

Doença alcoólica: contributos para a sua compreensão e intervenção



Olga Valentim

[NOTA BIOGRÁFICA] Doutora em Enfermagem, mestre em Terapias Cognitivo-Comportamentais, Professora Coordenadora do Instituto Politécnico da Lusofonia, Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade de Desabilitação do Centro das Taipas (ARSLVT). Investigadora no grupo NursID do CINTESIS (Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, afiliação FCT).

Lídia Moutinho

[NOTA BIOGRÁFICA] Doutora em Enfermagem, mestre em Terapias Comportamentais e Cognitivas. Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e professora adjunta no Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde. Investigadora integrada do CINTESIS, no grupo de investigação NursID – Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem.

João José Rolo

[NOTA BIOGRÁFICA] Doutor e Mestre em Ciências da Educação. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLUSO).

A história do consumo de álcool quase se confunde com a própria história do homem, assumindo um papel relevante desde as culturas mais antigas. De facto, esta substância servia uma variedade de fins individuais e sociais. Ao nível individual, promovia a estimulação física e psíquica, o alívio de situações emocionais adversas, a alteração dos estados de consciência, entre outros. Socialmente, para além do valor medicinal, o álcool surgia associado a rituais, cerimónias religiosas, tradições e costumes. Esses costumes eram transmitidos de geração em geração, sendo exemplo comum o molhar da chupeta em vinho para adormecer o bebé.

As bebidas que inicialmente tinham um carácter sagrado são, hoje, consumidas por quase todos, em todas as ocasiões. O álcool é, a par do tabaco, com o qual apresenta comorbilidade, uma das substâncias psicoativas cujo consumo é admitido e mesmo incentivado em termos sociais, ao invés de substâncias como a heroína ou a cocaína, que são social e legalmente reprimidas.

Este consumo generalizado e, por vezes, desenfreado, tornou o álcool num dos maiores flagelos da sociedade moderna. A partir da Revolução Industrial registou-se uma crescente oferta nas bebidas alcoólicas, o que contribuiu para um aumento do seu consumo e, conseqüentemente, do número de pessoas com problemas associados à sua ingestão excessiva.

Em Portugal, o consumo de álcool está frequentemente associado a festas de estudantes, queimas das fitas, acontecimentos desportivos e a falsas crenças. Persiste ainda a ideia, particularmente em idades mais avançadas, que beber um copo de vinho às refeições é “bom para o coração”. As bebidas alcoólicas são uma droga lícita e bem aceite pela comunidade, que estimula o seu

consumo (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). No entanto, há a omissão dos malefícios do consumo exagerado do álcool, nomeadamente que contribui para a fragmentação familiar, perda de produtividade no estudo e no trabalho, além de ser apontado como fator etiológico ou de risco para inúmeras patologias (Reinaldo & Pillon, 2008).

Para além das taxas de mortalidade, o alcoolismo está na origem de uma significativa percentagem de problemas físicos e mentais, inclusive de muitas das hospitalizações. Outro dos malefícios do álcool tem a ver com acidentes de trabalho, absentismo, acidentes de viação e situações de violência (Organização Mundial de Saúde, 2010; 2018).

Atualmente, considerada a pandemia COVID-19 e as alterações sociais decorrentes desta, associadas à necessidade de isolamento, existe um risco acrescido de aumento do consumo de álcool a médio prazo, uma vez que o consumo excessivo desta substância é comum após eventos stressantes. As medidas governamentais para limitar a mobilidade afetaram os padrões e locais tradicionais de consumo de álcool. As pessoas mudaram os hábitos de beber de espaços públicos para o contexto doméstico. O impacto do consumo prejudicial de álcool durante a pandemia, nas pessoas, na economia e na sociedade, ainda é incerto. No entanto, em Portugal, uma investigação realizada sobre o impacto do primeiro confinamento nos padrões de consumo apontou para um aumento da ingestão de bebidas alcoólicas naqueles que já tinham hábitos de consumo (Calado, 2020), o que poderá trazer no futuro mais pessoas com Perturbação do Uso do Álcool (PUA).

O tratamento da PUA envolve intervenções a vários níveis, sejam psicoterapêuticas, como as terapias de grupo, grupos de autoajuda (*Alcoólicos Anónimos*,

Al-Anon – Grupo para familiares), ou psicofarmacológicas (Jones, Fitzpatrick & Rogers, 2012). A prevenção de consumos abusivos ou da recaída, como forma de tratamento, assenta na capacidade de cada um alterar os comportamentos aditivos e os estilos de vida, tendo como objetivos ensinar os indivíduos na identificação de sinais de alerta, antecipar e lidar com as tensões e problemas que podem levar a uma recaída (Marlatt & Gordon, 2009; Witkiewitz & Marlatt, 2007).

Embora a abstinência seja vista como objetivo último do processo de tratamento, a redução de danos é vista como mais um recurso à disposição dos profissionais de saúde, dando ênfase à redução ou a um consumo de álcool mais seguro. A minimização dos danos relacionados com o uso de substâncias é realizada através da educação, no sentido de ajudar as pessoas a desenvolverem motivação e competências associadas a um melhor autocontrolo (Marlatt, 1999). No caso de uma pessoa com PUA, pretende-se que o indivíduo mude o seu padrão de consumo excessivo, aprenda a beber moderadamente e sem danos e, eventualmente, se torne abstinente, mudando o seu estilo de vida.

O papel da família tem sido reconhecido como fundamental no tratamento da PUA (Kleber *et al.*, 2010). Pode-se dizer que quer a pessoa quer a própria família necessitam de ajuda. Neste contexto, considera-se a família como um sistema que necessita de orientação e de acompanhamento para que o resultado do tratamento seja mais eficaz. Nesse sentido, as intervenções têm tido como base a visão sistémica, a teoria cognitivo-comportamental e os grupos de autoajuda (AA e Al-Anon, para indivíduos com PUA e familiares, respetivamente). Também os grupos com familiares

poderão ser um espaço de mediação entre o utente/família e os profissionais de saúde, oferecendo às famílias uma compreensão diferente da doença e ainda um suporte, uma vez que sentem o interesse de outras pessoas em escutá-las e compreendê-las (Alvarez *et al.*, 2012; Jones *et al.*, 2012). Várias pesquisas comprovaram a importância da participação da família nos resultados do tratamento na dependência de drogas (Templeton, Velleman & Russell, 2010).

Apresenta-se, em seguida, de forma sucinta, alguns modelos de intervenção com famílias de pessoas dependentes de substâncias psicoativas:

- **Modelo da doença familiar**, que considera que a doença afeta não apenas o dependente, mas também a família, sofrendo esta de co-dependência (Schenker & Minayo, 2004). Este modelo envolve o tratamento dos familiares sem a presença da pessoa com dependência (grupos de Al-Anon).
- **Terapia de família comportamental-cognitiva** implica a gestão das interações familiares, pois considera o abuso de drogas, neste caso do álcool, um comportamento reforçado por alusões e condicionalidades presentes na família (Figlie, Cordeiro & Laranjeira, 2007).
- **Terapias integrativas**, que se apoiam nos conceitos da terapia familiar sistémica, apresentando uma visão ecológica. Neste caso, os indivíduos fazem parte de sistemas complexos e interligados, abrangendo os fatores individuais, familiares, amigos, escola e comunidade no geral (Figlie *et al.*, 2007).
- **Modelo sistémico**, em que a família é um sistema dinâmico, que se organiza de modo a atingir uma homeostasia. O equilíbrio permanece entre o uso do álcool e o

funcionamento familiar. Nesta abordagem, é necessário promover mudanças de padrões e interações familiares (Figlie *et al.*, 2007).

- **Modelo comportamental** compreende a teoria da aprendizagem social, o modelo do comportamento operante e condicionamento clássico, os processos cognitivos e assume que os comportamentos, nas interações familiares, são apreendidos e mantidos dentro de um esquema de reforço positivo ou negativo (Payá & Figlie, 2004). Esta abordagem tem como objetivos melhorar a comunicação familiar, a capacidade de resolver problemas e fortalecer as estratégias de *coping* que estimulam a sobriedade.
- **Modelo cognitivo-comportamental** inclui as linhas comportamentais e cognitivas. Dependendo da cognição (disfuncional ou não) que a família tem acerca da dependência do álcool, é que irá determinar as emoções e os comportamentos dos elementos da família. O centro desta abordagem é reestruturar as cognições disfuncionais, através da resolução de problemas, e munir a família de estratégias para entender e responder às situações de forma funcional (Figlie *et al.*, 2007).

Os princípios básicos da intervenção junto das pessoas com PUA e familiares são semelhantes às outras áreas do cuidar, sendo, por isso, necessário promover a **aliança terapêutica**, através de uma atmosfera acolhedora e empática (fundamental para a motivação), que conduza ao relacionamento interpessoal. É precisamente através deste **relacionamento** que o profissional de saúde avalia o grau de severidade da dependência do álcool, aconselha, motiva o indivíduo e familiares para o tratamento, realiza sessões psicoeducativas sobre a PUA (consequências, estilos de vida saudáveis,

comportamentos de risco, entre outros temas) e orienta para o autocuidado e grupos de autoajuda.

Segundo Filizola, Peron, Nascimento, Pavarini e Filho (2006), as famílias demonstram pouco conhecimento sobre o alcoolismo, ignorando conceitos essenciais para a compreensão deste problema e do seu tratamento. Sob este escopo, a intervenção dos profissionais deve orientar-se numa perspetiva sistémica, tendo sempre presente a importância do contexto familiar (Dias, 2011). Muitas famílias recusam-se a aceitar o facto de que também têm problemas que requerem ajuda, tendem a negar o seu papel na família alcoólica e escondem problemas pessoais e familiares e não apenas os que dizem respeito à pessoa com PUA (Templeton *et al.*, 2010). Além disso, desenvolvem expectativas irrealistas e acreditam que a vida familiar irá melhorar com a abstinência da pessoa com PUA. Quando estas expectativas não se cumprem, culpam a pessoa com PUA pelo fracasso, independentemente de esta estar a cumprir, com sucesso, um programa de reabilitação. As atitudes e comportamentos destes familiares podem tornar-se fatores adicionais que complicam a recuperação da pessoa com PUA e conseqüentemente a qualidade de vida do agregado familiar.

Para muitas famílias, o confinamento implicou a permanência no domicílio dos elementos que o constituem 24h sobre 24h. Este facto, por certo, potenciou conflitos familiares latentes e preexistentes, aumentou a carga de stresse nos diferentes elementos da família e por certo pôs a descoberto as dificuldades comunicacionais muitas vezes existentes nas famílias. Considerando que viver numa família disfuncional pode constituir um risco para o consumo de bebidas alcoólicas (Mangueira & Lopes, 2014), os profissionais de

saúde, designadamente os enfermeiros, devem dar atenção à avaliação das famílias no período pós confinamento no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas.

A relação de ajuda a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde, dos quais se destaca o enfermeiro, pela proximidade aos utentes e famílias, será importante na identificação de sinais de consumo ou da alteração de padrão já

existentes. Destaca-se a importância de identificação dos sinais de desagregação familiar tais como a negligência dos cuidados parentais como sinais de alerta para a PUA. O reconhecimento deste problema poderá permitir a implementação precoce de intervenções dirigidas à pessoa com PUA e suas famílias e/ou o encaminhamento para tratamentos especializados.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, S. Q. *et al.* (2012). Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33, 102-108.
- Calado, V. (2020). *CAD em tempos de pandemia - pistas de ação. Comportamentos Aditivos em Tempos de COVID-19 / Álcool*. Evento virtual realizado em outubro de 2020. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Figlie, N. B., Cordeiro, D. C. & Laranjeira, R. (2007). *Boas Práticas no Tratamento de Usuários e Dependentes de Substâncias*. São Paulo: Editora Roca.
- Filizola, C. L. A. *et al.* (2006). Compreendendo o alcoolismo na família. *Escola Anna Nery*, 10, 660-70.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113
- Jones, J. S., Fitzpatrick, J. J. & Rogers, V. L. (2012). *Psychiatric-mental health nursing. An interpersonal approach*. Nova York: Springer Publishing Company.
- Kleber, H. D. *et al.* (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders*. Second edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. Disponível em https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf
- Mangueira, S. & Lopes, S. (2014). Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (1), 149-154.
- Marlatt, G. A. (1999). *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (2009). *Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Best Practice in Estimating the Costs of Alcohol. Recommendations for future studies*. Copenhagen: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Genebra: World Health Organization.

Payá, R. & Figlie, N. B. (2004). Abordagem familiar em dependência química. In B. N. Figlie, S. Bordin & R. Laranjeira (Eds.), *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca, 339-358.

Reinaldo, M. A. S. & Pillon, S. C. (2008). Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 16(especial), 529-534.

Schenker, M. & Minayo, M. C. S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 49-659.

Templeton, L., Velleman, R. & Russell, C. (2010). Psychological interventions with families of alcohol misusers: a systematic review. *Addiction Research & Theory*, 18, 616-648.

Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2007). Overview of relapse prevention. In K. Witkiewitz & G. A. Marlatt (Eds.), *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*. Oxford: Elsevier, 3-17.