcool ou outra droga sedativa
- Tolerância: necessidade de aumentar as quantias de álcool para sentir-se "alto".

O alcoolismo tem pouco a ver com o tipo de álcool ingerido por uma pessoa, há quanto tempo a pessoa bebe, ou até mesmo quanto álcool bebe. Porém, se relaciona com a necessidade incontrolável de álcool. A maioria dos dependentes

de álcool não consegue parar de beber apenas com "força de vontade", pois está sob os efeitos da forte compulsão por álcool, uma necessidade que se mostra tão forte quanto a sede ou a fome (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d).

Após diversos estudos prospectivos se tornarem disponíveis, foi possível se considerar de forma séria a hipótese de que a "personalidade alcoolista" poderia ser secundária ao distúrbio alcoolismo, e se descartar a suposição alternativa de que o alcoolismo apenas reflete um sintoma de um transtorno de personalidade (VAILLANT, 1999, p. 69).

Vaillant (1999) acrescenta que a etiologia do alcoolismo é igualmente difícil de precisar. Muitos métodos experimentais revelam que etiologias óbvias do alcoolismo, que parecem claras para qualquer observador, revelam-se ilusórias. É propagado que o álcool é usado para diminuir a tensão; assim, o alcoolismo deve ser um sintoma de uma ansiedade subjacente. Com certeza, o álcool é fisiologicamente viciante, assim, a cura do alcoolismo deve resultar de um abandono propriamente conduzido.

Questões como cultura, genes, personalidade antissocial e aprendizado devem ser cuidadosamente analisados, pois a etiologia do alcoolismo deve ser vista como multifatorial<sup>1</sup>.

## 1.2 METABOLISMO DO ÁLCOOL NO ORGANISMO

O álcool é praticamente metabolizado no fígado, que remove de 90% a 98% da droga circulante. O resto é eliminado pelos rins, pulmões e pele (VARELLA, s/d).

Um adulto de 70 kg consegue metabolizar de 5 a 10 gramas de álcool por hora. Como um drinque contém, em média, de 12 a 15 gramas, a droga se acumula progressivamente no organismo, mesmo em quem bebe apenas um drinque por hora<sup>2</sup>.

A Tabela 1 mostra a concentração de álcool em bebidas comumente ingeridas em nosso meio.

---

<sup>1</sup> Ibidem.

<sup>2</sup> Ibidem.

**Tabela 1.****Concentração de álcool em bebidas (LARANJEIRAS, 2000).**

BEBIDAS	CONCENTRAÇÃO DE ÁLCOOL	UNIDADES DE ÁLCOOL
1 lata de cerveja (350 ml)	5% = 17 g de álcool	1,5
1 dose de aguardente (50 ml)	50% = 25 g de álcool	2,5
1 copo de chope (200 ml)	5% = 10 g de álcool	1
1 copo de vinho (90 ml)	12% = 10 g de álcool	1
1 garrafa de vinho (750 ml)	12% = 80 g de álcool	8
1 dose de destilados (uísque, pinga, vodca etc.) (50 ml)	40%-50% = 20-35 g de álcool	2-2,5
1 garrafa de destilados (750 ml)	40%-50% = 300-370 g de álcool	30-37

A partir desses valores, buscou-se identificar quantas unidades de álcool um adulto sadio poderia beber por semana, sem que isso acarretasse problemas para sua saúde. Um homem, por exemplo, poderia beber até duas latas de cerveja por dia, ou uma dose de cachaça, principalmente às refeições, sem causar grande prejuízo à saúde. Um consumo maior não seria indicado (LARANJEIRAS, 2000).

A Tabela 2 mostra a diferença, por gênero, do risco de consumo de álcool.

**Tabela 2.****Diferença, por gênero, do risco de consumo de álcool (LARANJEIRA, 2000).**

RISCO	MULHERES	HOMENS
Baixo	Menos de 14 unidades / s	Menos de 21 unidades / s
Moderado	15 a 35 unidades / s	22 a 50 unidades / s
Alto	Mais de 36 unidades / s	Mais de 51 unidades / s

**Legenda:** / s = por semana

As diferenças na quantidade de consumo de álcool não prejudicial à saúde para homens e mulheres são atribuídas a vários fatores. Em primeiro lugar, as mulheres teriam maior proporção de gordura corpórea, o que faria com que o álcool atingisse maiores concentrações no sangue. Além disso, as mulheres absorvem maiores quantidades de álcool, em comparação aos homens. Assim, entre mulheres e homens com mesmo peso corporal, é nelas que o álcool provoca maiores danos físicos. Esse padrão de consumo só é válido para mulheres não grávidas. Para as grávidas recomenda-se total abstinência de álcool (LARANJEIRAS e PINSKY 2000).

## 1.3 ESTADOS PROVOCADOS PELO ALCOOLISMO

### 1.3.1 Intoxicação

O estado de intoxicação é simplesmente a conhecida embriaguez, que normalmente é obtida voluntariamente. Nesse estado, a pessoa tem alteração da fala (fala arrastada), descoordenação motora, instabilidade no andar, nistagmo (movimentos oculares), prejuízos na memória e na atenção, estupor ou coma nos casos mais extremos. Normalmente, junto a essas alterações neurológicas a pessoa apresenta um comportamento inadequado ou impróprio para o contexto (VAILLANT, 1999).

Pensamos que uma pessoa embriagada, geralmente, se encontra nessa situação porque quis; uma leve intoxicação em alguém que não está habituado é aceitável por inexperiência, mas não no caso de alguém que conhece seus limites (VESPUCCI, 2001).

Intoxicação patológica é um termo utilizado para se referir à embriaguez em pessoas portadoras de distúrbios nervosos ou mentais, além do alcoolismo, como lesões cerebrais, epilepsia e psicoses. Essas pessoas, sujeitas a alterações comportamentais exacerbadas mesmo com baixo consumo alcoólico, são comumente consideradas “fracas de copo” e tudo indica que seus distúrbios associados tornam as bebedeiras mais agudas do que seriam em outras pessoas. Elas evoluem clinicamente como alcoólicos, mas em prazo menor, pois “pulam” ou abreviam a segunda fase da doença, a fase da tolerância, para a fase final, de dependência física<sup>3</sup>

Em pessoas que não costumam beber, níveis sanguíneos de 50mg/dl (decilitro) a 150 mg/dl são suficientes para provocar sintomas de embriaguez, os quais, por sua vez, dependem diretamente da velocidade com a qual a droga é consumida e são mais comuns quando a concentração de álcool está aumentando no sangue do que quando está caindo (VARELLA, s/d).

Os sintomas da intoxicação aguda são variados: euforia, perda das inibições sociais, comportamento expansivo e emotividade exagerada. Há quem desenvolva

comportamento beligerante ou explosivamente agressivo. Algumas pessoas não apresentam euforia, ao contrário, tornam-se sonolentas e entorpecidas, mesmo que tenham bebido moderadamente e, segundo as estatísticas, essas pessoas quase nunca desenvolvem alcoolismo crônico<sup>4</sup>.

Com o aumento da concentração da droga na corrente sanguínea, a função do cerebelo começa a mostrar sinais de deterioração, provocando desequilíbrio, alteração da capacidade cognitiva, dificuldade crescente para a articulação da palavra, falta de coordenação motora, movimentos vagarosos ou irregulares dos olhos, visão dupla, rubor facial e taquicardia. O pensamento fica desconexo e a percepção da realidade se desorganiza. Quando a ingestão de álcool não é interrompida surgem letargia, diminuição da frequência cardíaca, queda da pressão arterial, depressão respiratória e vômitos. Em não alcoólicos, quando a concentração de álcool no sangue chega à faixa de 300mg/dl a 400 mg/dL, ocorre estupor e coma. Acima de 500 mg/dL, depressão respiratória, hipotensão e morte<sup>5</sup>.

### **1.3.2 Dependência e Drogadição**

A dependência, muitas vezes, começa a partir do momento em que a pessoa ingere quantidades de álcool capazes de provocar algum tipo de indisposição (a popular “ressaca”) no dia seguinte. A ressaca é um sinal de que a pessoa bebeu mais do que deveria. Existem dois componentes distintos na ressaca, e o primeiro diz respeito à intoxicação por álcool. O segundo componente da ressaca diz respeito ao fato de o álcool ser um depressor do sistema nervoso central; quando a pessoa bebe muito, fica momentaneamente menos ansiosa, sonolenta etc. Quando o efeito do álcool passa, o sistema nervoso não volta imediatamente ao normal, mas há uma reação “rebote” a esse efeito depressor do álcool: no dia seguinte, a pessoa tende a ficar mais nervosa, irritada, com dificuldades para conciliar o sono. A ressaca, assim, se deve em parte à falta que o organismo sente do álcool – é o que se chama sintomas de abstinência de álcool. À medida que a pessoa tem repetidas ressacas, percebe que parte do desconforto do dia seguinte pode ser aliviada se começar a beber. Por exemplo: se alguém que estava acostumado a beber somente à noite e a

---

<sup>3</sup> Ibidem.

<sup>4</sup> Ibidem.

ter ressacas muito fortes começar a beber na hora do almoço, sentirá que uma parte da irritação, ansiedade e falta de concentração melhorará com o álcool. É a partir daí que a dependência pode começar, ou seja, a pessoa passa a beber não mais por prazer, ou em um ambiente social, mas para aliviar os sintomas de abstinência do álcool (LARANJEIRAS e PINSKY 2000).

Progressivamente, o indivíduo perde sua liberdade em decidir quando beber, e fica à mercê da própria dependência. Após o período de abstinência, que pode ser de dias ou meses, a pessoa volta a beber e passa a consumir no mesmo padrão de dependência antigo num curto espaço de tempo<sup>6</sup>.

A OMS (apud LARANJEIRAS e PINSKY 2000) apresenta critérios para se identificar a pessoa dependente de álcool (Quadro 1). Com três desses sintomas presentes, é feita a identificação.

**Quadro 1.**

**Sintomas para identificação de dependência de álcool (OMS apud LARANJEIRAS e PINSKY 2000).**

SINTOMAS	IDENTIFICAÇÃO
Estreitamento do repertório de beber	No começo, a pessoa bebe com certa variação: alguns dias bebe, em outros fica completamente abstinente. À medida que fica mais dependente, começa a beber todos os dias, a maior parte das vezes à noite.
Priorização do comportamento de busca do álcool	O indivíduo tenta dar prioridade ao ato de beber ao longo do dia, mesmo nas situações socialmente inaceitáveis (por ex., quando está trabalhando, quando está doente, dirigindo veículos etc.).
Aumento da tolerância ao álcool	Aumento da dose para obter o mesmo efeito ou capacidade de executar tarefas mesmo com altas concentrações de álcool no sangue.
Sintomas repetidos de abstinência	Os sintomas de abstinência mais marcantes, como tremor intenso e alucinações, só ocorrem nas fases mais severas da dependência. No início, esses sintomas são leves, intermitentes e causam muito pouca incapacitação. Sintomas de ansiedade, insônia e irritabilidade podem não ser atribuídos ao uso de álcool. Três grupos de sintomas podem ser identificados: físicos (tremores, náusea, vômitos, sudorese, cefaleia, câibras, tontura), afetivos (irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão); sensoriais (pesadelos, ilusões, alucinações visuais, auditivas ou táteis).
Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo consumo de álcool	Sintoma que, nas fases mais severas da dependência, fica muito claro: a pessoa bebe pela manhã para sentir-se melhor. Mas esse sintoma também está presente nas fases iniciais, quando sua identificação necessita de um pouco mais de cuidado. A pessoa pode sentir uma melhora do nível de ansiedade após beber e não atribuir isso à abstinência.

<sup>5</sup> Ibidem.

<sup>6</sup> Ibidem.

Segundo Varella (s/d), a repetição do ato de beber está vinculada ao reforço positivo ou negativo que o indivíduo encontra para eliminar os sintomas da falta do álcool no organismo. O reforço positivo se refere ao comportamento de busca de prazer, e o reforço negativo é relacionado à busca de eliminação dos sintomas desconfortáveis da abstinência.

### **1.3.3 Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)**

A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto definidos pela CID-10 (1993) e pelo DSM-IV (1994) como síndrome de abstinência do álcool (LARANJEIRA, 2003).

A maioria dos dependentes (70% a 90%) apresenta uma síndrome de abstinência entre leve a moderada, caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora, que ocorre cerca de 24 e 36 horas após a última dose<sup>7</sup>. Apenas medidas de manutenção geral dos sinais vitais são aplicadas nesses casos.

Cerca de 5% dos dependentes apresentarão uma síndrome de abstinência grave. A SAA é autolimitada, com duração média de 7 a 10 dias e leva a 1% das pessoas à morte. O sintoma de abstinência mais comum é o tremor, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos; tem intensidade variável e aparece algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, sendo mais observado no período da manhã. Acompanham os tremores a hiperatividade autonômica, desenvolvendo-se taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese, hipotensão ortostática e febre<sup>8</sup>.

Quanto à gravidade, a SAA pode variar desde um quadro eminentemente psíquico (insônia, irritabilidade, piora das funções cognitivas) até outros, marcadamente autonômicos, com delirium e crises convulsivas<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> Ibidem.

<sup>9</sup> Ibidem.



Realmente um dos critérios para o diagnóstico do alcoolismo é a presença de uma história de ter 'deixado de beber'. Quanto mais dependente fisiologicamente e quanto mais sintomático o alcoolista, maior a probabilidade de que ele tenha experimentado múltiplos episódios breves de abstinência. Em estudos de tratamento de alcoolismo, os investigadores quase sempre falam de recuperação após o abusador ter estado livre de sintomas por seis meses ou por um ano. Dois anos de abstinência do abuso do álcool é considerado um critério adequado para a candidatura a um transplante de fígado (VAILLANT, 1999, p. 86).

No entanto, conforme Marshall et al. (2005), há pessoas que não apresentam síndrome da dependência e não experimentam distúrbios fisiológicos significativos quando entram em abstinência, outras podem apresentar dependência de leve a moderada, mas não sofrer sintomas de abstinência fortemente debilitantes. Há aquelas que ficam gravemente incomodadas durante a abstinência, e um pequeno grupo para o qual a abstinência precipita uma condição de risco de vida. Assim, dada a diversidade na experiência da abstinência, não faz sentido tratar a todos da mesma maneira, pois existe um largo espectro de possibilidades de experiências de abstinências, o que sugere a necessidade de uma gama igualmente ampla de abordagens para tratamento.

#### **1.3.4 Delirium Tremens**

O Delirium Tremens é uma forma aguda de perturbação mental caracterizada por tremores disseminados, suores, dor no peito, agitação e alucinações visuais muito vívidas e terrificantes. Atinge principalmente homens na faixa dos 30 anos e ocorre caracteristicamente na síndrome de abstinência (VAILLANT, 1999).

Segundo Vespucci (2001), as alucinações podem levar a pessoa a um estado de agitação violenta para tentar, por exemplo, livrar-se de animais que o atacam. Pode ocorrer também uma forma de alucinação induzida, por exemplo, o médico pergunta à pessoa se está vendo as formigas andando em cima da mesa, que não existem, e ela passa a ver os insetos sugeridos.

O Delirium Tremens é considerado o sintoma mais intenso e complicado da abstinência, em função confusão mental, alucinações e convulsões. Geralmente começa dentro de 48 a 96 horas a partir da última dose de bebida. Dado o potencial da gravidade, é recomendável tratar preventivamente todos as pessoas dependentes de álcool para se evitar que tal sintoma surja (VAILLANT, 1999).

### **1.3.5 Síndrome de Wernicke**

De acordo com Vespucci (2001, p. 57), a síndrome de Wernicke é “[...] causada por hemorragias agudas na base do cérebro, decorrentes de alterações metabólicas da célula nervosa e das deficiências vitamínicas que o alcoolismo produz.”

O autor cita os sintomas dessa síndrome: oftalmoplegia (paralisia ocular), ataxia (incoordenação motora e perda de equilíbrio), confusão mental e perda da consciência.

### **1.3.6 Psicose de Korsakov**

Psicose de Korsakov, também conhecida como síndrome amnésica confabulatória, é caracterizada pela diminuição da memória, desorientação, sugestionabilidade e confabulação (VESPUCCI, 2001).

É uma síndrome típica do alcoólatra crônico, no qual eventualmente associada à polineurite, e é observada também no caso de lesões cerebrais, como hemorragias, na aterosclerose e em psicoses diversas, daí ser indispensável o diagnóstico diferencial, para tratamento adequado<sup>10</sup>.

O autor também afirma que além desses sinais neurológicos, a pessoa pode estar em confusão mental ou se estiver com a consciência clara pode apresentar prejuízos evidentes na memória recente (não consegue gravar o que o examinador falou 5 minutos antes), e muitas vezes para preencher as lacunas da memória, inventa histórias ou confabulações.

## **1.4 INCIDÊNCIA**

Existe uma parcela de seres humanos, entre 12% e 15% da população mundial, fisicamente predisposta à dependência da quase totalidade de drogas (VESPUCCI, 2001).

São pessoas que não processam as substâncias tóxicas como a maioria; acredita-se que essas tenham uma falha orgânica análoga aos diabéticos, só que,

enquanto estes não conseguem trabalhar adequadamente o açúcar, os alcoolistas não sabem lidar com o álcool, expondo-se sem defesas a seus efeitos tóxicos. O universo dos dependentes tem, no entanto, uma complexidade extra (VAILLANT, 1999).

Vespucci (2001. p. 45 ) explica que “[...] é comum na natureza humana certas características orgânicas não ocorrerem isoladamente, assim também como as peculiaridades anatômicas e funcionais que predisõem a dependência.” E essas peculiaridades, quase na totalidade dos casos, se associam a traços típicos de personalidade alcoólica. São traços de caráter que condicionam e determinam modelos bem definidos de comportamento que empurram seus portadores em direção à droga e, como são fisicamente predispostos, os leva à dependência química.

Atualmente, a concepção mais aceita é a de que algumas pessoas com traços de personalidade como vivência solitária, desespero, dependência marcante, atitudes ambivalentes como agressividade e imaturidade tenham mais facilidade em desenvolver dependência. Considera-se que os tipos de personalidade mais vulneráveis sejam o emocionalmente inseguro, o ansioso e o dependente (VAILLANT, 1999).

## 1.5 TRATAMENTOS

Segundo Laranjeira (2000, p. 50),

O tratamento farmacológico do alcoolismo é geralmente utilizado em conjunto com outras formas de atuação, como apoio a atendimentos individuais ou grupais em ambulatório. É importante ter em mente que, ao contrário do que às vezes é divulgado, não existe uma droga que “cure” o alcoolismo. Existem, sim, alguns medicamentos que auxiliam o dependente de álcool tanto na prevenção de recaídas como na diminuição da vontade de beber.

O autor explica que para a prevenção de recaídas há um medicamento chamado Dissulfiram que quando a pessoa que o está usando consome álcool, enfrenta uma série de reações físicas desagradáveis, como náusea, sensação de mal-estar, vermelhidão na face, aceleração dos batimentos cardíacos etc. Assim,

---

<sup>10</sup> Ibidem.

essa medicação só pode ser prescrita com o consentimento e esclarecimento da pessoa, pois se beber em grandes quantidades correrá risco de vida.

Marshall et al. (2005) relatam que algumas pessoas afirmam não poder deixar o álcool devido à sua incapacidade em lidar com os sintomas da abstinência. A pessoa que já teve um episódio de Delirium Tremens sabe muito bem que, quando está em situação de recaída grave, corre o risco de sofrer outro episódio se deixar de beber de repente. Por isso, deve-se dar ouvidos se houver o pedido para ser internado. Deve-se, porém, se desaconselhar a hospitalização para pessoas com graus menos graves de dependência que se consideram incapazes de parar de beber fora do ambiente hospitalar. Elas precisam aprender que podem lidar com a abstinência mesmo em casa, apesar das dificuldades, sem apelar para repetidas internações que reforçam a ideia de sua incapacidade em lidar com a recaída.

Os mesmos autores destacam que o papel do médico é de suma importância tanto para prescrever medicação para abstinência em pacientes não internados como para atender pacientes que necessitam de internação.

### **1.5.1 Tratamento Terapêutico**

Marshall et al. (2005) ressaltam que a qualidade do relacionamento entre terapeuta e paciente é fundamental para o alcance do objetivo.

E elencam como atributos necessários a esse profissional, a capacidade de empatia, e a condição de evitar possessividade e a tentação da diretividade. O aparente desamparo do paciente vítima do “vício” de beber pode estimular um relacionamento no qual o paciente assume o papel regredido de criança e o terapeuta assume a posição do pai perplexo e cheio de culpa. Os autores alertam que tal relação é a antítese de algo que encoraje o crescimento rumo a autonomia.

Outro atributo necessário ao terapeuta é a capacidade de atribuir valor e dar esperança. O profissional deve saber lidar com os sentimentos negativos que o paciente nutre a respeito de si mesmo, pois são comuns os sentimentos de desvalia, desamparo, pessimismo e culpa. A tarefa do terapeuta não é dar falso conforto, mas sim tentar ajudá-lo a transformar esses sentimentos (Marshall et al., 2005).

Ainda tratando dos sentimentos negativos dos pacientes alcoólicos, Zanelatto (2010) afirma que o trabalho do terapeuta é compreender e tratar o indivíduo como um todo, vendo além de seu problema de dependência, mas sem perder o foco

clínico do tratamento.

Com isso, muitos referenciais teóricos têm sido desenvolvidos para tornar essa tarefa possível.

#### 1.5.1.1 Abordagem Cognitivo-Comportamental

Muito utilizada no tratamento de dependência, a Terapia Cognitivo-Comportamental é descrita por Zanelatto (DIEHL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011 p. 288), como uma abordagem que identifica e corrige distorções cognitivas que geram problemas para o indivíduo e auxilia o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dessas situações que põem em risco o alcance dos objetivos estabelecidos durante o tratamento.

Desenvolvida por Beck na década de 1960, na Terapia Cognitiva o que conta não é a vivência em si, mas o significado que o indivíduo dá a essa vivência, ou seja, como ele interpreta aquilo que acontece (DIEHL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011 p. 252).

Beck descreve que um dos elementos principais do nosso sistema de crenças é o Pensamento Automático, que coexiste com o fluxo normal de pensamentos e é comum a todos nós, são pensamentos rápidos e involuntários, eliciados a partir de situações corriqueiras do nosso dia a dia. Os pensamentos automáticos muitas vezes podem passar despercebidos e, em geral, são aceitos como legítimos, e dificilmente merecem, por parte do indivíduo, exame de seu conteúdo. A maior parte das pessoas não relaciona sentimentos desconfortáveis, pensamentos, e tampouco percebe que os pensamentos automáticos antecedem as emoções (DIEHL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011 p. 253).

O autor afirma que a percepção dos eventos pode ser interpretada de forma errônea, em razão dos chamados erros de pensamentos, ou distorções cognitivas. As principais distorções são:

- a) Catastrofização ou adivinhação: previsão negativa do futuro
- b) Pensamento dicotômico (tudo ou nada): visão de uma situação em apenas duas categorias em vez de em um continuum
- c) Desqualificação do positivo: experiências e elementos positivos não contam
- d) Argumentação emocional: algo parece ser verdade porque existe a sensação de que é

e) Rotulação: colocação de um rótulo global sobre si ou sobre outros, sem considerar evidências

f) Maximização e minimização: magnificação irracional do negativo e minimização do positivo

g) Filtro mental ou abstração seletiva: foca-se a atenção em um único aspecto, sem considerar o contexto como um todo

h) Leitura mental: tem-se a impressão de saber o que o outro está pensando

i) Supergeneralização: Conclusões radicais tiradas de uma situação e generalizadas para outras sem análise pertinente

j) Personalização: o comportamento ou a ação de outrem estão intimamente relacionados a quem o percebe

k) Tirania do “eu deveria”: existem expectativas pré-estabelecidas para o comportamento do próprio indivíduo ou de outrem, e o não atendimento destas cria desconforto

l) Visão de túnel ou filtro negativo: vêem apenas os aspectos negativos da situação

m) Atribuição de culpa ou vitimização: a responsabilidade pelos sentimentos negativos é colocada em outro

n) Comparações injustas: os eventos são interpretados perspectiva de padrões irrealistas, com comparações a pessoas que estão em outra condição, confirmando a inferioridade de quem pensa

o) E se...?: as situações ou os eventos são sempre questionados, com uma resposta sempre geradora de insatisfação

p) Foco no julgamento: avaliação de si próprio e dos outros, sempre em termos de bom / mau, superior / inferior, em vez de apenas descrever, aceitar ou compreender a situação ou o evento (DIEHL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011 p. 253).

O princípio básico dessa abordagem é que os comportamentos, incluindo o uso de drogas / álcool, são aprendidos e mantidos por meio de reforços positivos e negativos, os quais podem ser provenientes das interações familiares. O foco está na mudança das interações conjugais / familiares que servem de estímulo, melhorando a comunicação e as habilidades de solucionar problemas e fortalecendo a capacidade de lidar com os recursos e a sobriedade (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA et al., 2011).

## 2 MUSICOTERAPIA NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

“Musicoterapia é um método de manipulação comportamental e pode, portanto, ser automaticamente considerada como inclusa na extensão do movimento de modificação comportamental.” (MADSEN, COTTER e MADESN, 1968, apud RUDD, 1990, p. 50).

É fato que a musicoterapia com sua principal ferramenta, a música, é capaz de acessar e modificar as distorções cognitivas e comportamentais adquiridas pelo dependente alcoólico.

De acordo com França Correia et al. (1998), existe um conjunto de atividades cognitivas e motoras envolvidas no processamento da música e, as funções musicais, exigem operações mentais multimodais que envolvem as modalidades, visual, auditiva, expressão motora e processos cognitivos emocionais. O processo cognitivo da música envolve estruturas cerebrais específicas e, algumas vezes, exerce funções independentes das estruturas envolvidas na linguagem verbal. Por essa razão, em uma avaliação das funções cognitivas, a observação do desempenho musical do indivíduo acrescentará subsídios importantes.

Como define Bruscia (2000, p. 286), “A Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) pelo musicoterapeuta e pelo cliente ou grupo, em um processo estruturado para facilitar e promover a **comunicação**, o relacionamento, à aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva) [...]”<sup>11</sup>.

Essa definição demonstra como a musicoterapia é indicada a pacientes alcoólicos, pois como demonstra Zanelatto (DIEHL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011 p. 288),

---

<sup>11</sup> Grifo nosso.

O investimento na comunicação e no exercício do diálogo incrementa as relações interpessoais e possibilita aos dependentes recuperarem a autoestima e a autoeficácia nas relações interpessoais e se tornarem aptos a compreender e serem compreendidos, e, assim, se reintegrarem ao convívio social saudável. Ser dotado de habilidades sociais, além de ser considerado fator de proteção e resiliência efetivamente, possibilita administrar interações com outras pessoas com resultados positivos e satisfatórios, proporcionando maior produtividade.

Como facilitadora da comunicação, a Musicoterapia auxilia os pacientes que perderam suas habilidades sociais, pois possibilita interações com outras pessoas.

Para melhor exemplificar o tratamento musicoterapêutico, apresentaremos os resultados observados no trabalho de Zanini (2002), realizado com dois grupos de internos numa instituição psiquiátrica; um grupo de pacientes esquizofrênicos, e outro de alcoolistas.

Foram comparadas suas produções musicais, paralelos entre os grupos, quanto a repertório, estrutura rítmica, tonalidades, instrumentos utilizados e outros, além de tecer considerações sobre o que o processo musicoterapêutico pôde proporcionar aos pacientes.

Realizou-se cerca de 30 sessões em grupo, utilizando-se como recursos os instrumentos musicais percussivos, melódicos e harmônicos, o corpo, a voz, um gravador, um aparelho de CD e um microfone.

A coleta de dados se deu por meio de relatórios, gravações das sessões (posteriormente transcritas) e algumas filmagens. Para estes registros foi solicitada a permissão dos pacientes.

Apresentaremos os resultados obtidos com os pacientes alcoolistas.

Durante as sessões semanais, com duração de uma hora, um recurso muito utilizado foi o microfone. Segundo Zanini, a frequente utilização do microfone fez com que os pacientes alcoolistas conhecessem melhor ou descobrissem sua voz / expressão musical. Ao se escutarem puderam se valorizar e perceber que poderiam realmente assumir sua identidade, ao invés de fugir da realidade na dependência e “esconder-se” atrás dela. O microfone pôde amplificar a voz desses pacientes que, no início do processo musicoterapêutico pareciam não ter voz, reflexo de uma de suas dificuldades em seu meio social. Isto vem ao encontro da afirmação de Frohne (1991) de que quanto mais as pessoas dependentes assumem sua identidade durante o processo terapêutico, menos necessitam de drogas.



A voz, no decorrer do processo musicoterapêutico dos dois grupos, entre os recursos terapêuticos, foi um dos mais utilizados, através do canto, ou seja, a utilização da palavra cantada.

Segundo Chagas (apud BRANDÃO e MILLECCO, 1992, p. 51), a emissão vocal é “[...] um interessante recurso terapêutico, pois a vibração da voz faz vibrar o corpo, ajudando a desbloquear os anéis de tensão.”

Para a mesma autora, na prática clínica, o canto pode ter função clarificadora, integradora e de suporte. Brandão e Millecco (1992, p. 52) afirmam que “[...] as canções podem ser usadas como recurso terapêutico, apresentando um leque de funções que dependem dos objetivos a serem alcançados.” Os autores desenvolveram uma categorização das funções do canto, subdividindo-as didaticamente, pois a mesma canção pode ter uma ou mais funções. São elas: canto falho, canto como gozo, como busca de sentido, como resgate, canto desejante, canto comunicativo e canto corporal.

Nas sessões musicoterapêuticas do estudo de Zanini (2002), foi possível detectar algumas destas funções no decorrer do processo com os dois grupos atendidos. Também foi percebida a importância de trabalhar a memória através das músicas, através do cantar.

A partir dos dados coletados por Zanini (2002), foi possível observar uma série de fatores no grupo dos alcoolistas, houve maior necessidade de verbalização, momentos em que os pacientes contavam fatos de suas vidas e, com relação à expressão musical, uma utilização maior do ritmo, através de improvisações rítmico-melódicas. A autora questiona se esta maior ou menor utilização da voz cantada teria relação com a própria doença. E levanta que os problemas sociais decorrentes do alcoolismo, o afastamento sócio-familiar e o preconceito do qual os pacientes são vítimas, levam à “perda da voz”, entendida como o não ser ouvido em suas opiniões. E conclui que a consciência desses pontos poderia ter relação com essa inibição e dificuldade em se expor (“cantar”) inicialmente.

Surgiram músicas religiosas (9,7%), músicas sertanejas e caipiras (39,8%) e músicas populares brasileiras (50,5%), entre vários estilos. Quando surgiam músicas religiosas, em suas verbalizações, vários integrantes do grupo manifestaram posições com relação à igreja, aos “pecados” que praticavam e ao afastamento dela; alguns se denominaram “desviados”, por terem saído do caminho que é preconizado pela religião. As músicas sertanejas e caipiras apresentaram, geralmente, conteúdos

ligados a sentimentos de perda, seja da mulher amada, do lar, da família e, também, de outras dificuldades no decorrer da vida.

Podemos dizer que houve mudança da cognição, ou seja, por meio da conscientização, os pacientes passaram a dar um significado mais realista aos episódios de suas vidas.

### **3 IMPROVISACÃO COMO PROPOSTA DE MÉTODO MUSICOTERAPÊUTICO NO TRATAMENTO DE ALCOOLISTAS**

Fazer e criar música possibilitam oportunidade de auto-expressão em diversos níveis. No nível mais primitivo, ela nos permite expressar nossos corpos através do som – vibrar e ressoar suas várias partes de formar a poderem ser ouvidas. Quando cantamos ou tocamos instrumentos, liberamos nossa energia interna para o mundo externo, fazemos nosso corpo soar, damos formas a nossos impulsos, vocalizamos o não-dizível ou as idéias não pronunciáveis e destilamos nossas emoções em formas sonoras descritivas. (BRUSCIA, 2000 p. 68)

Bruscia (2000) definiu quatro principais métodos de Musicoterapia, e citaremos como sugestão a Improvisação na produção musical como exemplo de ferramenta no tratamento de pacientes alcoólicos que buscam a prevenção de uma recaída.

Nas experiências de improvisação, o paciente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso; pode improvisar sozinho, em dueto ou em um grupo que inclui o terapeuta, os outros pacientes e eventualmente membros da família. O paciente pode utilizar qualquer meio musical dentro de sua capacidade (por exemplo, voz, sons corporais, percussão, instrumentos de corda ou sopro, teclado, entre outros) e o terapeuta o ajuda dando-lhe as informações e fazendo as demonstrações necessárias, oferecendo uma ideia ou estrutura musical em que a improvisação se baseará, tocando ou cantando um acompanhamento que estimule ou guie a improvisação do paciente, ou apresentando uma ideia não musical (imagem, assunto, história) para que ele a retrate através da improvisação (BRUSCIA, 2000 p. 124).

Dentre os objetivos do método de improvisação, aqueles que coincidem com uma proposta cognitivo-comportamental para pacientes alcoólicos são:

- Estabelecer um canal de comunicação não verbal e uma ponte para a comunicação verbal
- Dar sentido à autoexpressão e à formulação de identidade
- Explorar os vários aspectos do eu na relação com os outros
- Estimular e desenvolver os sentidos

- Desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas.

No atendimento para se evitar a recaída, é também fundamental focar o compromisso de evitar a bebida e traçar objetivos. Edwards, Marshall e Cook (2005) colocam que o terapeuta deve estar atento e seguir algumas condutas que nos parecem se adequar à abordagem cognitivo-comportamental que estamos considerando neste estudo, para o tratamento de alcoólicos.

É importante que tanto o paciente quanto o terapeuta mantenham em mente cada objetivo parcial (de cada sessão ou etapa) para evitar confusões e o desvio de sua finalidade (a recuperação).

1. Em cada sessão, o terapeuta deve ajudar o paciente a identificar o que foi obtido desde o último encontro, reforçando assim o senso de realização do paciente, por exemplo, um dia, vários dias ou semanas de abstinência etc.

2. Em cada encontro também se deve definir os próximos passos e obter do paciente o compromisso de tentá-los.

3. Embora seja útil concentrar-se no curto prazo, olhar adiante e pensar em como serão as coisas daqui a meses ou um ano costuma dar força aos pacientes, por mais diferentes que sejam.

4. Ter sempre em mente familiares e pessoas que convivem com o paciente. É fácil focar demasiadamente no indivíduo para, algum tempo depois, verificar que as necessidades da família e a importância da situação doméstica foram deixadas de lado, gerando consequências adversas. Se o paciente tem uma família, o que ocorre dentro dela e em outros relacionamentos próximos tem que ser discutido, devendo ser feitos planos para trabalhar conjuntamente com as pessoas envolvidas.

6. Está implícita na ideia do comprometimento a expectativa de que o mesmo seja cumprido, mas isto só funciona se o terapeuta verificar o que foi combinado. É útil que o paciente sinta que seu progresso está sendo monitorado. Para tanto, pode-se pedir que o paciente faça um diário com itens em que anote temas como o ato de beber e uso do tempo para lazer.

Esse compromisso costuma ser verbalizado com psicólogos que acompanham cada paciente em tratamento, nota-se então a necessidade do Musicoterapeuta trabalhar junto a uma equipe multidisciplinar.

Porém, os objetivos podem ser lembrados na Musicoterapia nos momentos finais das sessões, após as interpretações das produções musicais realizadas;

momento esse em que os pacientes costumam querer conversar sobre o que expressaram na música ou sobre que ouviram ser expressado pela música de outros; também poderiam ser utilizados como temas sugestivos para as produções musicais em cada sessão.

A recaída não significa o fracasso do tratamento, e pode ser prevenida.

## **CONCLUSÃO**

Através de definições e estudos de Musicoterapeutas, podemos supor que a Musicoterapia tem ferramentas capazes de melhorar a qualidade de vida dos alcoolistas em tratamento para prevenção de recaídas e pode auxiliar na humanização dos tratamentos em pacientes internados em clínicas ou freqüentadores de hospitais dias.

Reafirmamos com base na conclusão do trabalho da Musicoterapeuta Claudia Zanini, a importância da Musicoterapia fazer parte de uma equipe multidisciplinar.

Por ser uma área com poucos estudos acreditamos que investigar técnicas para propostas de trabalhos práticos seja de grande valor para a ampliação de nossa prática clínica.

## REFERÊNCIAS

- BENENZON, Rolando. **Teoria da Musicoterapia**: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. São Paulo: Summus, 1998.
- BRANDÃO, Maria Regina E. & MILLECCO, Ronaldo P. **O cantar Humano e a Musicoterapia**. Monografia (Graduação em Musicoterapia) – Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 1992.
- BRUSCIA, E. Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. 2º ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CARDIOLLI, V. Aristides. **Psicoterapias**: Abordagens Atuais. 2º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo e col. **Dependência Química**: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. São Paulo: Artemed, 2011.
- FRANÇA CORREIA, Cleo Monteiro; MUSZKAT, Mauro; DE VICENZO, Neyde Santachi e col. Lateralização das Funções Musicais na Epilepsia Parcial. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v. 5, n. 4, 1998.
- FROHNE, Isabelle. **Musicoterapia na Educação Social e na Psiquiatria**. In: RUUD, Even (org.). Música e Saúde. São Paulo: Summus Editorial, . 35 a 56. 1991.
- LARANJEIRA, Ronaldo. O alcoolismo / Ronaldo Laranjeira, Ilana Pinsky. 2000
- LARANJEIRA, Ronaldo. **Usuários de substâncias psicoativas**: Abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2003.
- MARSHALL, Jane; COOK, Cristopher; EDWARDS, Griffith. **O Tratamento do Alcoolismo**: Um Guia para Profissionais da Saúde. 4ª ed. São Paulo: Artmed, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Álcool**: da diversão ao vício. s/d. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=557](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=557).
- RUUD, Even. **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.
- VAILLANT, E. George. **A História atual do Alcoolismo Revisitada**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- VARELLA, Drauzio. **Alcoolismo**. s/d. Disponível em: [www.drauziovarella.com.br/ExibirConteudo/355/alcoolismo](http://www.drauziovarella.com.br/ExibirConteudo/355/alcoolismo)
- VESPUCCI, Emanuel Ferraz; VESPUCCI, Ricardo. **O Revólver que sempre**

**dispara.** São Paulo: Casa Amarela, 2001.

ZANINI, Claudia. **Musicoterapia:** Semelhanças e Diferenças na Produção Musical de Alcoolistas e Esquizofrênicos. Revista Brasileira de Musicoterapia, Ano V, n 6, 2002.