

**MARA REGINA SANTOS DA SILVA**

**FAMÍLIA E ALCOOLISMO:  
EM BUSCA DO CONHECIMENTO**

**Florianópolis  
1996**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL  
REPENSUL - PÓLO II - FURG**

**FAMÍLIA E ALCOOLISMO:  
EM BUSCA DO CONHECIMENTO**

**MARA REGINA SANTOS DA SILVA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Ingrid Elsen**

**Florianópolis**

**1996**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

FAMÍLIA E ALCOOLISMO: EM BUSCA DO CONHECIMENTO

MARA REGINA SANTOS DA SILVA

Essa Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção título de

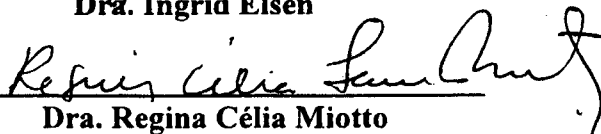
MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

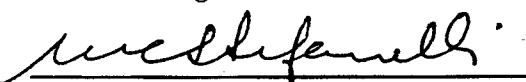
e aprovada em sua forma final em 13 de dezembro de 1996, atendendo as Normas da Legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Lucia H. T. Gonçalves

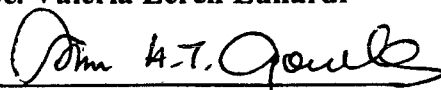
BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Ingrid Elsen

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Regina Célia Miotto

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Máguida Costa Stefanelli

  
\_\_\_\_\_  
M.Sc. Valéria Lerch Lunardi

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

## AGRADECIMENTOS

---

---

Ao **Onildo** e à **Adriane**, meu marido e minha filha que souberam transformar nossa vida no lugar do afeto, da proteção, do apoio, do incentivo e, acima de tudo, num espaço de amor. Vocês me mostram o caminho e pra vocês reservo o que de mais bonito posso encontrar.

Ao **João** e à **Dina**, meu pai e minha mãe, por esta capacidade superior de amar e doar que em vocês se renova todos os dias. Com vocês aprendi o significado da palavra "família" e, principalmente, aprendi a carregá-la dentro de mim por todos os lugares por onde ando.

Ao **Jorge**, meu irmão, em quem vejo refletido, com clareza luminosa, as coisas mais sensíveis que consigo apreender. Você me faz buscar a beleza em tudo com que me deparo.

Ao **Elomar**, ao **Jeferson** e ao **Marco**, meus sobrinhos-filhos que representam a esperança e a possibilidade renovada de começar tudo de novo.

Ao **Chico**, meu irmão (in memoriam), onde tudo começou.

À Ingrid:

Em quem reconheço a excelência na arte de ensinar e construir, meu profundo afeto e reconhecimento.

À Maguida Stefanelli, por tudo que representou em minha formação enquanto enfermeira psiquiátrica e, neste momento, pelo incentivo e pelas contribuições a este trabalho.

Às colegas Marta Borba, Sueli, Zezé, Adriana e Teda, com quem aprendi o significado de "família expandida".

À Valéria e ao Wilson, pelo apoio e incentivo nas horas mais desanimadoras.

À Valquiria e ao José Antônio, pelo apoio e o companheirismo no sentido mais amplo dessas palavras.

À Helena e à Celmira, pelos momentos compartilhados ao longo desta caminhada.

À Marta Vaz e à Sueli por terem acreditado e iniciado a construção da REPENSUL PÓLO - II - FURG.

Aos bolsistas da REPENSUL PÓLO II - FURG.

Aos funcionários da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Aos funcionários da Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Tradução do material bibliográfico inglês:**  
**Jorge Humberto Santos da Silva**  
**João Reguffi**

**Revisão de Português:**  
**Claudio Gabiatti**

## *SUMÁRIO*

---

---

### *RESUMO*

### *APRESENTAÇÃO*

---

### *CAPÍTULO I*

*INTRODUÇÃO* 18

---

### *CAPÍTULO II*

*REFERENCIAL TEÓRICO* 31

---

### *CAPÍTULO III*

#### *METODOLOGIA*

Tipo de Pesquisa 41

Bibliografia Seleccionada 43

Instrumento 45

Coleta de Dados 48

Estudo Piloto 51

Aspectos Éticos 51

Análise e Interpretação dos dados	52
-----------------------------------	----

---

#### ***CAPÍTULO IV***

<b><i>RESULTADOS</i></b>	55
A Família que emerge dos dados	58
Recursos e Estratégias que emergem dos dados	68
Os caminhos da Construção do Conhecimento sobre Família e Alcoolismo	85

---

#### ***CAPÍTULO V***

<b><i>REFLETINDO SOBRE OS RESULTADOS</i></b>	102
--	-----

---

#### ***CAPÍTULO VI***

<b><i>IMAGEM DE FAMÍLIA</i></b>	113
<b><i>FINALIZANDO</i></b>	117

---

<b><i>BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA</i></b>	121
---	-----

---

<b><i>ANEXOS</i></b>	127
----------------------	-----

---



## **RESUMO**

Em busca de conhecimentos para respaldar as ações dos enfermeiros, que em seu cotidiano, cuidam de pessoas e famílias que vivenciam a questão do alcoolismo, realizei esta pesquisa bibliográfica, utilizando como fonte de consulta, artigos publicados em periódicos nacionais e estrangeiros, nos cinco anos correspondentes ao período de 1990 a 1994. Esta investigação revelou que a construção do conhecimento específico sobre família e alcoolismo se fez, fundamentalmente, a partir de estudos descritivos e correlacionais, e que a ausência da família, principalmente na bibliografia nacional, representa o grande vazio existente na produção científica examinada. Do conhecimento apreendido nos limites desta dissertação, emergiu material para construir um *retrato de família de alcoolista* e visualizar os recursos e estratégias que vem sendo utilizados, no âmbito profissional, para o cuidado dessas pessoas. Finalmente, do material consultado, somado às vivências como profissional, emerge uma imagem de família cuja essência poderá significar, para os profissionais da saúde, um recurso para o cuidado dessas pessoas.

## ***ABSTRACT***

In a search for knowledge to support the work of nurses who daily take care of families that face alcoholism, I've carried out this bibliographic research. The source was papers published in national and foreign journals, over the five-year period from 1990 to 1994. Such investigation revealed that the buildup of specific knowledge about family and alcoholism has become possible mainly from descriptive and correlational studies. Also it shows that the absence of family, particularly in the national bibliography, represents the big gap in the searched scientific production. From the understood knowledge, to the bounds of this work, an *alcoholist's family portrait* could be built. From the same material, usual resources and strategies for people's care in the professional field could be visualized. Finally, from the researched material and added to professional experience, it comes up a family image that, in essence, may mean to health professionals a resource for the care of those people.

## APRESENTAÇÃO

---

*O homem constrói o conhecimento de vários modos.* Assim como em outros campos do saber, o conhecimento em enfermagem vem sendo construído, desde suas primeiras fases, a partir da busca de solução para os problemas emergentes de sua própria prática. A construção desta dissertação não foi diferente. As experiências que vivenciei ao longo de minha trajetória profissional como enfermeira psiquiátrica levaram-me, lentamente, à um processo de (des)construção de crenças e conceitos envolvendo o alcoolismo, o paciente e a enfermagem. Da reflexão sobre essas experiências emergiu uma inquietante indagação que, de certa forma, direcionou os rumos desta dissertação.

Para esta indagação, que pretendia saber com que conhecimentos se executam os cuidados das pessoas que vivenciam o alcoolismo, não encontrei resposta;

porém, pude constatar que, em geral, esses cuidados se faziam sem uma sustentação teórica maior. Foi então que resolvi repensar com mais profundidade sobre o *fazer* desses enfermeiros e ir em busca de conhecimento para respaldar os cuidados.

Uma vez que o alcoolismo é um dos maiores flagelos da humanidade, posto que, de forma arrasadora, atinge não só quem consome a bebida mas também as pessoas que com ele convivem, decidi começar o trabalho pelo estudo da família. Isto por serem elas que, via de regra, estão mais próximas da pessoa que bebe. Por ser um flagelo lento, cujo desenvolvimento é um processo que, muitas vezes, passa despercebido, considero que o conhecimento já construído sobre as questões que envolvem essas famílias deve estar acessível aos enfermeiros, para que compreendam melhor a situação destas pessoas, pois acredito que os desencontros entre o fazer e o pensar, tão presentes no mundo de hoje, não justificam a persistência de um fazer não pensado.

Para modificar a prática, é preciso antes repensá-la com profundidade e este é um trabalho longo e demorado que, pela amplitude que comporta, precisa ser dividido em etapas. Num primeiro momento, como ponto de partida, penso que o trabalho deve voltar-se para a aproximação dos enfermeiros com o conhecimento acumulado sobre esse tema. Nesta perspectiva, considero que esta dissertação está comprometida com este primeiro

momento e, para tanto, utilizo-me dos recursos metodológicos da Pesquisa Bibliográfica por concebê-la como o melhor caminho para buscar esse conhecimento.

Tomar como objeto de estudo o conhecimento foi por si só uma experiência abstrata. A parcialidade, a transitoriedade e a fragmentação que o caracterizam, se, por um lado, faz com que toda a segurança e as certezas se percam, por outro, desencadeia um desejo de mergulhar num mundo de idéias, sensibilidade e reflexões sem fim, que, em verdade, constitui-se no ponto de partida de um processo de construção de conhecimento. Construção esta, natural, pois, que emerge da própria prática vivenciada.

De acordo com Aranha, Martins (1992), o conhecimento é abstrato quando estabelece uma relação com um objeto geral e universal. Nesta dissertação, portanto, o conhecimento assume esse caráter de abstrato, pois não está atrelado a uma família concreta, mas à família na acepção geral e universal do termo.

Entendo que o conhecimento encontrado nesta caminhada não é o conhecimento do objeto em si, mas de um mundo interpretado pela sensibilidade de quem o procurou e tentou traduzi-lo num trabalho solitário e, de mim que, ao integrar tempo e memória, para resgatar o vivido enquanto enfermeira, procuro, através das qualidades estéticas

deste resgate, reaproximar-me novamente do concreto.

Para viver este processo, precisei distanciar-me daquela prática assistencial caracterizada pelo imediatismo da execução direta e contínua da assistência, que ocupa todo o tempo, sem deixar espaço para a reflexão. Distante, procurei fixar na memória, enquanto idéia, aquilo que não estava ao alcance dos sentidos e, então, criar um mundo estável de representações que me permitisse compreender o passado que já vivera como enfermeira e fazer projetos para um futuro diferente. Este exercício também é uma prática. É diferente, mas ainda assim é uma prática que me possibilitou uma construção tão sólida quanto aquela outra vivida com os pacientes, pois, de alguma maneira, mesmo distante, detenho-os aqui comigo e, nestes pacientes internalizados, encontro respostas às muitas indagações que foram se somando ao longo desta caminhada. Estou convicta de que este exercício não é menos do que preciso para compreendê-los, pois considero que a prática de enfermagem é construída a partir das vivências e das interpretações pessoais do que deve ser o seu *fazer*.

Se, de um lado, esse conhecimento abstrato possibilitou-me compreender um número imenso de fatos e acontecimentos, por outro, manteve-me afastada da realidade concreta. Entendo, porém, que é no processo de ir e vir do concreto para o abstrato que a solidez do conhecimento se faz. Esta

dissertação está, segundo minha percepção, contemplada com estes dois espaços. Com o abstrato, por trabalhar com o conhecimento de família em geral, e, com o concreto, na medida em que conservo dentro de mim a prática vivida como enfermeira e dela extraio o material mais valioso para esta construção e, com certeza, para onde vou voltar, com tudo que encontrei, assim que esta etapa estiver concluída.

A ânsia por apreender este conhecimento específico provocou em mim o desejo de ir logo lá no fim, à procura de modelos de assistência; em busca, porém, de um conhecimento mais sólido e procurando evitar repetições desnecessárias e saturação de dados já investigados, muitas vezes até a exaustão, resolvi então começar esta construção por onde entendo deva ser a base de um sólido projeto de vida enquanto docente e enfermeira.

O universo deste conhecimento é imenso e, de maneira alguma, conseguiria atingi-lo em sua totalidade. Então, dele recortei uma porção e o trouxe para junto de mim. Com ele convivi dois anos e, ao finalizar esta etapa, considero que, embora o conhecimento continue fragmentado, provisório e parcial, já não é mais o mesmo, pois, se é verdade que o sujeito se transforma mediante o novo saber e o objeto também, pois o conhecimento lhe dá sentido, então nem eu nem ele somos mais os mesmos.

Sinto que este trabalho foi como criar uma base sobre a qual novas *porções* de conhecimento poderão ser, infinitamente, acrescentadas num trabalho contínuo que, dependendo das vontades individuais, poderá nunca mais acabar sem com isso tornar-se monótono. A construção de conhecimento, por este caminho, tem uma característica que possibilita abrir espaços para que outros mais possam participar. Esta característica é, pois, o que garante o caráter coletivo, em contraposição à construção solitária que tantas vezes senti em determinadas etapas deste trabalho.



# ***CAPÍTULO I***

## ***INTRODUÇÃO***

A relação do homem com o álcool é tão antiga quanto o mundo. Para Masur (1984), muitas destas relações poderiam ser chamadas de normais ou funcionais na medida em que a satisfação decorrente da ingestão superasse os prejuízos que esta possa provocar e não subtraísse, dos usuários, a liberdade de decidir quando e como beber. Quando, entretanto, o conjunto de danos provocados pela ingestão descontrolada começa a afetar, de forma negativa, as pessoas e a coletividade, esta relação passa a ser chamada de alcoolismo e, a partir daí, transforma-se num dos maiores flagelos do mundo moderno. De acordo com Schuckit (1991), o alcoolismo representa, hoje, um dos mais sérios problemas de Saúde Pública, principalmente para os países ocidentais onde mais de dois terços dos homens bebem mais do que apenas ocasionalmente.

No Brasil, as proporções deste problema vêm aumentando de forma alarmante ao longo das últimas décadas. Estudo realizado por Carlini, Carlini-Cotrim (1991) sugere que, só no período de 1954 a 1989, o número de casos de alcoolismo foi triplicado. Mais recentemente, estudos epidemiológicos realizados pelo Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde (CENEPI-MS), no período de 1990 a 1991, em três áreas urbanas brasileiras, apontaram a taxa de prevalência de 8 a 10% para o abuso e a dependência do álcool (Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, 1994).

Paralelo a isto, em uma revisão preliminar da literatura, encontrei em Correia, Rahm (1987) dados indicativos de que para cada pessoa alcoolista, no Brasil, existem, em média, outras cinco ou seis que sofrem os efeitos desta doença.

A abrangência deste problema, portanto, em nível de Brasil, pode ser avaliada, a partir destes índices, se a taxa de prevalência de 10%, fornecida pelo CENEPI-MS, for aplicada sobre os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que estimam a população brasileira para 1995 em 158.592.083 habitantes. Este exercício apontaria que o número aproximado de pessoas alcoolistas, no Brasil seria de 15.859.208. Considerando a relação de 1 para 5 (1:5), proposta por Correia, Rahm (1987) então, para este total, corresponderia 79.296.040 outras pessoas que, por conviverem com esta doença, sofrem os seus efeitos. Somando todos (alcoolistas e as pessoas que adoecem ao seu redor) o resultado fica em torno de 95.155.248 habitantes \_\_mais que a metade do total da população brasileira\_\_ que, em 1995, poderiam estar com seu estado de saúde alterado em consequência desta doença.

Uma vez que o alcoolismo atinge, de forma indiscriminada, pessoas de ambos os sexos, independente de idade, de classe social ou econômica, de grupo religioso ou de nível de escolaridade, o aumento da taxa de prevalência, evidenciado por Carlini, Carlini-Cotrim (1991), é fator que transforma este assunto em objeto de preocupação por parte dos profissionais da área da saúde e outros segmentos envolvidos, tais como familiares e educadores, dentre outros.

Através da literatura, constatei que, nos últimos tempos, há uma tendência para reconhecer esta doença como um problema de abrangência coletiva e não mais de caráter exclusivo de quem consome a bebida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça esta tendência, ao definir como alcoolistas aquelas pessoas que bebem em excesso e cuja dependência do álcool tenha alcançado um grau tal que determine o aparecimento de visíveis perturbações tanto interpessoais ou intrapessoais, como físicas, comprometendo o adequado funcionamento social e econômico. Para a OMS, também são consideradas alcoolistas aquelas pessoas que mostram os sinais iniciais deste fenômeno (Cormillot, 1992). Sob esta concepção, o próprio dependente do álcool passa a ser apenas parte do problema cujas

consequências atingem, diretamente, sua família, avançando, simultaneamente, nas dimensões social, econômica, cultural, intelectual, emocional e biológica que constituem o seu contexto de vida.

Nas dimensões social e econômica, as repercussões desta doença manifestam-se, com mais veemência, na forma de delinquência e baixa produtividade, podendo ser tão graves a ponto de produzir danos ao desenvolvimento da coletividade e, inclusive, estrangular as possibilidades de desenvolvimento dos países (Domingo, 1990). Dados obtidos de levantamentos estatísticos, publicados por Bucher (1992), indicam que os custos social e econômico diretos do consumo de álcool, no Brasil, refletem-se no fato de que (...) o alcoolismo é a oitava causa de auxílio doença na Previdência Social e a terceira causa de absenteísmo no trabalho. Cerca de 75% dos acidentes de trânsito fatais e 39% das ocorrências policiais estão associadas ao uso de bebidas alcoólicas. Com base nesses dados, estima-se que o consumo de álcool, no Brasil, equivale a 5,4% do PIB do país, enquanto que a produção e a comercialização (e a tributação) de bebidas alcoólicas contribuem apenas com 2,4% do mesmo PIB.

Os dados apresentados até aqui são suficientes para demonstrar a abrangência deste problema, no Brasil, e sua relevância para a saúde pública. Porém, mesmo que o comprometimento social e econômico seja de proporções consideráveis, é na dimensão familiar que as consequências mais danosas desta doença são observadas. O impacto, que esta doença provoca nos membros da família, manifesta-se, principalmente, através da ruptura e desorganização das relações interpessoais com conseqüente prejuízo para o desenvolvimento das pessoas e a qualidade de vida e saúde daqueles que convivem com este problema. Para pontuar as repercussões desta doença, no âmbito familiar, destaco as opiniões de alguns autores que escrevem sobre este assunto e as declarações de algumas pessoas que convivem ou conviveram diretamente com o problema do alcoolismo em suas

famílias:

\_\_ Os filhos de pais alcoolistas são pessoas com alto risco de desenvolverem problemas emocionais, de conduta, de aprendizagem e legais. (Cormillot, 1992).

\_\_ O risco de desenvolver dependência ao álcool é três vezes maior para os filhos de alcoolistas do que para os filhos de não alcoolistas. (Cormillot, 1992).

\_\_ Os filhos de alcoolistas tem maior tendência para desenvolver outras condutas de adição do que os filhos de não alcoolistas. (Cormillot, 1992).

\_\_ É alarmante a frequência com que o alcoolismo tende a recorrer nas famílias. Algumas autoridades avaliam que até 50% dos alcoolistas vêm de famílias onde o álcool era um problema. Embora um número percentual específico possa ser difícil de substancializar com dados sólidos, pelo menos pode ser dito que os filhos de alcoolistas são muito mais passíveis de se tornarem alcoolistas que os filhos de pais não alcoolistas (Glitow, Peyser, 1991).

\_\_ O alcoolismo é uma doença que as famílias, por preconceito e vergonha, procuram esconder (esposa de alcoologista).

\_\_ ... medo, temor, tristeza, choro, isolamento, solidão, até rejeição dos demais parentes, medo de chegar em casa, vergonha dos amigos, solidão ... solidão ... solidão... (filha de alcoologista).

Estudo realizado por Montgomery, Johnson (1992), sobre o estresse no casamento com pessoa alcoologista aponta que, historicamente, as esposas têm sido vistas apenas como coadjuvantes no tratamento de seus maridos, mas a magnitude do estresse que estas mulheres experienciam e as consequências em sua própria

saúde e a de suas famílias, reclamam a necessidade de assistência à saúde. Através deste mesmo estudo, os autores identificaram que o relacionamento interpessoal com o marido constituía-se no mais alto estressor a que estavam expostas e que a sobriedade deles nem sempre significava o desaparecimento do estresse.

Embora não se possa determinar, com precisão, em que situações específicas o impacto desta doença é mais adverso para a família \_\_ se nos lares em que a discórdia é constante, ou naqueles em que a violência física impera, ou ainda quando o distanciamento emocional é o padrão do relacionamento \_\_ pode-se afirmar que o abuso e a dependência de álcool, em qualquer grau ou natureza, é capaz de provocar danos psicológicos, biológicos, intelectuais e incapacitações sociais nas pessoas que convivem com o problema.

Das experiências vivenciadas, ao longo de minha prática profissional, como enfermeira psiquiátrica, assistindo pessoas com problemas de dependência química, sob a égide do modelo biomédico, extraí a convicção de que o problema alcoolismo encontra-se, inevitavelmente, imbricado na rede de interações familiares e que, focalizar apenas a pessoa dependente do álcool, representa, no mínimo, a negação dos direitos destas famílias com relação à saúde.

Nesta linha de pensamento, encontro em Cormillot (1992) a confirmação de que a saúde das pessoas que convivem com o alcoolismo está alterada e, portanto, convém olhá-las como pessoas que necessitam de ajuda para preservar ou resgatar a saúde. De acordo com este autor, a doença da família evolui em etapas, na medida em que o alcoolismo de um de seus membros progride. De modo geral, observa-se, numa primeira fase, o desenvolvimento de uma atitude de negação, através da qual a família busca estabelecer causas aparentes para o abuso de álcool, reforçando, ao mesmo tempo, a esperança de que, quando estas cessarem, a pessoa deixará de beber. Neste ponto, o grupo familiar não se dá conta de que o problema não são as

razões alegadas que o levaram a procurar a bebida, mas, sim, o beber e suas consequências.

Em etapa posterior, a família começa a identificar o problema através das consequências que provoca. As justificativas aceitas, na primeira fase, já não sustentam as explicações. Os sentimentos de temor e angústia associam-se a problemas na harmonia do casal com episódios frequentes de violência ou com o distanciamento emocional. A necessidade de encobrir faltas e negligências, tão comuns na pessoa dependente de álcool, em sua vida cotidiana, conduz a família ao desenvolvimento de uma complexa rede de mentiras onde o tema alcoolismo passa a ser tratado como um segredo, sendo que, em muitos casos, não é comentado nem mesmo com outros membros da família. Este comportamento favorece o isolamento social com a intensificação dos sentimentos de angústia e ansiedade gerados a partir da instabilidade do ambiente familiar que, em determinados momentos, enche-se de esperança com as promessas de parar de beber e, em outros, é tomado pela frustração e desesperança diante das recaídas constantes.

Ainda nesta fase, a inversão de papéis, característica das relações destas famílias, frequentemente, leva alguns filhos a atuarem como pais de seus próprios pais, e o cônjuge não alcoolista, a acumular funções que o dependente já não consegue desempenhar, garantindo, muitas vezes, a sobrevivência da unidade familiar, ainda que de forma efêmera.

A terceira fase, neste processo de desenvolvimento, é marcada pela desorganização e ruptura das relações interpessoais e intrapessoais. Neste ponto, os familiares não podem mais ignorar que estão todos, de algum modo, afetados. Observa-se, com frequência, depressão no cônjuge não alcoolista, problemas de conduta e aprendizagem nos filhos e, como a pessoa alcoolista já está fisicamente doente, muitas vezes isolado de sua família, pesa sobre ele a *ameaça de morte*, caso não pare de beber: \_\_\_ instala-se o caos familiar.

Nem todas as famílias seguem esta mesma trajetória, porém, acredito que o conhecimento deste processo possa contribuir, de alguma maneira, para embasar as ações de enfermagem com as famílias das pessoas alcoolistas.

A reflexão sobre as repercussões do alcoolismo na saúde física e emocional das pessoas leva-me, inexoravelmente, a pensar na assistência de saúde ao alcance destas famílias. Foi durante o desempenho de meu papel como enfermeira psiquiátrica que pude constatar, entre outras coisas, que, embora o conceito de saúde mental contemple uma visão integral e contextualizada do ser humano, conforme está enfatizado no Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1994), o que se observa, na realidade, é que esta assistência é de caráter individual, fracionada, desumanizada e caracterizada pela usual e hegemônica concepção compartimentalizada do ser.

Mesmo sendo amplamente propalado, por autoridades vinculadas aos órgãos de saúde do governo, que as internações hospitalares para as pessoas alcoolistas, quando necessário, deverão ser feitas em hospital geral, em enfermaria clínica geral para desintoxicação ou em centros especializados em alcoolismo, a verdade é que na maioria das vezes ela acontece em hospitais psiquiátricos, reconhecidamente decadentes, que não têm nem mesmo condições mínimas de atender às necessidades mais prementes de um ser humano, quanto mais para ampliar esta assistência à família.

O que se observa, na maioria destas instituições, é o recebimento dos familiares pelo médico, ou pelo psicólogo, ou pelo assistente social. O enfermeiro não tem contato com estas pessoas, neste momento. O atendimento que recebem, nesta ocasião, é superficial, sem continuidade e direcionado, prioritariamente, à coleta de dados para a anamnese do paciente, confirmando a afirmação de Montgomery, Johnson (1992) de que, em geral, os familiares são encarados pelos



profissionais de saúde, como simples coadjuvantes no tratamento da pessoa alcoolista, não havendo, com relação aos familiares, a preocupação de olhá-los como seres com existência própria. Em nosso meio, na maioria das vezes, estes familiares são vistos como *meros* informantes, sendo que, em algumas instituições, estes familiares são orientados, inclusive, a não visitarem a pessoa internada, durante um certo período de tempo, sob a alegação de que sua visita pode interferir no chamado *programa de recuperação* do paciente. Nestas circunstâncias, quando comparecem à instituição, costumam apenas deixar no serviço de recepção roupas e alimentos para o paciente. Não entram em contato com ele e nem com os profissionais de saúde, caracterizando a compartimentalização da assistência e a desconsideração com a saúde das famílias que convivem com o alcoolismo, quando são, às vezes, as que apresentam sérios agravos da saúde como consequência global do alcoolismo de um de seus membros.

Uma parcela considerável destes familiares, representada pelos filhos dos alcoolistas, tem sido, segundo Edwards (1987), completamente esquecida pelos profissionais da saúde. Estes só tomam consciência de sua existência através da anamnese dos pacientes quando são registrados, laconicamente, o nome e a idade destes filhos. Os pais são o foco da atenção e ocupam todo o interesse da equipe terapêutica, deixando, nos profissionais, apenas um vago sentimento de que algo deveria ser feito por estas crianças. Dentro do que tenho observado, não são somente estas pessoas, do grupo familiar, que estão esquecidas. Coloco, porém, mais ênfase nesta população por considerá-la mais exposta e vulnerável, uma vez que é neste meio familiar que acontece o processo de estruturação e consolidação de suas personalidades.

Nos achados da bibliografia nacional, também estes filhos estão esquecidos. Em uma revisão preliminar da literatura, realizada em 1994, cobrindo os últimos dez anos de produção científica, constatei que, mesmo tendo conhecimento da

precariedade das condições em que vive a maioria das famílias de alcoolistas, ainda assim, estas pessoas, de um modo geral, e os filhos, em particular, não fazem parte do foco de atenção, nem dos profissionais nem das instituições de saúde, e que os estudiosos do assunto, a nível nacional, voltam-se, prioritariamente para o estudo do alcoolismo e da pessoa alcoolista, esquecendo-se daqueles que adoecem ao seu redor.

O distanciamento que tenho observado entre os profissionais (enfermeiros) e estes familiares leva-me a buscar, na literatura, explicações para este fato, pois acredito que a produção científica sobre determinado assunto reflete, de alguma maneira, o envolvimento e a preocupação dos profissionais com os problemas relacionados a ele. Em uma revisão inicial de literatura sobre este tema, incluindo, entre outros autores, Edwards (1987); Rix (1983); Ramos (1987); Domingo (1990); Glitow e Peyser (1991); Schuckit (1991); Cormillot (1992), constato que, embora o tema alcoolismo tenha sido ricamente explorado sob os mais variados aspectos, desde a clínica, enfocando suas consequências a nível físico e emocional, até a epidemiologia, abordando-o como um fenômeno coletivo com reflexos sociais, os textos, em sua grande maioria, tratam do assunto alcoolismo sem contemplar, com a merecida profundidade, estudos sobre a família como unidade a ser cuidada.

Nesta rápida passagem pela literatura, pude identificar que, em geral, os médicos escrevem mais sobre o alcoolismo e a pessoa alcoolista e proporcionalmente bem pouco sobre a família. Já os enfermeiros, raramente, escrevem sobre o alcoolismo e, com relação à família do alcoolista, o número é ainda menor (praticamente inexistente). Esta lacuna, detectada com base na bibliografia, transforma-se num sério problema, diante da força disruptiva que o alcoolismo exerce sobre a família e, principalmente, diante do número de pessoas, no País, afetadas por esta doença.

De um total de dez livros de enfermagem, editados em português e espanhol, examinados com a finalidade de investigar essa questão específica, neste levantamento preliminar \_\_ cinco de Enfermagem Psiquiátrica e cinco de Enfermagem Geral\_\_ constatei que sete deles tratam do tema alcoolismo, mas, em apenas um, a família é abordada em espaço próprio. E o mais surpreendente é que este é um livro de Enfermagem Médico-Cirúrgica editado há mais de vinte anos (Smith; Germain, 1973). Os livros de Enfermagem Psiquiátrica dedicam-se, prioritariamente, a doença alcoolismo, tratando-a como uma entidade clínica, neles figurando a família, em raros momentos, de forma diluída ao longo do texto.

A partir dos resultados obtidos nesta revisão inicial, levanto a hipótese de que a enfermagem, nas suas produções científicas, pouco tem se preocupado com a família do alcoolista, gerando um vazio na literatura consultada sobre este tema. Penso que esta escassez de material bibliográfico nacional sobre o tema família e alcoolismo pode ser atribuída ao distanciamento existente entre os enfermeiros e as famílias, o que pode ser facilmente observado na nossa prática.

A situação retratada, aliada à convicção de que o alcoolismo é uma doença que não se restringe a pessoa que bebe, mas, de algum modo, atinge toda a família (ou até mesmo a coletividade), impulsionaram-me no direcionamento deste trabalho, em primeira instância, a investigar, na literatura, o conhecimento já existente sobre as questões que envolvem estas famílias. Considero que a aproximação dos enfermeiros com o conhecimento acumulado sobre este tema é condição imprescindível para que possam caminhar no sentido de avançar no seu fazer prático. Encontro reforço para essa idéia em Stefanelli (1987), quando afirma que a produção científica deve ser um elemento a serviço da sociedade, já que esta investiu no pesquisador e, por esta razão, merece retorno na forma de resposta aos seus problemas. As pesquisas propostas devem surgir, portanto, para responder aos anseios desta sociedade, procurando contemplar o contexto natural de onde estes

problemas surgem e não ficar restritas a experimentos de laboratório. Considero que a situação destas famílias representa um dos grandes problemas emergentes de nosso contexto social e, portanto, esta dissertação pode ser um caminho em busca de respostas a alguns dos problemas imbricados nesta condição.

Acredito que, utilizando os recursos metodológicos da pesquisa bibliográfica, seja possível realizar este estudo, aprofundando e resgatando o material existente sobre este tema que, além de escasso, encontra-se diluído nos textos que enfocam, com mais ênfase, a pessoa alcoolista e o alcoolismo. Penso que, por este caminho, será possível abrir um espaço próprio para as questões que envolvem a saúde das famílias, dando-lhes destaque e importância e tornando este tema mais acessível aos enfermeiros que trabalham com estas pessoas. Para guiar este estudo, utilizo um referencial teórico construído a partir das experiências que vivenciei, ao longo de minha trajetória profissional, e das leituras de autores que escrevem sobre este assunto e com os quais me identifico.

A questão norteadora deste estudo, extraída das experiências vivenciadas, enquanto enfermeira, e da literatura, onde constatei que muitas famílias de alcoolistas apresentam problemas em decorrência da convivência com o alcoolismo, é a seguinte:

*O que tem sido publicado, na literatura nacional e estrangeira, sobre o tema "família e alcoolismo"?*

Como objetivo geral, neste estudo, pretendo:

*Buscar na literatura, o conhecimento existente sobre "família e alcoolismo" que possa nortear as ações dos enfermeiros com as famílias que vivenciam este problema, segundo o referencial teórico adotado.*

Especificamente, este estudo objetiva:

\_\_ *Identificar como a família tem sido concebida a partir dos estudos consultados.*

\_\_ *Identificar os diferentes recursos e estratégias utilizados pelos profissionais para cuidar da pessoa alcoolista e de sua família.*

\_\_ *Identificar quais os temas que têm sido explorados nos estudos sobre alcoolismo e família.*

\_\_ *Identificar as possíveis contribuições dos estudos consultados para a prática de enfermagem com famílias que vivenciam a questão do alcoolismo.*

## ***CAPÍTULO II***

### ***REFERENCIAL TEÓRICO***

Entendo como referencial teórico o contexto essencial que abriga uma concepção própria dentro da qual o pesquisador se movimenta em seu trabalho de analisar, ordenar, relacionar fatos, e testar relações em busca da compreensão e do conhecimento sistematizado. Como Demo (1987), acredito que a capacidade para estabelecer e manter um confronto teórico crítico é condição fundamental para o aprofundamento da pesquisa e a superação de níveis apenas descritivos, repetitivos e dispersivos. Esta capacidade para o confronto não nasce pronta, mas constrói-se na busca de uma bagagem teórica que inclui o conhecimento clássico e o atual sobre determinado tema, acrescido de espírito crítico capaz de sustentar a discussão que visa acrescentar e não apenas extrair ou repetir discursos alheios.

Acredito que não seria possível analisar, criticar e dialogar com a literatura sobre família de alcoolista, se eu mesma não tivesse uma posição teórica firmada sobre este tema. Por outro lado, penso que cada um de nós constrói suas concepções teóricas a respeito dos fatos, a partir de seus pressupostos pessoais e das mudanças suaves que vamos instituindo ao longo de nossas vivências e, através das quais, vamos recriando crenças, segundo os novos significados que atribuímos ao que ocorre a nossa volta. A construção de meu modo particular de olhar para o alcoolismo e a família se fez, fundamentalmente, a partir das experiências que vivenciei como enfermeira psiquiátrica e da influência das leituras que realizei ao longo desta caminhada, as quais foram se incorporando em mim, a ponto de não saber mais distinguir se as posições que hoje adoto são minhas, originalmente, ou se procedem de outras fontes com as quais me identifico.

De minha trajetória profissional, resgato as experiências vividas, inicialmente, junto a pacientes psiquiátricos institucionalizados em um manicômio de estilo

tradicional semelhante aos que hoje são, veementemente, combatidos pela atual Política de Saúde Mental. Esta primeira etapa da vida profissional foi marcada por um tipo de assistência a qual, orientada pelo modelo biomédico, focalizava como *doente* apenas aquele ser dependente do álcool. Dissociado de seu contexto social e familiar, essa pessoa era assistida de forma individualizada e o alcoolismo era tratado então, como algo restrito ao ser que se apresentava como doente. Embora a vulnerabilidade da família do alcoolista tenha sido tema de discurso amplamente propalado nos meios científicos voltados para a saúde, sob este modelo, a família era tomada apenas como fonte de informações para elaboração da anamnese do paciente e a pessoa alcoolista era vista pelos profissionais como o foco central a partir do qual essa família se organizava.

Ignorando dados indicativos da amplitude deste problema, as dimensões social, econômica, emocional, biológica, intelectual e cultural, que envolvem a pessoa alcoolista e sua família, ficavam enclausuradas apenas no corpo de conhecimento teórico dos profissionais da saúde que, de uma forma quase mágica, conseguiam até ignorar que a história pregressa da maioria dos dependentes crônicos do álcool aponta para a presença de alcoolismo em outros membros da família. Só este fato já seria suficiente para indicar o comprometimento de outras dimensões que não só a biológica e individual.

Na segunda etapa da vida profissional, desenvolvida em um ambulatório de Saúde Mental, na periferia da cidade de Rio Grande-RS, constatei, na prática, a afirmação de Cormillot (1992), de que a família pode adoecer na medida em que o alcoolismo desenvolve-se em um de seus membros, necessitando, portanto, ser cuidada e não apenas vista como um recurso para o tratamento da pessoa alcoolista. Esta constatação fez-se através do relato dos conflitos que vivenciavam, dos medos e insegurança, das privações afetivas, do distanciamento nas relações sociais e familiares, da falta de amigos e dos sentimentos de vergonha e desesperança vivenciados por todos eles, inclusive a própria pessoa alcoolista, mas verbalizados, principalmente, pelos seus



filhos.

Da convivência com estas famílias, neste ambulatório, emergiu o desejo de opor-me às tradicionais dicotomias entre o individual e o coletivo, o curativo e o preventivo, que têm sustentado o modelo assistencial que impera nas instituições psiquiátricas onde, via de regra, a pessoa alcoolista é internada. De certa forma, esta dicotomia definiu os rumos iniciais de minha trajetória como enfermeira. No histórico de minha formação, identifico que o direcionamento dado a minha conduta, como profissional, apontava para uma assistência individualizada e compartimentalizada das pessoas. Ao olhar, porém, criticamente para meu viver, enquanto profissional, e os resultados obtidos com o trabalho realizado, é impossível não ver que a assistência fundamentada neste modelo, aparentemente, privilegia a pessoa alcoolista, esquecendo-se daquelas que também sofrem ao seu redor. Esta postura, segundo meu ponto de vista, tem contribuído de forma decisiva para o processo de construção das pessoas que, no futuro, poderão ser os próprios pacientes deste modelo de assistência. É como se os profissionais do sistema de saúde assumissem uma posição passiva, esperando para entrar em ação somente quando estas pessoas, já, tardiamente, estivessem enquadradas em alguns dos transtornos físicos ou mentais decorrentes do uso crônico de álcool.

Penso que esta trajetória descrita, aliada ao que tenho colhido na literatura, formam a base sobre a qual venho construindo meu posicionamento pessoal diante da pessoa alcoolista e da sua família. Esta posição teórica, que reflete o ponto de vista de um certo momento e, portanto, não é estática, deve ser encarada como passível de ser modificada, ajustada, abandonada ou reforçada na seqüência temporal em que a construção desta dissertação acontece.

Esta minha forma particular de olhar para a pessoa alcoolista e sua família vem se estruturando, gradativamente, a partir de reflexões sobre as questões que envolvem o ser humano onde esta doença se instala e as relações que se estabelecem no mundo onde ele e eu vivemos. Como Selvaggi (1988), penso que este ser não existe

isoladamente, mas que concretiza sua existência nas relações que estabelece com o mundo e com os outros seres a sua volta. Para ser compreendida sob este ponto de vista, a pessoa necessita, portanto, ser vista na globalidade de seu existir no mundo e na perspectiva do movimento que a faz um novo ser a cada relação que experimenta. É neste ser que o alcoolismo pode acontecer. Se não há possibilidade de o ser humano existir isoladamente, então o alcoolismo, que nele se instala, também não pode ser visto contido apenas no espaço restrito dos limites do indivíduo, pois as manifestações desta doença extrapolam os limites e estendem-se muito além da esfera individual. Cuidar, portanto, da pessoa alcoolista, tomando-a apenas na perspectiva restrita de seus limites corporais e individuais, representa, no mínimo, uma sub utilidade das ações, uma vez que esta doença, quando acontece, estende-se e atinge os outros seres que compartilham do mesmo contexto onde a pessoa alcoolista está inserida.

É deste espaço corporal, que abriga o alcoolismo, que emergem manifestações danosas as quais, num movimento contínuo, lançam-se em todas as direções do contexto circundante onde a pessoa alcoolista encontra-se, afetando e sendo afetado por todos aqueles com os quais convive. Este contexto conhecido e ignorado, cuja organização, sem limites precisos, abriga as dimensões social, econômica, intelectual, biológica, emocional e cultural, preserva, em seu interior, um movimento contínuo que faz com que, em determinados momentos, estas dimensões possam se sobrepor, novas possam se formar, outras, temporalmente limitadas, possam surgir por um tempo finito, e outras desaparecer; ou seja, em determinados momentos algumas dimensões podem ser mais ou menos afetadas e outras nem mesmo podem manifestar-se, mas, de qualquer modo, todas estão inter-relacionadas.

Estas dimensões, da forma como as concebo, são instâncias nas quais os seres humanos percebem-se e experimentam-se como seres no mundo. Cada uma delas tem influência na determinação do modo de viver da pessoa. Entre estas dimensões, o equilíbrio, que não é estático, se dá justamente pelo movimento que permite, em momentos diferentes, colocar uma ou outra em evidência. Embora não sejam

claramente determinadas, com relação a sua constituição, procuro, neste estudo, especificar as diversas partes que as compõem, apenas para tornar mais claro o seu entendimento. Com este propósito, busco em Beard et al. (1988) o respaldo teórico para compor estas dimensões.

Na dimensão biológica, são percebidas todas as questões relacionadas com o espaço corporal individual onde o alcoolismo acontece. Estão incluídos os processos fisiológicos, as intercorrências na saúde física das pessoas, decorrentes de comprometimento orgânico, os aspectos genéticos envolvidos com a herança de predisposições, limitações e particularidades que podem ser transmitidas e podem contribuir para a *construção* de novos espaços físicos favoráveis ao desenvolvimento do alcoolismo. A imagem corporal, entendida, neste estudo, como a base física sobre a qual a auto-imagem e a auto-estima se formam, também transita nesta dimensão e, neste ponto, fica evidente a inter-relação existente entre esta e as demais dimensões, pois o que acontece em uma reflete-se nas outras. Para exemplificar, tomo o crescimento e desenvolvimento de um ser humano, o qual depende não somente da dimensão biológica, mas resulta também da confluência de determinações culturais, sociais, econômicas, intelectuais, entre outras.

Na dimensão emocional, estão incluídas todas as relações do ser alcoolista consigo mesmo, com os outros e com o mundo, consideradas sob o ponto de vista dos sentimentos, dos afetos, e dos vínculos que estruturam a pessoa enquanto ser humano. Imersas nesta dimensão, estão todas as questões que envolvem a expressão dos sentimentos e dos comportamentos em resposta aos acontecimentos nas outras dimensões. A consciência e o afeto com relação a si mesmo que, neste estudo, é entendida como auto-estima, é um dos componentes desta dimensão do alcoolista e sua família. A dimensão emocional interatua com outras, na medida em que o ser reage às manifestações que acontecem na biológica, social, cultural, intelectual e vice versa.

A dimensão intelectual está relacionada com a capacidade de organização e

reorganização dos elementos que o ser necessita para seu desenvolvimento e a responsabilidade da própria pessoa para com este processo. A inter-relação desta dimensão com as demais se faz na medida em que a apreensão do significado dos elementos que constroem a intelectualidade depende do estado emocional, das condições biológicas e de fatores ambientais e culturais. Por outro lado, esta dimensão influencia na relação que o ser humano estabelece com as pessoas e seu mundo. Para aqueles seres que se desenvolvem no meio em que existe o alcoolismo, esta dimensão é fortemente atingida.

Nas dimensões social e econômica, também são consideradas as relações que se estabelecem entre o ser e o mundo e os outros seres, porém sob a perspectiva da vida coletiva que a pessoa individualmente e a família estabelecem. Estão incluídas, nestes espaços, todas as questões que envolvem desde o trabalho, o lazer, as repercussões econômica, os papéis e o *status* que o ser ocupa num dado tempo do seu ciclo vital. As dimensões social e econômicas interatuam com as demais, tornando possível o atendimento das necessidades físicas e emocionais da pessoa alcoolista, a partir das relações que estabelece no coletivo. A auto-estima, componente bastante atingido na pessoa alcoolista e sua família, está fortemente vinculada à dimensão social, uma vez que as relações do ser consigo mesmo e com os outros são a base sobre a qual este sentimento estrutura-se. A dimensão social e econômica também estabelece seus vínculos com a dimensão intelectual através da comunicação que permite compartilhar experiências que promovem o desenvolvimento pessoal do indivíduo.

Na dimensão cultural, estão incluídas todas as crenças e valores característicos de determinados grupos, os quais são cultivados e transmitidos através das gerações. Este conjunto complexo determina o comportamento e o tipo de relação das pessoas com o alcoolismo. Também fazem parte desta dimensão as questões que envolvem a ética, a moral e a espiritualidade, componentes fortemente envolvidos no alcoolismo. Embora possam parecer muito próximas e semelhantes, as dimensões social e cultural são consideradas, neste estudo, como instâncias distintas. A dimensão social, cuja

construção se dá a partir da cultural, é, na realidade, uma exposição da cultura de determinado grupo social.

Acredito, até este momento, que estas dimensões representam as instâncias onde o alcoolismo concretiza-se e com as quais a família convive simultaneamente. Algumas destas já foram validadas pela comunidade científica, outras seguem sendo questionadas e outras tantas estão emergindo nos trabalhos científicos sobre o tema. Diante, porém, da parcialidade do conhecimento sobre as questões que envolvem esta temática, penso que, do ponto de vista científico, é mais prudente não reduzir o contexto destas famílias a estas dimensões consideradas, mas abrir espaço para que outras possam surgir à medida que avançarmos na exploração deste assunto. De qualquer modo, mesmo que não possam ser numericamente definidas, não podemos negar-lhes a importância na determinação da dinâmica familiar da pessoa alcoolista.

Estas famílias de alcoolistas, da forma como as concebo neste estudo, são formadas de seres humanos inseridos num contexto maior formado por múltiplas dimensões: a social, a econômica, a biológica, a emocional, a cultural e a intelectual, entre outras. A família sendo, simultaneamente, parte integrante e parte dissociada destas dimensões, ao mesmo tempo que influencia o contexto, recebe influências deste e tem sua dinâmica determinada por ele.

Os seres humanos que formam a família podem não ter laços consanguíneos, mas vivem no mesmo contexto onde compartilham laços afetivos, interesses e desinteressés, ganhos e perdas. Aí, constroem sua visão de mundo e sua visão particular diante do alcoolismo e, em torno desta visão de mundo é que se organizam, e não em função da doença. Como não existem isoladamente, estes seres estabelecem, no contexto onde vivem, uma rede social de relações dinâmicas com outras famílias, grupos ou pessoas, de onde retiram, muitas vezes, o suporte social necessário para enfrentarem as crises que experienciam, ao longo de sua existência (Cartana, 1988).

Vivenciando em seu cotidiano os problemas que envolvem o alcoolismo, a família pode desestruturar-se e adoecer junto com a pessoa alcoolista. Da rede social, estas pessoas podem obter o suporte que necessitam para enfrentar a situação de estresse constante que a cronicidade do alcoolismo impõe. Mesmo considerando, porém, que os problemas na família tenham início quando o alcoolismo se evidencia, não vejo neste a única fonte de desajustes, uma vez que, normalmente, os conflitos perpetuam-se através dos novos problemas que vão surgindo e que levam, muitas vezes, à perda da unidade familiar. Apesar disso, estas pessoas, em geral, conseguem manter, internamente, uma série de normas e padrões que permitem seu funcionamento, mesmo em situações adversas. Vista por este ângulo, pode-se dizer que a família tanto pode receber ajuda e apoio, quanto fornecê-lo às outras pessoas que fazem parte de sua rede de interações. Esta capacidade de ajudar e apoiar, mesmo em situações difíceis, é uma das instâncias à qual os enfermeiros podem recorrer quando trabalham para ajudar a resgatar a saúde destas famílias.

Este referencial teórico, que serviu de guia na construção desta dissertação foi, na verdade, um processo que se desenvolveu de forma gradativa, num ir e vir contínuo, o qual, passando pelo resgate e análise da trajetória percorrida, complementava-se no exercício contínuo de reflexão e (re)formulação de crenças, valores e conceitos fundamentais para uma compreensão mais ampla do problema do alcoolismo e das famílias que o vivenciam. Este processo de construção e, às vezes, de desconstrução, esteve fundamentado em pressupostos que refletem minhas crenças pessoais, as quais podem ser assim sintetizadas:

\_\_ De minha experiência, e da literatura que mostra o quanto a família é afetada, extrai a convicção de que o alcoolismo é uma doença que atinge não apenas a pessoa individualmente mas a família como um todo e, portanto, não existe apenas um ser que precisa ser cuidado, e sim uma família que necessita desse cuidado.

\_\_ O contexto familiar é composto por diversas dimensões, as quais devem ser vistas

como um todo entrelaçado, mesmo que, em determinados momentos, uma possa estar mais em evidência, pois não podemos esquecer que ela está sofrendo influência de todas as outras.

\_\_ Para compreender os seres humanos que vivenciam o alcoolismo é preciso envolver-se todas as dimensões do contexto familiar.

\_\_ Acredito que buscar o conhecimento já construído sobre as questões que envolvem as famílias de alcoolistas, permite aos enfermeiros uma maior aproximação e compreensão das situações vivenciadas por estas famílias. Isto representa, para mim, o primeiro passo que poderá levar estes profissionais a (re)pensar sua prática profissional com estas famílias.

## ***CAPÍTULO III***

### ***METODOLOGIA***



### *Tipo de pesquisa*

Para realizar este estudo de caráter exploratório-descritivo, abordando o tema família e alcoolismo, utilizei-me dos recursos metodológicos da pesquisa bibliográfica, por acreditar que este seria o melhor caminho para chegar a uma maior compreensão de meu objeto de estudo, isto é, o conhecimento já construído sobre esse tema específico. Segundo Salvador (1986), a pesquisa bibliográfica é um estudo teórico elaborado a partir da reflexão pessoal e da análise de documentos escritos, originais primários, chamados de fontes. A principal vantagem, identificada nas pesquisas bibliográficas, reside no fato de permitirem ao pesquisador investigar uma gama de fenômenos ou informações muito mais ampla do que o que poderia pesquisar diretamente. Esta possibilidade torna-se particularmente importante, quando me proponho a utilizar dados tão dispersos no espaço como o são as publicações periódicas nacionais e estrangeiras, relacionadas ao assunto família e alcoolismo.

Neste tipo de pesquisa, é importante seguir uma sequência ordenada de procedimentos, os quais podem variar de acordo com o tipo de estudo que vai ser realizado, porém, esta flexibilidade para a escolha não significa descompromisso com organização racional e eficiente do estudo. As quatro fases desta sequência constituem um processo contínuo, no qual uma etapa pressupõe a que a precede e se completa na seguinte. Estas fases, segundo Salvador (1986), podem ser assim resumidas:

- 1) Elaboração do projeto de pesquisa \_\_ envolve a escolha do assunto, a formulação do problema de pesquisa e a elaboração do plano que visa buscar as respostas aos problemas formulados.

- 2) Investigação das soluções \_\_ está comprometida com a coleta da documentação, a qual inclui dois momentos distintos e sucessivos: o primeiro é o levantamento da bibliografia, e o segundo, o levantamento das informações contidas na bibliografia, isto é, o estudo dos dados, fatos e informações ou afirmações presentes no material bibliográfico, havendo-se ainda que considerar que os resultados da pesquisa dependem da quantidade e da qualidade dos dados coletados.
  
- 3) Análise explicativa das soluções \_\_ refere-se à análise da documentação sob o ponto de vista da verdade, ou seja, o exame do material contido nas afirmações, e não mais, como na fase anterior, sob o ponto de vista de sua pertinência ao estudo; esta fase constrói-se sob a capacidade crítica do pesquisador para explicar ou justificar os dados, fatos e informações contidas no material. É; segundo Salvador (1986), onde se situam as maiores dificuldades e a maior fonte de erros decorrentes de interpretações equivocadas.
  
- 4) Síntese integradora \_\_ é o produto final no processo de investigação, resultante da análise e reflexão sobre os documentos, compreende atividades relacionadas à apreensão do problema, investigação rigorosa, visualização de soluções e síntese; estabelece-se com o material um tipo de relação muito íntima através do qual se lê, se anota, se indaga, se explora, se reflete e se propõe soluções.

Após tudo isto sobrevém uma fase inconsciente, durante a qual as idéias passam um tempo sendo elaboradas, sem as limitações do pensamento racional, chamada, por Salvador, de *incubação das idéias*. Deste ponto do processo decorre, às vezes, inesperadamente, a iluminação ou visualização das soluções para o problema. Em seguida, ocorre o processo de elaboração da síntese propriamente dita, ou seja, a seleção e ordenação das soluções encontradas para o problema definido inicialmente. Salvador (1986) reafirma a complexidade deste momento, ao dizer que "*um minuto de síntese requer meses de análise*" (p. 167).

### ***Bibliografia selecionada***

Os critérios utilizados para selecionar a bibliografia incluída neste estudo foram estabelecidos a partir de parâmetros temáticos, linguísticos, geográficos, cronológicos e de formato bibliográfico. Com base nestes critérios, o universo dentro do qual este estudo acontece foi delimitado pelo material bibliográfico existente sobre família e alcoolismo, publicado em periódicos nacionais, alguns latinos e alguns americanos, no período de 1990 a 1994. A limitação do período de tempo a estes últimos cinco anos de publicações decorre do entendimento de que o conhecimento, em geral, propaga-se num ritmo muito acelerado, devido às rápidas transformações sociais e à evolução técnico-científica da era da informática, não havendo, portanto, necessidade de retroceder a um período maior do que este para conhecer a situação atual deste conhecimento específico.

A bibliografia nacional consultada foi definida após consulta a cinco peritos das áreas de psiquiatria, enfermagem psiquiátrica, psicologia clínica e biblioteconomia (dois médicos psiquiatras, uma doutora em enfermagem psiquiátrica, uma psicóloga e uma bibliotecária). Estas pessoas foram indagadas sobre quais periódicos poderiam estar publicando assuntos relativos a família e alcoolismo. Foram indicados todos os periódicos nacionais de enfermagem e mais alguns de outras áreas, especificados a seguir:

Revista Brasileira de Enfermagem;  
Revista da Escola de Enfermagem da USP;  
Revista Gaúcha de Enfermagem;  
Revista Paulista de Enfermagem;  
Revista Latino-Americana de Enfermagem;  
Revista Baiana de Enfermagem;  
Enfoque;  
Temas;  
Acta Paulista de Enfermagem;  
Revista Texto e Contexto;  
Revista de Enfermagem da UERJ;

Revista de Psiquiatria Dinâmica;  
Revista de Saúde Pública;  
Revista da Associação Médica Brasileira;  
Revista Paulista de Medicina;  
Jornal Brasileiro de Psiquiatria;  
Informação Psiquiátrica;  
Revista de Psiquiatria Clínica.

Para selecionar os artigos internacionais, foi realizado um rastreamento nas bases de dados disponíveis no circuito das bibliotecas universitárias brasileiras: o MEDLINE, o CINAHL e o LILACS. Nesta busca, utilizei os descritores *alcoholism and family*. Dentre os trabalhos, acessados através destas fontes, foram selecionados aqueles escritos em inglês, editados nos Estados Unidos e os espanhóis, editados na América Latina, que se encontravam disponíveis no tempo previsto para a realização deste estudo.

A inclusão de periódicos internacionais representa uma tentativa de abertura para inclusão de material que possa acrescentar outras visões e enriquecer este estudo, uma vez que, em revisão preliminar de literatura, foi identificada a escassez de bibliografia nacional sobre este assunto específico. Por outro lado, penso que, mesmo utilizando material produzido em outros países, alguns deles até com realidade bem diferente da brasileira, não haverá comprometimento deste estudo, pois muitos países, que do ponto de vista político, econômico e social, assemelham-se ao Brasil, também publicam em periódicos editados fora de seu país de origem, para obterem espaço a nível internacional. Acredito, porém, que, ao fazer a análise sobre os tipos de recursos utilizados para cuidar da família que convive com o alcoolismo, a bibliografia internacional possa salientar as diferenças existentes entre as realidades consideradas; mas, em termos de revelar a situação de desenvolvimento do conhecimento sobre as questões que envolvem a família dos alcoolistas, penso que o material produzido em outros países possa significar melhor embasamento para este estudo, uma vez que, em alguns destes lugares, os problemas decorrentes do alcoolismo surgiram um pouco antes como objeto de estudo.

### *Instrumento para coleta e retenção dos dados*

Para coletar e preservar os dados, utilizei-me de um instrumento construído especialmente para esta finalidade, o qual encontra-se no final deste trabalho como Anexo I. Este instrumento, elaborado à luz do referencial teórico desta dissertação, foi utilizado para proceder a um exame minucioso nas obras tomadas como objeto de estudo, e foi aplicado, separadamente, com cada um dos artigos selecionados. Seu preenchimento só acontecia após uma sequência de leituras, adotadas, neste estudo, como técnica para coleta de dados. Embora pretendesse cobrir todo o contexto no qual o tema alcoolismo e família tem sido explorado, o instrumento limita-se às dimensões consideradas neste estudo e admite, em seu uso, a característica de flexibilidade como forma de sanar esta limitação.

Este Instrumento está constituído de seis campos para investigação:

a) Identificação do trabalho:

\_\_ referência bibliográfica completa do trabalho;

\_\_ localização do trabalho: identifica o local onde o trabalho pode ser encontrado (nas bibliotecas, em bancos de dados, em outros locais), o que auxilia o pesquisador, em seu movimento de ir e vir aos dados, toda vez que se faz necessário.

b) Caracterização do trabalho:

\_\_ tema central: destaca o tema principal abordado no trabalho;

\_\_ temas correlatos: espaço destinado à identificação das ramificações temáticas que podem decorrer do tema principal explorado no trabalho;

\_\_ foco do trabalho: identifica o foco ao redor do qual o estudo se desenrola (a pessoa alcoolista individualmente, a família, a doença ou outros);

\_\_ referencial teórico: identifica o referencial teórico utilizado pelo(s) autor(es) para guiar o estudo consultado;

\_\_ características do estudo: identifica, no artigo consultado, a linha metodológica utilizada por seu autor;

\_\_ dimensões abordadas no trabalho: investiga as dimensões consideradas do alcoolismo

destacadas no estudo, tendo sido consideradas como dimensões aquelas instâncias explicitadas no referencial teórico desta dissertação, ou seja, as dimensões social, econômica, biológica, emocional cultural e intelectual;

\_\_ formação dos autores: investiga a área de atuação e/ou formação do(s) autor(es) do trabalho; o que serviu para evidenciar quais as áreas que mais publicaram sobre o tema, nos limites explorados por esta dissertação.

Um quadro resumo mostrando a caracterização de todos os trabalhos utilizados nesta dissertação como fonte de dados é apresentado como Anexo II.

### c) Resumo do trabalho:

Tem por objetivo apresentar, de forma concisa, uma exposição das principais idéias desenvolvidas nos estudos consultados, assim como dos objetivos por estes pretendidos, dos resultados e das conclusões extraídas a partir de seus dados. Este espaço comporta também a especificação do tipo de estudo que fora realizado, bem como a metodologia utilizada, sendo que a referência aos aspectos éticos que permearam a realização do estudo foram considerados, apenas, quanto ao fato de terem sido explicitados ou não, ao longo do trabalho.

Procurando preservar a essência do pensar dos autores, isentei-me, neste espaço, de comentários pessoais e da emissão de críticas ou julgamentos de valor sobre a publicação consultada. Com o propósito, entretanto, de também preservar os limites desta dissertação, em alguns casos específicos, o resumo assumiu um caráter seletivo, de forma que certas idéias contidas na publicação não foram contempladas no resumo. Por outro lado, quando as idéias expressas pelo(s) autor(es) eram relevantes para a sustentação do *fazer* do enfermeiro que cuida de famílias de alcoolistas, optei em preservá-las na íntegra. Estes resumos, que serviram de referência para esta busca de conhecimento, são apresentados como Anexo III.

### e) Recursos e estratégias terapêuticas adotadas no trabalho

Neste item investiguei os recursos referidos pelos autores dos trabalhos para cuidar da pessoa alcoolista e sua família. Foram considerados como recursos as

organizações comunitárias formais e informais e os serviços profissionais capazes de fornecer suporte a pessoa alcoolista e sua família. Foram incluídos, como recursos profissionais, toda a rede de serviços institucionais, gerenciados a partir de órgãos governamentais, ou privados, nos quais a comunidade está isenta de responsabilidades legais. Nesta classificação constavam os serviços médicos, de enfermagem, de psicologia e de serviço social, entre outros, e as instituições hospitalares, clínicas, e ambulatórios.

Por recursos comunitários, foram considerados aqueles não profissionais, gerenciados a partir de ações da comunidade e não vinculados à ação governamental. Estes recursos comunitários foram divididos em formal e informal. Como recurso comunitário formal, foram identificados os tradicionais grupos de auto ajuda AA (Alcoólicos Anônimos), AL-Anon (Grupos de familiares, parentes e amigos dos alcoolistas), ALATEEN (Grupo de filhos de alcoolistas), entre outros. Como recurso comunitário informal, foram incluídos a própria família, os amigos, vizinhos, a religião, o trabalho, entre outros. Este espaço do instrumento mostrou quais os recursos utilizados para cuidar a família do alcoolista.

Ainda neste espaço foram investigadas as estratégias terapêuticas referenciadas pelos autores, para cuidar das pessoas alcoolistas e suas famílias. Foram consideradas como estratégias, a forma de cuidar própria dos recursos utilizados, tais como, psicoterapia de grupo, individual, familiar, terapêutica medicamentosa, entre outras.

#### f). Comentários

Neste espaço, foi registrada a opinião pessoal sobre as idéias desenvolvidas nos estudos consultados, acrescidas de informações adicionais provenientes de outros estudos publicados, que enriqueciam ou então faziam contraponto com as questões levantadas naqueles trabalhos.

#### g) Contribuições para este estudo

Espaço destinado ao registro das reflexões, dos questionamentos e encaminhamentos suscitados pela leitura dos trabalhos e a indicação de como poderiam

ser utilizados nesta dissertação. A família, implícita ou explicitamente percebida no trabalho consultado, foi registrada neste espaço e este material serviu para responder ao objetivo que buscava identificar como a família tem sido tratada, nos diferentes contextos, a partir dos quais o alcoolismo é estudado.

### *Coleta de dados*

De acordo com Salvador (1986), a leitura é a técnica utilizada para coletar dados em uma pesquisa bibliográfica. Através desta, podemos identificar as informações e os dados constantes do material impresso, as relações entre eles e analisar sua consistência. A sistematização do processo de leitura, porém, deve ser flexível para não prejudicar as diferenças individuais de cada leitor. A partir desta orientação adotei como técnica de coleta de dados uma seqüência de exaustivas leituras, sugerida por este autor, cujo desmembramento ocorreu na seguinte seqüência:

**Leitura de reconhecimento:** é uma leitura rápida, com o objetivo de certificar-se da presença do tema ou das informações que buscava. Segundo o autor, para este tipo de leitura, se faz necessário conhecer previamente a organização do material consultado. Reportando-me à esta dissertação posso afirmar que a leitura de reconhecimento aconteceu na forma de consulta nas bases de dados computadorizadas (Medline, Lilacs e Cinahl).

**Leitura exploratória:** caracteriza-se por ser também uma leitura rápida cujo objetivo é verificar se o trabalho responde aos interesses da pesquisa. Embora pareça superficial, este tipo exige conhecimento sobre o assunto, domínio da terminologia e habilidade no manuseio de publicações científicas. No presente estudo, a leitura exploratória deteve-se nos resumos que antecedem os textos e procurava comprovar a existência das informações que buscava para responder aos objetivos deste.



**Leitura seletiva:** procura determinar o material que de fato interessa à pesquisa, selecionando as informações pertinentes e relevantes e descartando as secundárias. Deve ser realizada à luz dos objetivos da pesquisa que se pretende desenvolver e representa o início de uma relação mais íntima com o texto consultado. Com esta leitura foi possível responder as questões investigadas no instrumento utilizado para retenção dos dados, nos espaços referentes à identificação e caracterização da obra.

**Leitura reflexiva ou crítica:** é o estudo crítico do material, orientado por critérios determinados a partir do ponto de vista de seu autor, tendo como finalidade ordenar e sumarizar as informações contidas na publicação. Esta leitura, realizada nos textos definitivos, busca responder a questão norteadora e os objetivos da pesquisa em questão. Para atingir estas finalidades, o pesquisador deve inserir-se no texto com profundidade suficiente para identificar as intenções do autor, porém, isentando-se de qualquer tentativa de julgamento em função de suas próprias idéias. Neste ponto o que vale é a compreensão do que o autor afirma e porque faz tal afirmação, portanto, uma análise minuciosa das partes do texto é imprescindível para a compreensão da totalidade. Os resumos que serviram como fonte para coleta de dados foram elaborados após esta fase da leitura.

**Leitura interpretativa:** é a mais complexa e tem por objetivo estabelecer as relações entre as idéias expressas no trabalho e o problema para o qual se busca a resposta. Implica na interpretação das idéias do autor, acompanhada de uma interrelação destas com o propósito do pesquisador. Requer, portanto, um exercício de associação de idéias, transferência de situações, comparação de propósitos, liberdade de pensar e capacidade de criação. Para evitar que a interpretação seja feita somente em cima de proposições pessoais, podemos estabelecer relações entre conhecimentos significativos, originados em outras pesquisas reconhecidas, ou em teorias comprovadas. Na leitura anterior, a reflexiva ou crítica, o critério norteador era o propósito do autor, nesta leitura interpretativa o que vale é o propósito do pesquisador. Este tipo de leitura serviu de base para elaborar os comentários e contribuições para esta dissertação.

A coleta de dados foi um trabalho desenvolvido em duas etapas. A primeira, deteve-se no estudo do material bibliográfico através de um processo de leituras sequenciais que, embora tenha procurado seguir a sistematização proposta por Salvador (1986), assumiu determinadas peculiaridades que o tornaram diferenciado. Embora inicialmente tenha sido numericamente estabelecido um mínimo de quatro leituras sequenciais para apreensão dos dados, ao longo do desenvolvimento foi necessário um reajuste neste planejamento devido a interferência, não prevista, de diversos fatores, tais como a especificidade de determinados temas explorados, a profundidade da investigação realizada, nos trabalhos consultados, as limitações com relação ao domínio do idioma em que o trabalho havia sido publicado, pois, a utilização de termos técnicos em idioma estrangeiro dificultou sobremaneira a apreensão do conteúdo; a terminologia utilizada no material produzido por outras áreas, mesmo aquelas consideradas afins, pois, estas têm seu código de domínio próprio e interno. Este rearranjo no planejamento inicial comprovou a afirmação de Salvador (1986) quanto a necessidade de adotar um processo de leitura flexível. E, foi esta flexibilidade que propiciou um tipo de relação entre o leitor e o texto que pode ser descrita, conforme diz Certeau (1994), como uma prática que introduziu uma arte que não foi passiva, pois, provocou diferentes comportamentos ou posturas nos diversos momentos em que acontecia. De forma quase ritualizada, produzia desde a primeira leitura, um movimento de flutuação através das páginas e uma metamorfose do texto na qual acontecia uma reapropriação de seu conteúdo. Era como se o texto fosse um espaço a ser habitado e o ato de habitá-lo concedia-me o direito de imbutir-lhe minha forma particular de perceber.

A segunda etapa desta coleta de dados voltava-se para o armazenamento dos dados, em um instrumento elaborado, especificamente, para esta finalidade. O preenchimento deste instrumento era realizado após a compreensão e apreensão do conteúdo expresso no material publicado. Este trabalho consistia da elaboração de um resumo da publicação, a identificação dos recursos e estratégias para cuidar das pessoas alcoolistas e suas famílias, descritas diretamente no texto ou, no caso de não estarem explicitamente referenciadas, identificadas através da remoção de camadas textuais para buscar, nas entrelinhas do escrito, a presença que muitas vezes era pressentida. Nesta

segunda etapa, era realizado também o registro das críticas pessoais sobre o material consultado e a elaboração das contribuições que o material consultado representava para esta investigação.

### *Estudo Piloto*

Este procedimento tem por finalidade verificar, em condições reais de trabalho, se o projeto elaborado funciona adequadamente. Segundo Victora, Barros (1994), o estudo piloto é o *ensaio final* para o trabalho de campo com todos os participantes vestidos a *rigor*. Realizei o estudo piloto com três artigos publicados em periódicos nacionais, com o objetivo específico de testar o instrumento para coleta de dados, verificar se era suficiente para desenvolver o tipo de estudo que havia me proposto e para dimensionar a questão do tempo previsto para a realização desta pesquisa. Com este teste ficou evidenciado que o tempo previsto para a coleta de dados que, inicialmente, era de três meses, precisava ser dilatado. Porém, estes trabalhos editados em português, usados no teste piloto, também não foram suficientes para mostrar a real extensão do tempo necessário para execução desta dissertação, pois foi preciso ampliar ainda mais o tempo em decorrência de problemas com o trabalho de tradução do material estrangeiro.

### *Aspectos éticos*

Tomar, como fonte de dados, os estudos produzidos por profissionais da mesma área onde atuo foi uma experiência que exigiu vigilância constante de minha parte sob pena de cometer deslizes éticos involuntários ou até mesmo despercebidos. Sendo partidária da idéia de que é impossível separar os valores pessoais do processo de pesquisa, principalmente, nas fases de seleção da bibliografia, análise e discussão dos

dados, procurei deixar claro as possíveis inferências, apresentando minha própria posição teórica sobre o tema pesquisado. Ao longo de todo o trabalho, sempre que havia espaço, procurei revelar esta minha posição de tal forma que, conhecendo-a, o leitor possa distinguir a (im)parcialidade das interpretações que realizei sobre as obras que constituíram-se em material de consulta. Quero enfatizar que as considerações com os aspectos éticos imbricados neste estudo estiveram presentes durante todo o tempo de sua realização. O respeito as idéias e as opções dos autores consultados foi objeto de constante preocupação.

### *Análise e interpretação dos dados*

A análise e interpretação dos dados foi realizada à luz do referencial teórico, levando em consideração os objetivos propostos para esta investigação. Para leitura dos dados, o material foi agrupado em duas categorias, os nacionais e os estrangeiros. Não fiz distinção aos latinos pois estes eram numericamente insignificantes, e uma vez que a relevância estava no conteúdo destes artigos, descartei a possibilidade de formar três categorias. Com estes agrupamentos, procurei identificar as características e o estágio do desenvolvimento do conhecimento sobre a temática que investigava e procurei, especificamente, pela família que ali poderia encontrar e pelos recursos e estratégias utilizados para cuidar da saúde destas famílias.

Em um segundo momento, o material resultante da coleta de dados foi novamente reagrupado e, desta vez, procedi a análise tomando como critério a linha metodológica que cada um destes estudos usava em sua realização. Com este agrupamento, procurei desvelar os caminhos que têm sido utilizados na construção do conhecimento sobre família e alcoolismo e qual o conhecimento produzido em cada um desses agrupamentos.

Tendo sempre por base a crença de que os enfermeiros têm necessidade deste conhecimento para sentirem-se impulsionados e (re)pensar sua prática, foi realizada uma

síntese sobre cada um dos agrupamentos formados. E, ao finalizar a leitura dos dados, procurei identificar quais os temas mais explorados nos estudos sobre família e alcoolismo detectando, nesta busca, de forma indireta, alguns vazios neste conhecimento específico.

## ***CAPÍTULO IV***

### ***RESULTADOS***

Os resultados desta pesquisa devem ser interpretados à luz do número e das restrições inerentes aos estudos analisados, da abrangência e qualidade dos mesmos, e dos sérios problemas conceituais e metodológicos com que se defronta a produção de conhecimento, na especificidade do tema investigado. Muitos destes artigos publicados, utilizados para coleta de dados, são, na verdade, apresentações resumidas de trabalhos originalmente mais ricos em informações e, portanto, as críticas e os comentários que sobre eles elaboro, devem ser considerados dentro dos limites desse material publicado.

Procurar resposta a objetivos elaborados, especificamente, para esta dissertação, em trabalhos que foram realizados para responder a outros e não a estes com os quais trabalho, revelou uma duplicidade de propósitos que, inicialmente, pareciam incompatíveis. Foi necessário, então, buscar a maior aproximação possível entre os objetivos desta dissertação e os resultados apresentados nos trabalhos tomados como objeto de estudo. Neste exercício de aproximações sucessivas, para não desvirtuar a leitura dos dados nem distanciar-me do propósito dos autores, retomei o objetivo maior deste estudo com o qual pretendia buscar na literatura o conhecimento existente sobre família e alcoolismo que pudesse respaldar as ações dos enfermeiros que cuidam das pessoas e das famílias que convivem com o alcoolismo. Acredito, porém, que, neste processo, coisas importantes podem ter sido perdidas, mas isto não significa que não possam ser retomadas mais tarde, em um outro momento.

Partindo da crença que o conhecimento, em sua essência, não tem fronteiras e, portanto, não deve ser considerado como exclusividade de uma determinada área, busquei respostas às minhas indagações nos diversos campos de atuação profissional, onde acreditei que poderiam ser encontradas. Sem discriminação ou preconceito, busquei-as na psicologia, na medicina e no serviço social, procurando transpor as

especificidades de cada área e apreender o que de universal pudesse ser resgatado para o cuidado de um ser que bebe e adocece e de uma família que compartilha deste adoecer.

O uso de uma terminologia própria destas outras áreas, sem dúvida exigiu maior concentração, mais tempo e um maior aprofundamento para *caminhar* ao longo dos textos e apreender seu conteúdo. Esta dificuldade, porém, não foi impeditiva para reconhecer a importância dos conteúdos estudados e sua relevância para o cuidado das pessoas que convivem com o alcoolismo. Penso, desde então, que a enfermagem, se quiser avançar na construção de conhecimentos que possam vir a respaldar seu fazer prático, deverá compartilhar com outras profissões, o acervo de experiências acumuladas e o conhecimento já construído sobre as famílias que vivenciam a questão do alcoolismo. Acredito que, destas parcerias, poderá emergir a competência para o manejo e para a produção de conhecimentos nesta área específica.

Embora o foco desta pesquisa estivesse voltado, desde o seu início, para o tema *família e alcoolismo*, no processo de sua construção, resolvi examinar o material publicado a nível nacional, mesmo sabendo que pouco poderia encontrar sobre este tema. Acreditava, porém, que este era o momento apropriado para refazer minhas leituras e comprovar, ou não, as minhas certezas. Por outro lado, representava também a possibilidade de identificar e refletir sobre a existência de vazios neste conhecimento específico.

Sem a preocupação de quantificar os achados, nem de atrelar relevância à quantidade, procurei a família nos textos que utilizei como fonte de dados. E, no material publicado a nível nacional, raras foram as vezes em que a encontrei claramente referenciada pelos autores. Então, diante dessa ausência, procurava nas entrelinhas do texto onde, implicitamente, ela poderia estar. Nesta busca, para distinguir uma família pensada e explicitada por seu autor, de uma família talvez nem pensada, nem explicitada, mas por mim inferida, enquanto leitor, utilizei as expressões "*o dito*" e "*o*



*não dito*" para distinguir estas duas possibilidades. A primeira refere-se ao texto no qual a presença da família podia ser identificada. A segunda, a uma possibilidade de presença, ou uma ausência que pode não ser vazio, mas apenas um cuidado metodológico devido a necessidade de delimitar o tema explorado.

Foram selecionados trinta e oito artigos, os quais estão referenciados junto aos resumos apresentados no Anexo III. Destes, dezesseis haviam sido publicados em periódicos editados no Brasil, dois, escritos em espanhol, editados na Argentina e vinte em inglês, publicados em periódicos americanos. Nem todos os trabalhos identificavam a área de formação ou de atuação de seus autores, mas entre aqueles que traziam essa especificação, encontrei em cinco deles, a participação de enfermeiros como autores isolados ou co-autores.

No total de artigos consultados, as dimensões social e emocional foram as mais referenciadas, seguidas, por ordem de frequência pelas biológica, cultural, econômica e, de forma quase insignificante, pela dimensão intelectual. Raros foram os trabalhos que especificaram o referencial teórico que utilizavam. Da mesma forma que me apoiei em meu quadro de referência teórica para buscar a família e entender sua vivência com o alcoolismo, senti, que a ausência deste, nos estudos consultados, interferiram, de forma negativa para uma compreensão mais ampla dos resultados que apontavam.

Especificamente, com relação ao material nacional com o qual me deparei, aflorou uma produção científica mais voltada para a pessoa que bebe e sua doença individual. Penso que esta imagem de uma pessoa restrita a um contexto limitado reflete, de alguma maneira, o modelo de assistência de saúde, predominante em nossa realidade. De qualquer modo, procurei, nestes trabalhos, a família, os recursos e estratégias para dela cuidar e procurei identificar o delineamento que tem sido utilizado para a construção do conhecimento sobre alcoolismo e família.

## *A FAMÍLIA QUE EMERGE DOS DADOS*

---

A partir das tantas leituras procurando apreender nos textos o pensar "*dito*" e o "*não dito*", fui (re)montando a família de alcoolistas com quem convivi durante os últimos tempos. Esta família que, gradativamente, emergiu dos dados coletados, não é real mas reflete o significado concreto que desperta nos diversos espaços onde foi pensada. Para remontá-la, busquei nos trabalhos suas referências diretas e os indícios que apontavam sua presença ou justificavam sua ausência. Este *retrato*, então, não resulta do pensar de um único autor, não é nem mesmo o meu pensar, mas foi construído a partir dos muitos pensares que encontrei na leitura dos trabalhos. Não tem, portanto, exclusividade de autoria, mas seja percebida como bonita ou como feia, esta família de alcoolista é um pouco de cada um daqueles que, direta ou indiretamente, permitiram-me sua composição. Representa, pois, a tendência percebida na produção científica e reflete, de qualquer modo, a relevância (ou ausência de relevância) que detém neste campo específico.

Na *literatura nacional* examinada, aos poucos, fui constatando que, em geral, os trabalhos gravitam em torno da pessoa alcoolista. A família não tem seu espaço próprio e, nas raras ocasiões em que aparece, é mencionada ora como mantenedora de fatores de vulnerabilidade ao alcoolismo os quais são transmitidos através das gerações, ora como espaço para pesquisa. Em grande parte dos trabalhos, estas famílias não têm uma identidade própria, sendo consideradas apenas como parte secundária do problema alcoolismo. Por outro lado, quando a abordagem do alcoolismo fica restrita a

determinadas dimensões como, por exemplo, a econômica, a família está excluída, como se não transitasse neste espaço dimensional. Quando, porém, esta abordagem contempla a dimensão social, considerando o alcoolismo como problema social e, portanto, como uma doença que não está restrita somente ao indivíduo, percebo, então, a presença da crença explicitada no referencial teórico desta dissertação, a qual considera que não existe apenas um ser que adoece em consequência do alcoolismo, mas sim, uma família que sofre e adoece junto com a pessoa alcoolista.

Na bibliografia nacional, esta família foi referenciada, mais frequentemente, através do marido, da esposa e dos filhos, podendo ser caracterizada, portanto, como uma família nuclear. O homem, em geral, é apresentado como o ser que bebe e, apenas culturalmente é possível explicar o menor número de mulheres alcoolistas, pois, sob esta dimensão, o alcoolismo feminino é menos aceitável e, portanto, menos referenciado. Este homem, que também é pai e marido, em geral, está em uma faixa etária compreendida entre os anos mais produtivos para o trabalho, tendo seu desempenho comprometido pelo alcoolismo e trazendo, conseqüentemente, repercussões negativas para sua família, no que tange aos aspectos de subsistência. O perfil psicológico, traçado em um estudo de van Kolck et al. (1991), com alcoolistas crônicos, delineou estes homens como pessoas dependentes, tímidas, fugidias, com medo de tomar iniciativas e de assumir responsabilidades, impulsivas, suscetíveis a ofensas, resistentes à autoridade e, em muitos casos, com idéias de grandeza, perfeccionismo e exibicionismo, as quais servem para encobrir sentimentos de inadequação, insegurança, insatisfação e ansiedade.

Os filhos, são referenciados na literatura de forma breve e lacônica. O filho, visto como alguém que pode herdar do pai a predisposição para o alcoolismo, e a filha, como uma pessoa que tende a reconstruir, na vida adulta, sua família da infância e da adolescência, muitas vezes, buscando como companheiro um marido com as mesmas características do pai, apesar de todos os sentimentos de vergonha, raiva e frustração que já experimentou quando criança.

Nesta família, cada pessoa tem um papel a desempenhar, sendo que este é definido a partir de normas estabelecidas por seu próprio grupo familiar e social. O alcoolismo, vivenciado por esta família, é visto como uma doença que interfere no desempenho destes papéis, provocando uma alteração na dinâmica familiar e, naturalmente, desencadeando a necessidade de um (re)ajustamento dentro de um modelo diferente daquele que, social e culturalmente, é esperado. O marido alcoolista deixa de ser o líder, sendo que seu papel e os demais vão sendo redistribuídos entre os membros da família. Toda a família é atingida por esses (re)arranjos, principalmente os filhos, que acabam desenvolvendo problemas de relacionamento interpessoal e dificuldades emocionais no âmbito familiar e social. Segundo Cardim e Azevedo (1991), a cisão familiar, seja esta por morte, seja pela separação dos pais, a qual foi detectada com mais frequência nas famílias de origem das pessoas alcoolistas, mas que também foi significativa em suas famílias atuais, serve como indicativo das dificuldades experimentadas por estas pessoas, para preservarem seus vínculos familiares.

A intimidade das famílias, descritas na literatura nacional, mostra um cotidiano caótico, onde a inconsistência e a fragilidade das relações afetivas podem provocar distanciamento emocional entre seus membros. Em alguns destes estudos, a família está caracterizada como uma unidade comprometida, fragmentada, deteriorada, com conflitos e crises existenciais frequentes, porém, na maioria das vezes, sem consciência da extensão de sua patologia. Seu discurso, caracterizado por alguns profissionais da saúde como falido, revela a impotência e o fracasso destas famílias diante das tentativas para minimizar os problemas que experienciam.

A família de alcoolista, referenciada na literatura, geralmente como uma *unidade desestruturada* é, ao mesmo tempo, reconhecida como um recurso para o tratamento e recuperação da pessoa alcoolista. Diante desta contradição, que abriga, de um lado, o caos e, de outro, a competência para ajudar, entendo que, permeando os textos dos autores brasileiros que escrevem sobre alcoolismo, deve existir, de forma

velada, o reconhecimento de algo (*não dito*) que emerge deste caos e capacita estas pessoas para o cuidado de seu familiar alcoolista.

A presença do álcool em seu cotidiano é percebida de forma diferente pelas diferentes pessoas que compõem estas famílias. Através de resultados que apontaram o início do uso de álcool em crianças de até quatro anos de idade, percebo que esta substância deve ser parte integrante do viver destas famílias tendo, muitas vezes, seu espaço garantido através das gerações. Isto confirma que, nem sempre o álcool é considerado como elemento estranho e desencadeador de mal-estar ou desequilíbrio; com muita frequência, ele é visto como estabilizador ou promotor de um equilíbrio que, na ausência de um termo melhor, chamo de *equilíbrio flutuante*.

Ao admitir a possibilidade de que a pessoa, dependente de álcool, *alcooliza* o meio social em que vive, alguns autores deixam perceber que, mesmo não sendo diretamente referenciada em seus trabalhos, a família está presente, sentindo e sofrendo com os efeitos de conviver diariamente com o alcoolismo. Dentro da concepção teórica que admite esta alcoolização do meio, a família interage com o meio externo, nele fazendo suas trocas, crescendo, diminuindo-se e, muitas vezes, envergonhando-se de sua condição. Nesta linha, a família é concebida como um sistema em equilíbrio (mesmo que este possa ser percebido como patológico), que consegue preservar suas normas, suas crenças, suas relações e, em cuja intimidade, se constrói a subjetividade dos seres que constituem este sistema.

Esta foi a família que identifiquei nos dezesseis trabalhos nacionais consultados. Dos trabalhos examinados, apenas quatro a mencionavam diretamente e, mesmo nestes, não se constituía no foco central do trabalho. Os demais estudos focalizavam, prioritariamente, a pessoa alcoolista individualmente, ou apenas a sua doença considerada de forma isolada.

A *família* que emerge dos dados coletados na *bibliografia estrangeira* pode

ser igualmente caracterizada como uma família nuclear, constituída, em geral, pelo pai, a mãe e os filhos, mas que reconhece também, como seus membros, todas aquelas pessoas com quem o alcoolista tem uma relação significativa e os quais são capazes de exercer influência em sua vida. Ligados por vínculos de parentesco, estas pessoas residem no mesmo espaço físico, interatuam e desenvolvem atividades relacionadas com a manutenção de seu cotidiano, somando suas capacidades individuais e seus recursos para a realização das tarefas econômicas, sociais, biológicas e de reprodução que, social e culturalmente, lhes cabe.

Embora compartilhando o mesmo cotidiano, estas pessoas possuem concepções próprias e, por vezes, diferentes à cerca de questões essenciais que experienciam, tais como, suas funções, suas relações familiares, sua forma de adaptação e seus ajustamentos, entre outros. O alcoolismo é, em geral, percebido de forma consensual, como um problema que extrapola a esfera individual, atingindo a família como um todo, e constituindo-se numa fonte de estresse, desencadeadora de problemas físicos e emocionais para todos os seus membros. Seu início insidioso, gradual e progressivo, é uma característica confusa e assustadora para os familiares que percebem o comportamento, que uma vez fora considerado normal, transformar-se em disfuncional. Os filhos o reconhecem como devastador para o ambiente familiar, na medida em que é desencadeador de discórdia conjugal e responsável pelas situações que resultam na quebra dos sonhos infantis e abandono de crianças. De acordo com o relato de um trabalhador do AL-Anon, a vivência cotidiana nestas famílias pode ser representada, pelo sentimento de *estar vivendo com uma bomba relógio*, enquanto que a expectativa ambígua com relação ao comportamento da pessoa dependente é retratada como: *caminhar sobre ovos*.

Os *papéis* desempenhados pelos membros destas famílias sofrem variações em sua interpretação, de acordo com cada autor, porém, com relação a suas finalidades existe um certo alinhamento. Para Scavnicky-Mylant (1990), apoiado em Black (1979, 1981) o qual utilizou a teoria da ordem de nascimento e sistema familiar de Adler para

sua investigação, além do papel de *delinqüente* ou *acting out*, existe também o de *responsável*, típico para o filho mais velho ou filho único. Essa criança ajuda a manter a estabilidade, a estrutura e a consistência nas relações familiares. O *ajustador*, ou *adaptador*, cabe àquela criança que segue ordens facilmente, é flexível, estando apto a aceitar qualquer situação. O terceiro papel é o do *conciliador*. Essa criança é mais passível de ser sociável e útil, ainda que seu objetivo primeiro seja encobrir conflitos. O *conciliador* é dado a desviar a atenção de si mesmo frequentemente, sentindo-se solitário, deprimido e isolado dos outros. Essa criança sente responsabilidade pela dor emocional na família.

Por outro lado, Scavnicky-Mylant (1990) agora apoiando-se em Wegscheider (1979, 1981) o qual usou a teoria de sistema familiar, identificou os papéis, o *herói da família*, o *bode expiatório*, a *criança perdida* e o *mascote*. A filha ou filho mais velho, geralmente assumindo o papel de *herói da família*, sente-se responsável pela família inteira. Essa criança tenta recompor as fraquezas da família, tomando para si encargos abandonados pelo pai ou pela mãe. O objetivo desse papel é impossível de ser atingido, uma vez que, sozinha, uma criança não consegue desempenhá-lo com sucesso. O *bode expiatório* da família, é um papel frequentemente assumido pela segunda criança na família, a qual aprende desde cedo que, por mais que tente, não consegue competir com o *herói da família*. O papel de *criança perdida*, geralmente assumido pela terceira criança da família, é descrito, em geral, como a *criança esquecida*, porque não reclama, tem poucas expectativas e, frequentemente, sente-se ou está só, por bastante tempo. O *mascote da família*, geralmente a mais jovem, frequentemente alivia a tensão, atuando de modo divertido, em vez de expressar sentimentos. Alguns dos efeitos desse comportamento e a reação da família a ele incluem imaturidade, hiperatividade, fragilidade e esgotamento emocional.

Esses papéis são elementos vitais na manutenção do equilíbrio que as pessoas conseguem estabelecer no grupo familiar. E, com finalidades semelhantes, estas famílias também adotam *regras* peculiares que lhes permitem suportar um cotidiano

disfuncional, habitualmente permeado de promessas não cumpridas. Essas *regras*, que garantem o caráter sigiloso de seu cotidiano, podem ser passadas de geração para geração, e incluem comportamentos como: *não falar, não sentir e não confiar*. O isolamento social, normalmente regido por estas regras, é uma estratégia usada por estas famílias para proteger seus membros e ao dependente, da vergonha e da dor emocional que experimentam, ao mesmo tempo que serve para sustentar uma visão distorcida da realidade e a aceitação de um padrão familiar disfuncional.

Na diversidade de *sentimentos* experimentados pelas pessoas destas famílias, encontrei diferentes formas de amor, de medo, de confusão, de culpa, de incerteza, de incompetência, decorrentes, muitas vezes, da imprevisibilidade própria do comportamento da pessoas alcoolista. O sentimento de culpa constitui-se num duro fardo que os filhos de alcoolistas podem levar para a idade adulta. Esta culpa, que ajuda a manter um cotidiano disfuncional, manifesta-se na forma de medo e ansiedade e, na própria linguagem que os filhos de pais alcoolistas utilizam, frequentemente é salpicada com *Eu deveria ter...* ou *Se eu tivesse feito de modo diferente....* Esse sentimento de culpa faz com que, muitas vezes, os filhos sintam-se responsáveis por não terem conseguido mudar a situação familiar.

O pesar é outro sentimento que os filhos de alcoolistas enfrentam. As perdas e o abandono sofrido na infância formam o âmago do pesar e determinam um estado crônico de depressão. Essas perdas são provocadas, muitas vezes, pela morte prematura do(s) pai(s) alcoolista(s), pelo abandono emocional, ou pela perda da infância que, de alguma maneira, pode ter sido arruinada pelo comportamento da pessoa alcoolista ou pelo prolongamento do estado de doença durante muitos anos. Por outro lado, mesmo que os pais sejam vistos como ausentes, provocando sentimentos de desamparo, os filhos, geralmente, sentem-se responsáveis pelo cuidado dos mesmos.

A raiva, sentimento que no filho do alcoolista, frequentemente está mascarado, também representa uma perspectiva assustadora para ser enfrentada, justamente por ter



sido reprimida por muito tempo, ao longo da vida. Esse sentimento de raiva, associado a tristeza e pesar, sustentam o estado crônico de depressão.

Caracteristicamente, essas famílias de alcoolistas, retratadas na literatura estrangeira, experimentam prejuízo em várias áreas do funcionamento. Seus membros têm dificuldade em estabelecer padrões apropriados de comportamento, as interações familiares tornam-se disfuncionais e podem ter dificuldade em conseguir soluções efetivas para seus problemas. São altos os níveis de conflito e tensão, a comunicação está prejudicada, uma vez que as mensagens são hostis, negativas e não são diretamente dirigidas à pessoa a quem diz respeito. A coesão entre seus membros é baixa, o isolamento interpessoal está presente, o controle é restritivo, há falta de clareza na organização familiar, e há falta de confiança e segurança. Tudo isso leva as pessoas a conviverem com uma legião de problemas que incluem desde dificuldades financeiras, discórdia matrimonial, até abuso físico com o cônjuge, os filhos.

O abuso ocorre em quase todos os lares de alcoolistas, variando apenas em grau, de acordo com o nível de disfunção familiar. Este abuso manifesta-se, via de regra, em diferentes formas de negligência, privações precoces, agressão física e verbal. *Blackouts* sofridos pelas pessoas alcoolistas, que não permitem lembrar o que disseram ou o que fizeram, podem provocar estas privações de caráter involuntário e acompanhadas de sentimentos de confusão nas crianças. Por seu turno, a negligência emocional, vivenciada por esses filhos, faz com que eles aprendam, precocemente, a desempenhar tarefas de adultos para garantir a própria sobrevivência, tais como cozinhar e, de modo geral, atender a suas necessidades físicas. Isto, na vida adulta, pode ter um impacto duradouro e manifestar-se, inclusive, na forma de dificuldade para pedir ajuda.

De acordo com estudo realizado por Montgomery, Johnson (1992), as esposas de alcoolistas consideram como fonte de estresse, entre outros, o relacionamento com os filhos, por este manifestar-se, frequentemente, na forma de preocupação, de

sentimentos de culpa e raiva, relacionados ao efeito das bebedeiras dos maridos sobre eles; o relacionamento social porque, em geral, está associado às limitações impostas pelo alcoolismo do companheiro, pela perda dos amigos, pela necessidade constante de omitir as bebedeiras; o próprio relacionamento com o marido, por ser este marcado pelos sentimentos de rancor, raiva, dificuldade de convivência, incerteza com relação ao futuro e preocupação constante. Neste estudo, os autores comprovaram que nem sempre a sobriedade do cônjuge é percebida como algo positivo. Embora algumas esposas referissem alívio e felicidade, outras manifestavam ansiedade, incerteza e dificuldade para ajustar-se a um comportamento até então desconhecido e imprevisível de seus maridos na abstinência.

Para quem convive com o estresse constante e reprime o sofrimento que o alcoolismo provoca, a canalização destes para alterações do funcionamento orgânico é uma *solução* nem sempre satisfatória, mas que muitas vezes pode representar a única saída que resta. A saúde física e mental das pessoas destas famílias está, por conseguinte, prejudicada, sendo que a depressão, os distúrbios de ansiedade, as desordens afetivas bipolares e os distúrbios neuróticos são diagnósticos frequentes. Dentre estes, a depressão e os conflitos conjugais foram, comprovadamente, maiores e mais intensos entre as pessoas que convivem com o alcoolismo do que na população em geral.

Embora existam pontos de vista diferenciados com relação ao conhecimento sobre família e alcoolismo, há consenso, em um grande número de trabalhos, quanto aos problemas que os filhos e as famílias de um modo geral podem apresentar. Entre estes, os mais referenciados foram, na infância, os problemas comportamentais incluindo conduta agressiva, delinquência, insociabilidade, hiperatividade, ansiedade, comportamentos obsessivos e dificuldades escolares. Na idade adulta, a probabilidade de desenvolver dependência ao álcool foi o mais presente na maioria dos trabalhos. Embora esses filhos possam ser descritos como pessoas que externamente demonstram ser competentes e ajustados, na verdade, são detentores de uma auto-percepção negativa

e, a nível inconsciente, revelam uma baixa auto-estima. A falta de confiança, as dificuldades nos relacionamentos interpessoais, o padrão de enfrentamento abalado e o desenvolvimento de uma auto-imagem prejudicada decorrem, provavelmente, da falta de consistência nas relações entre pais e filhos que, com certeza, contribui para um ajustamento adulto, no mínimo, dificultoso. O estudo de Markowitz, Craig (1992), que examinou a auto-estima em filhos de alcoolistas, apontou que o sentimento básico que permeou as histórias pessoais destes filhos foi o de negligência ou esquecimento por parte dos pais e, ao mesmo tempo, em que estas crianças sentem-se desamparadas, assustadas e confusas no ambiente familiar onde vivem, também demonstraram, em nível consciente, um excesso de auto-confiança e responsabilidade para as relações de cuidado com seus pais problemáticos.

Através de análise realizada em alguns estudos consultados, foi possível identificar os filhos de alcoolistas como um *grupo de risco* que, em alguns casos, vivem bem, apesar da *aparência de sobreviventes*. No cotidiano familiar, retratado como assustador e caótico, algumas crianças desenvolvem uma auto percepção positiva, sugerindo que, por um certo mecanismo que reduz a dor emocional de crescer em um lar de alcoólicos, os efeitos mais danosos do alcoolismo ficam *camuflados*. Estas crianças desenvolvem uma forma de sobrevivência que, na infância, parece ser bem sucedida, mas que, na idade adulta, muitas vezes, pode tornar-se disfuncional.

Por outro lado, mesmo sendo provenientes de famílias caracterizadas por instabilidade, negligência e desamparo emocional, estas crianças podem desenvolver um auto-conceito positivo, desde que um dos pais esteja apto a prover uma relação estável e enriquecedora com a criança, a despeito da ocorrência de alcoolismo no cônjuge. Resultados de algumas pesquisas indicaram que é possível internalizar uma percepção positiva do *self*, mesmo sendo criados em lares que convivem com o alcoolismo. Esses sentimentos positivos sobre o *self* estão significativamente relacionados com as habilidades da pessoa para desenvolver uma rede social da qual possa receber o suporte que a ajude no enfrentamento do estresse de conviver com o alcoolismo.

## *RECURSOS E ESTRATÉGIAS QUE EMERGEM DOS DADOS*

---

---

De modo geral, a discussão que envolve a questão do espaço onde as pessoas alcoolistas devem ser tratadas está, na maioria das vezes, atrelada à concepção de alcoolismo. O Hospital Psiquiátrico é o local de escolha quando o alcoolismo é visto como um problema psiquiátrico, enquanto que o hospital geral é a opção quando é visto como problema clínico. Por outro lado, aqueles que concebem o alcoolismo como problema social e o álcool como droga ilegal, utilizam-se de estratégias de caráter mais repressivo, enquanto aqueles que consideram como irrelevante a questão do álcool ser ou não ilegal e concebem o alcoolismo como problema de saúde, voltam-se para programas de prevenção que podem ser desenvolvidos em qualquer lugar considerado como espaço para tratamento. Para Bertolote (1992), entretanto, a definição deste espaço deve levar em consideração os recursos humanos e materiais existentes em vez de apoiar-se em concepções particularizadas e dicotômicas. Assim como o espaço, também a forma de organização dos serviços de saúde que prestam assistência às pessoas alcoolistas e suas famílias têm sido determinada a partir da visão particular de quem promove esta organização.

No material consultado, identifiquei uma infinidade de recursos e estratégias experimentadas para o cuidado da pessoa alcoolista e sua família. Dentre esses, classificados como recursos profissionais, foram citados o Hospital Psiquiátrico, o Hospital Geral e os Ambulatórios anexos destes hospitais. Como recursos comunitários formais, os grupos de auto-ajuda, conhecidos como Alcoólicos Anônimos, Al-Anon, Alateen, Adultos Filhos de Alcoolistas (AFA), Narcóticos Anônimos (NA), Cocaína

Anônimos (CA) e Familiares Anônimos (FA). Como recursos comunitários não formais, foram referenciados a família, os amigos, os vizinhos, a religião e o trabalho.

Esta diversidade de recursos pode ser indicativa, no mínimo, de duas possibilidades, ou da indefinição quanto à forma de cuidar a pessoa alcoolista e sua família, ou da impossibilidade de restringir esse cuidado a uma única forma. Acredito que a complexidade que envolve o uso abusivo de álcool possa ser determinante desta diversidade de recursos e estratégias identificadas no material consultado. Complexidade esta que exige, dos profissionais, um preparo que, em geral, não está contemplado nos programas tradicionais de formação dos profissionais da saúde. Por outro lado, esta diversidade pode estar relacionada, também, com os problemas que envolvem a determinação dos limites entre o consumo social de álcool e o alcoolismo. A quase impossibilidade de definir, temporalmente, o momento em que a pessoa passa de um *bebedor social* a *bebedor problema* é, de acordo com Masur (1984), semelhante à passagem da cor-de-rosa para o vermelho. Embora no alcoolismo esse limite possa ser arbitrariamente estabelecido, seja através da quantidade ou da frequência de álcool ingerida, assim como na passagem gradativa de cores, ele também não é claro e nem óbvio. Distinguir os extremos não é problema, pois os pólos não se confundem. As manifestações do alcoolismo são tão intensas e reconhecidas através dos tempos que dispensam uma descrição detalhada, porém o problema surge quando não conseguimos mais responder se a pessoa está bebendo socialmente ou se já está ultrapassando esse limite. Em geral, os familiares, os amigos e até o próprio paciente relatam uma história de muitos anos de uso de álcool, além de uma multiplicidade de complicações clínicas e psicológicas com prejuízo nas relações familiares e sociais; porém, invariavelmente, todos referem dificuldades para decidir, tanto o momento de pedir ajuda, quanto o tipo de ajuda que devem procurar. Acredito que, enquanto estas dificuldades não forem superadas, a doença do alcoolismo se alastra, de forma semelhante ao movimento de uma centopéia, aumentando, cada vez mais, a legião de pessoas que sofrem com sua influência.

Embora os recursos para o tratamento da pessoa alcoolista não estejam identificados com muita clareza e segurança, percebo, através da leitura dos dados, a possibilidade de maiores esclarecimentos neste campo específico, à medida que o conhecimento sobre seus determinantes forem sendo investigados com mais profundidade. Ao mesmo tempo que a investigação científica avança no sentido de esclarecer as bases etiológicas patogênicas determinantes do alcoolismo, acredito que, no mesmo compasso, aproxima-se a possibilidade de detecção precoce de grupos de risco. Quando este momento chegar, penso que só então será possível pensar em planejamentos mais concretos de caráter preventivo, direcionados principalmente à filhos de alcoolistas e a estratégias que lhes possibilitem uma convivência mais feliz e saudável com a condição que vivenciam.

### *Recursos Comunitários Não Formais*

De acordo com Cartana (1988), em uma comunidade, cada indivíduo tem pessoas definidas com quem se relaciona em bases mais íntimas e personalizadas e com as quais compartilha suas crenças e seus problemas. O conjunto desses relacionamentos é chamado de rede social. É para esta rede que as pessoas dirigem-se, em primeiro lugar, quando experienciam algum tipo de problema. O que esperam desta rede, neste momento de dificuldade, é ajuda e apoio no enfrentamento dos problemas que vivenciam. O suporte social é, em outras palavras, a ajuda e o apoio fornecido por esta rede social. Nesta dissertação, o entendimento de suporte social, extraído dos trabalhos analisados é "*cuidar de*", e desenvolve-se em uma rede de obrigações mútuas que inclui conselhos, avisos, ajuda material e apoio. Como rede e suporte social, referenciados nos trabalhos, identifiquei o relacionamento com a sua e com as outras famílias, o fato de ter amigos próximos, de sentir-se amado, não sentir-se sozinho, ser importante para sua família, e poder ajudar os outros.

À semelhança das pessoas, as famílias também constroem sua rede social de onde obtêm o suporte social que as ajuda a conviver com os problemas que o alcoolismo desencadeia em seu cotidiano. Se considerarmos a família numa posição central e ao redor dela tecer sua rede social, utilizando para esta montagem o material extraído dos textos consultados, teremos então, nas malhas desta rede tanto a religião, referida por algumas mulheres de alcoolistas como fonte de ajuda para aliviar os sentimentos de culpa e ansiedade que sentem pela situação dos filhos e do próprio marido alcoolista, quanto o trabalho que, embora fosse considerado como uma fonte de estresse, para essas mulheres representava uma possibilidade de tornar a vida tolerável uma vez que lhes permitia aumentar os contatos sociais, ao mesmo tempo que lhes promovia um sentimento de independência. Esta rede social estabelecida pela família é importante na manutenção de uma auto-percepção positiva. A própria família, enquanto unidade, é referenciada, pelos autores, como recurso, sendo que os pais são percebidos como pessoas capazes de proverem um desenvolvimento saudável a seus filhos, apesar do ambiente adverso em que vivem. Esta competência, atribuída geralmente ao pai não alcoolista, foi um dos pontos muito enfatizado nos trabalhos consultados. É possível que esta competência explique porque tantos filhos crescidos em lares de alcoolistas não desenvolvem esta doença, mesmo quando sabemos que é alta sua incidência entre os filhos de alcoolistas. Implícito em muitos relatos, encontro também algo semelhante ao que chamaria de *força da família*, isto é, a capacidade que desenvolvem estas famílias de desempenhar suas funções integrando-as, preservando-as e mediando seu próprio viver mesmo em um ambiente adverso. É esta *força* que ajuda seus membros a enfrentarem (ou viver com) o problema do alcoolismo. Ao mesmo tempo em que desenvolvem esta *força* que os ajuda internamente, estas famílias também são capazes de fornecer suporte a outras famílias, em um processo de dar e receber que se reforça mutuamente.

O cônjuge não alcoolista é percebido também como importante recurso no tratamento da pessoa que bebe. Sua omissão, ou sua não participação no processo de recuperação, pode impossibilitar, ao casal, atingir a coesão necessária, por falta de

adesão recíproca, e interferir negativamente nos resultados. Mesmo as divergências de opiniões e concepções, entre os casais, não inviabilizam o tratamento conjunto. Estas divergências referem-se, entre outras, à concepção de família. Em geral o alcoolista a vê como caótica, enquanto que a esposa a referencia como equilibrada. O relacionamento com os filhos também representa outra forma de suporte que ajuda essas mulheres no enfrentamento do estresse da vida diária.

### ***Recursos Comunitários Formais***

Os recursos comunitários formais identificados nos textos consultados foram basicamente os grupos de auto ajuda (AA, Al-Anon, Alateen, AFA, NA, CA e FA). Em 1993, por ocasião da publicação de um artigo de autores anônimos, relatando sua experiência como membros do Al-Anon e do Alateen, havia cerca de 32 000 destes grupos ao redor do mundo. O suporte social que as pessoas obtêm desses grupos emerge de sua própria proposta norteadora, a qual considera que compartilhar experiências, resistências e esperanças é uma forma de apoiar e cuidar das pessoas que vivenciam o mesmo problema. Sem a pretensão de substituir a ajuda profissional, mas apenas complementá-la, o Al-Anom, segundo esse artigo, é um grupo mantido apenas com recursos financeiros angariados com a venda de sua literatura e por contribuição de seus membros, cuja participação é voluntária.

O Al-Anon destina-se a ajudar cônjuges e familiares no aprendizado de como conduzir sua relação com uma pessoa alcoolista. Começando por uma postura de *desobrigar-se*, o grupo ensina os membros a descentralizar de suas vidas o papel desempenhado pela pessoa que bebe. Este apoio, que as pessoas recebem no grupo é oriundo, entre outras coisas, da constatação de que não estão sozinhos, que podem ajudar-se mutuamente e, principalmente, que são capazes de servir de *fonte de força* para si mesmos e para seus companheiros, o que lhes possibilita resgatar a auto-estima



e experimentar sentimentos de valorização pessoal.

Nesses grupos, duas características são valorizadas: a fraternidade social e a diluição da autoridade formal. A primeira, porque os leva a cuidarem de si mesmos e dos outros, compartilhando generosidade, disponibilidade, atenção e encorajando-se mutuamente a abandonar as drogas e o álcool. No âmbito profissional, este tipo de fraternidade, muitas vezes, representa uma dificuldade para os terapeutas que, em sua prática, defrontam-se com situações em que o paciente procura restabelecer uma relação com característica mais de irmandade do que de terapêutica. A segunda, porque a inexistência de uma figura de autoridade formal possibilita a construção de relações interpessoais caracterizadas pelo sentimento de igualdade e responsabilidade de todos para com todos.

Embora sejam considerados recursos valiosos, nem sempre as pessoas alcoolistas conseguem adaptar-se às *regras* internas destes grupos. Com relação aos grupos de Alcoólicos Anônimos, está comprovado que, para beneficiarem-se deste recurso, as pessoas precisam ter níveis mais baixos de ansiedade e uma maior aceitação do problema do alcoolismo; entretanto, pelas próprias características da doença nem sempre a pessoa dependente consegue atingir tais condições.

### *Recursos Profissionais*

Foram identificados como recursos profissionais o atendimento da pessoa alcoolista, realizado a nível hospitalar e ambulatorial, em geral, prestado por uma equipe multidisciplinar, constituída, na maioria das vezes, pelo médico generalista ou psiquiatra, o psicólogo, o assistente social e, raramente, o enfermeiro. Em apenas um dos estudos utilizados como fonte de dados havia referência a atuação de estudantes de enfermagem, os quais desenvolviam um trabalho de orientação aos filhos

adolescentes de pais alcoolistas, internados em um Hospital Universitário. Com esses filhos eram abordadas questões relacionadas com as dificuldades de aprendizagem por eles experimentadas, a adição a drogas e outros problemas relacionados com o alcoolismo.

Na literatura nacional, o hospital foi o recurso mais frequentemente citado para o tratamento do alcoolismo, embora também tenha sido alto o índice de rejeição a este tipo de instituição. Alguns autores combatem a internação hospitalar por considerá-la um recurso pouco eficiente, inadequado, de caráter estigmatizante e traumático. Consideram que, muitas vezes, serve apenas como uma alternativa de fuga ao acompanhamento ambulatorial. Em geral, o esquema terapêutico utilizado em nível hospitalar é constituído de duas etapas. A primeira, destinada á desintoxicação, dura em média três dias. A segunda, um "*composto*" de diferentes formas de psicoterapias, está associado com esquema medicamentoso para a recuperação das condições físicas, acompanhado de palestras de cunho informativo, relacionadas com a dependência do álcool. Esta etapa dura em média um mês.

A internação em hospital psiquiátrico é considerada como um recurso falido e altamente oneroso, principalmente no período de desintoxicação, pois não leva em consideração o fato do ambiente e da cultura produzirem resultados diferentes para um mesmo esquema terapêutico. A pobreza de resultados obtidos com esta modalidade de tratamento, em geral, está associada ao fato de já ter passado muito tempo desde o início da doença quando a internação ocorre pela primeira vez e, neste caso, encontrando-se já em estágio bem adiantado. De qualquer modo, segundo Bertolote (1992), a tendência atual é acompanhar os demais serviços médicos e criar unidades especializadas para o tratamento da fase aguda da intoxicação (em regime de internação) e unidades gerais para as fases posteriores, incluindo o acompanhamento ambulatorial. Os ambulatórios referidos como recurso para o tratamento da pessoa alcoolista e sua família, geralmente estão vinculados a estes hospitais e são utilizados, via de regra, para o acompanhamento do paciente após a alta hospitalar.

## *Estratégias*

A partir da leitura dos dados, considero como estratégias para trabalhar com a pessoa alcoolista e sua família, no âmbito profissional, desde as reuniões de sala de espera, a internação hospitalar, o atendimento em grupo com a pessoa alcoolista, sua esposa e seus filhos, as orientações e informações prestadas pelos estagiários de enfermagem, até as modalidades formais como as terapias individual, ocupacional, familiar, de grupo, de apoio, o psicodrama, a musicoterapia, o aconselhamento, a leitura sobre tópicos específicos relacionados ao alcoolismo e até a opção de trabalhar com uma equipe multidisciplinar. No âmbito não profissional, deparei-me com atitudes e comportamentos referidos como maneiras de viver e, às vezes, de sobreviver em um cotidiano intranquilo como o da família que convive com o alcoolismo. Uma destas *estratégias cotidianas* referidas, principalmente por esposas de alcoolistas, considera que a tomada de atitudes práticas na vida diária é uma forma de sanar os problemas criados por seus maridos. A segunda, considera que viver um dia de cada vez, recusando-se a permitir que o estresse as importune, ou então recusando a preocupar-se com alguma coisa que pertence ao passado e que não mais pode ser mudada, também representa uma forma menos dolorosa de conviver com o alcoolismo de seus maridos. Considerando que a bibliografia utilizada para consulta, nesta dissertação, foi produzida basicamente no âmbito profissional, a referência encontrada nestes trabalhos, à estratégias utilizadas fora desses limites, mostra o reconhecimento do valor que possuem para a preservação da saúde destas famílias. Estas estratégias, sejam elas de propriedade do campo leigo ou profissional, representam diferentes maneiras de cuidar e de ser cuidado.

Em busca de estratégias para cuidar das pessoas alcoolistas e suas famílias, no âmbito profissional, deparei-me com antigas formas que, há tanto tempo, vêm sendo usadas e com as quais ainda não consegui perceber resultados diferentes. Procurava algo novo e diferente para deixar ao alcance dos enfermeiros que cuidam destas

peessoas. O que encontrei, porém, não era nem novo nem diferente, mas é o retrato da atuação profissional nos tempos de hoje. Parece mais um retrato desgastado pelo tempo, em que as cores vão ficando amareladas. E, como reprise dos velhos tempos, recolho de minha fonte de dados atual, o antigo conteúdo. De novo e corajoso, encontrei, num relato de experiência, a reflexão sobre os fatores que podem ter contribuído para os resultados desanimadores obtidos com o trabalho desenvolvido por seus autores, o qual reforça a ineficácia dos programas terapêuticos calcados em regime de internação hospitalar.

A terapia familiar é, nos meios profissionais, a mais requisitada quando os problemas familiares são mais severos. Geralmente, é usada em associação com outras estratégias. Uma de suas metas é identificar padrões não saudáveis de comunicação e comportamento e guiar a família na reestruturação desses padrões, tornando-os mais funcionais. Enders; Mercier (1993) apontam as vantagens desta modalidade sobre as terapias que enfocam a pessoa alcoolista e apóiam seus membros individualmente. Essa vantagem decorre da possibilidade de conhecer as percepções individuais de cada um de seus membros à cerca de questões familiares e, a partir disso, personalizar o atendimento, fugindo de programas padronizados que não consideram o direito das pessoas perceberem as situações diferentemente, mesmo sendo de uma mesma família. Estes autores sugerem o aproveitamento de todo o espaço na relação com o paciente e a família, para incentivar o auto-conhecimento dos seus mecanismos de relação e funcionamento mental, com a finalidade não só de debelar a dependência do álcool, mas, principalmente, de tentar uma nova ordem de relações com o mundo.

Em termos de dependência química, a participação da família como um todo facilita a compreensão mais profunda dos papéis e das relações que cada um vivencia e, conseqüentemente, possibilita o entendimento de como a família pode influenciar na dependência e como esta influencia a família. De acordo com os dados, a terapia familiar bem orientada e consistente evita a necessidade de técnicas de confrontação entre a pessoa alcoolista e seus familiares. Este tipo de técnica, em que os familiares

são encorajados a falar sobre as consequências observáveis do uso do álcool enquanto a pessoa com problema de alcoolismo é encorajada a ouvir, sem colocar-se em posição de defensiva, pode trazer consequências danosas devido aos altos níveis de tensão que provoca.

A psicoterapia de grupo, entendendo grupo como a reunião de pessoas que convivem com o alcoolismo, onde as pessoas refletem e discutem sobre os problemas, foi uma estratégia referenciada pelos autores como satisfatória, tanto pela reflexão que esta discussão pode produzir, quanto pela facilidade de seu uso pelos profissionais que a conduzem. Neste grupo, coordenado por um profissional, geralmente um médico, o trabalho de co-terapia, que pode ser desempenhado por outro profissional, serve para diluir a carga emocional que recai sobre o terapeuta principal e ajuda a aliviar os sentimento de perseguição que este, muitas vezes, pode desencadear no grupo (principalmente quando sua postura é de onipotência). Além da troca de experiências entre as pessoas, há, em decorrência desta convivência compartilhada, uma atenuação do sentimento de ser diferente, tão comum entre os alcoolistas. No caso do alcoolismo, esta estratégia tem a vantagem de evitar o risco do paciente tornar-se demasiadamente dependente do terapeuta, pois compartilha com outras pessoas suas experiências e não concentra as decisões no terapeuta. Em geral, esta forma de terapia faz parte de um programa pré-estabelecido e carrega como vantagem, também, o fato de atenuar os problemas de falta de técnicos e de espaços, tão freqüentes nos hospitais públicos brasileiros.

Para detectar o alcoolismo ou seus efeitos, no âmbito familiar, duas estratégias, utilizadas nos meios profissionais, foram identificadas nos trabalhos consultados. A primeira, chamada *red flag*, serve para detectar possíveis consequências do abuso de álcool na família. Estas *bandeiras vermelhas*, identificadas por Graham, Berolzheimer (1993) são sinais de alerta incluídos numa lista de grande utilidade para que o diagnóstico correto seja estabelecido tão cedo quanto possível. Estão incluídos nesta lista os problemas físicos (dores de cabeça, úlceras, dificuldade para dormir),

violência familiar (violência física contra o cônjuge e os filhos), adolescência problemática (casamento precoce, delinquência juvenil e tentativas de suicídio), problemas no desempenho escolar, problemas financeiros, problemas no emprego (mudanças frequentes), problemas psiquiátricos (depressão, doença bipolar, ansiedade) e disfunção sexual. Embora a relação causa-efeito entre esses problemas e o alcoolismo não seja do tipo linear, frequentemente eles estão associados e representam um alerta para os profissionais de saúde.

A segunda estratégia referida, esta para detectar a presença de alcoolismo, é o teste CAGE, cujas letras significam: *Cut-down*, *Annoyed*, *Guilt* e *Eye-opener*, e estão relacionadas a quatro perguntas-chaves que constituem o teste: a primeira pergunta refere-se às tentativas do indivíduo de controlar, de alguma forma, a sua ingestão de álcool; a segunda, a aborrecimentos com as críticas a sua forma de beber; a terceira, ao sentimento de culpa experimentado pela forma de beber, e, finalmente, a última diz respeito a ingestão de bebidas alcoólica pela manhã, isto é, em jejum. Considera-se como resultado positivo, quando duas ou mais perguntas obtêm resposta afirmativa. Este questionário foi apresentado como instrumento de detecção da Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), durante o 29º Congresso Internacional sobre Dependência de Álcool e Drogas, em 1970, em Sidnei, na Austrália.

A reflexão sobre os resultados negativos obtidos com o tratamento de pessoas alcoolistas internadas em uma unidade não especializada de um Hospital Psiquiátrico, levou os autores Borini e Silva (1993) a apontarem alguns cuidados que podem ser tomados para que os mesmos erros não sejam repetidos. Este programa de tratamento incluía um período inicial para desintoxicação, seguido de um esquema de grupos operativos, terapia ocupacional, reuniões com Alcoólicos Anônimos e tratamento para recuperação das condições físicas das pessoas alcoolistas. A partir desta experiência, os autores sugerem, entre outras coisas, que a internação hospitalar, quando necessária, seja em unidade especializada em alcoolismo, para facilitar a conscientização dos próprios pacientes, como *pessoas doentes*, e evitar a comparação com portadores de

outros distúrbios psiquiátricos, o que contribui, sobremaneira, para que se percebam como um grupo *não doente*. O tratamento para desintoxicação, entretanto, pode ser realizado a nível ambulatorial e, da mesma forma, convém que a alta hospitalar seja seguida de acompanhamento ambulatorial.

Diagnóstico precoce, é recomendado preferentemente antes que os efeitos do álcool estejam instalados de tal forma que terapeuta e paciente possam, com tempo, estabelecer um tipo de relação que permita conhecer as atitudes do paciente diante do uso abusivo de álcool, as motivações que o levam a beber, os fatores pessoais e sociais que contribuem para perpetuar o uso de álcool e as expectativas com relação ao tratamento. Para estabelecer-se um tipo de relação que propicie este conhecimento, é preciso tempo e disponibilidade e, por esta razão, a psicoterapia individual é uma estratégia valiosa.

Segundo os autores, é aconselhável que o terapeuta investigue a presença de co-morbidade com a finalidade de sanar dificuldades na condução terapêutica, na interpretação equivocada de recaídas e determinar, desde o início, esquemas terapêuticos que possam contemplar os diagnósticos coexistentes. Em casos de co-morbidade, a psicoterapia individual também pode ser uma boa indicação.

Como exemplo de um programa bem sucedido, os autores apresentam, em linhas gerais, o *Programa de Recuperação Plena*, usado nos Estados Unidos, com duração mínima de dois anos, que atinge 80 a 90% de índice de recuperação (em contraposição aos 42,4% nacionais). Neste, estão incluídos alcoolistas profissionalmente empregados, que recebem apoio e motivação dos familiares. Este programa está dividido em dois estágios. O *estágio um* inclui:

- \_\_\_ educação sobre a natureza do alcoolismo e dependência química;
- \_\_\_ abstinência do álcool (semelhante aos AA: *um dia de cada vez*);
- \_\_\_ tratamento de grupo que inclui terapia de grupo formal, de ação recíproca, por dois anos no mínimo, e frequência regular aos grupos de AA ou similares;

\_\_\_ tratamento familiar, incluindo frequência regular ao AL-Anon ou equivalente, terapia de grupo dirigida à co-dependência ou aconselhamento.

O estágio dois do programa é acionado em casos de recaídas e consiste na abordagem dos problemas psicológicos e/ou psiquiátricos com conselheiros e terapeutas experientes.

Dos trabalhos apresentados em forma de relatos de experiência, descrevendo os programas utilizados para cuidar das pessoas alcoolistas e de suas famílias, nos meios profissionais, selecionei algumas descrições, por acreditar que podem servir para estimular a reflexão sobre os recursos e estratégias em uso nos tempos de hoje. Detive-me nas linhas gerais desses programas e deles procuro resgatar sua forma de cuidar. Embora tenha selecionado apenas três para apresentar, isto não significa que outras modalidades não possam estar acontecendo.

O primeiro deles, o programa relatado por Amado (1994), inicia com uma entrevista individual para obter a história atual e pregressa do paciente, a qual é realizada no momento em que o paciente procura tratamento, desde que este esteja em condições de responder. A terapia de grupo é a estratégia de eleição para o tratamento, sendo realizada com frequência regular, estabelecida dentro das necessidades e disponibilidade dos pacientes, do terapeuta e da instituição. Nestes encontros, são trabalhados temas considerados pertinentes e de relevância no cotidiano destas pessoas, tais como: a importância do que o paciente pensa e sente; a adaptação à nova vida sem álcool; a necessidade de preencher o vazio deixado pela bebida durante a abstinência e como fazê-lo; a caracterização do alcoolismo como uma doença cujo controle depende do desejo da pessoa de parar de beber, independentemente das dificuldades que enfrenta e da vontade de outras pessoas. Os mecanismos de defesa, principalmente a negação, a racionalização e a projeção, são temas frequentemente abordados nestes grupos.

De modo geral, os grupos formados nestes programas são regidos por normas



que mantêm sua organização e as quais incluem: sigilo com relação a tudo que é falado entre eles; compromisso com a assiduidade; e compromisso com a abstinência. Se a pessoa alcoolista, porém, voltar a beber, espera-se que o fato seja tratado no próprio grupo para que possa ser ajudado por aqueles que já passaram por esta situação. Em caso da pessoa ter ingerido bebidas alcoólicas no dia do grupo, não deve comparecer porque, além de não aproveitar, pode ameaçar a sobriedade dos outros.

Quando a concepção de alcoolismo predominante no grupo é mais ampla, há espaço, nestes programas, para reuniões periódicas com as famílias de forma que estas possam trocar experiências, apoiarem-se mutuamente, para facilitar tanto a compreensão do problema quanto o entrosamento entre o paciente e seus familiares. Nesses encontros, que geralmente são conduzidos pelos próprios familiares, costuma haver pouca intervenção do terapeuta. Quando o trabalho é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, esta costuma reunir-se periodicamente para discutir sobre os pacientes atendidos e buscar, coletivamente, soluções para os problemas que vivenciam no próprio trabalho como terapeutas.

Dos grupos para Adultos Filhos de Alcoolistas, mencionados na literatura estrangeira, o programa descrito por Tesson (1990), o segundo a ser descrito, mostra as linhas gerais desta forma de cuidar. Esta apresentação, que não segue a descrição original do autor, mostra um programa sediado dentro de uma Unidade de Internação Psiquiátrica, o qual é dirigido por um psiquiatra assistente. A equipe utiliza-se da terapia de grupo, da terapia de apoio, do psicodrama e da terapia com música. Além destas modalidades, os pacientes participam de uma série de palestras educativas que abordam tópicos relacionados à co-dependência, ao conceito de alcoolismo como doença e aos sentimentos, mais frequentemente por eles experienciados. O conhecimento repassado, nestas palestras, favorece a conscientização do problema e viabiliza o trabalho no âmago das questões terapêuticas. A admissão, neste tipo de programa, é regida por critérios determinados a partir dos limites da atuação dos profissionais e dos locais onde o programa é desenvolvido. De um modo geral, os

pacientes não devem estar fazendo uso de outras substâncias, devem ter no mínimo 18 anos e, se o programa for desenvolvido em instalações abertas, não podem estar psicóticos.

Como estratégias, esses programas usam a terapia de grupo como o lugar onde os pacientes podem lidar com os problemas que, via de regra, estão reprimidos, mas que, de algum modo, se fazem presentes na forma de disfunções psicossomáticas, medo, ansiedade, entre outras. Associado com a terapia de grupo, o psicodrama também pode ser utilizado e nele, o terapeuta ou outro paciente pode desempenhar o papel de pai/mãe alcoolista, criando um drama em que o paciente pode expressar seus sentimentos. Nesse contexto é possível trabalhar questões não resolvidas até mesmo com um pai/mãe já falecidos. A intensidade com que são revividos os sentimentos pode, muitas vezes, provocar medo no grupo e desenvolver resistência para participar novamente nessa modalidade terapêutica. Um co-terapeuta é útil para ajudar os pacientes quando o terapeuta está ocupado com o protagonista do drama. Estas sessões duram em média duas horas, numa frequência de duas vezes por semana. Os temas trabalhados no psicodrama são, normalmente, discutidos e planejados na terapia de grupo, juntamente com um conselheiro que pode ou não ser enfermeiro. A terapia com música se processa através da análise das letras, de forma que os pacientes possam atingir emoções reprimidas. Nesta modalidade, os terapeutas utilizam técnicas de relaxamento.

Neste programa, descrito por Tesson (1990), a assistência de enfermagem é sistematizada por um processo constituído de três etapas: a avaliação, a identificação de problemas, e o planejamento de metas e intervenções apropriadas. A avaliação serve para reunir informações e iniciar o processo terapêutico. Parte do processo de avaliação dos pacientes, admitidos no programa, inclui uma história detalhada, a qual é complementada em uma entrevista com uma enfermeira conselheira. Essa enfermeira desempenha o papel de gerenciadora do caso durante a hospitalização. Ouvir com habilidade é, nesta situação, uma técnica essencial para o processo de avaliação do

problema. O passo seguinte é a identificação de problemas, onde podemos encontrar diagnósticos como enfrentamento individual ineficiente, rebeldia, distúrbios na auto-estima e sofrimento disfuncional, entre outros.

A definição de metas e intervenções é um processo individualizado que precisa ser calcado em bases realistas; portanto, é irreal acreditar que o paciente poderá estar recuperado em pouco tempo. Por essa razão, após a alta, o paciente é estimulado a fazer o acompanhamento ambulatorial e participar de reuniões nas casas dos adultos, filhos de alcoolistas, sendo que esses encontros são considerados como parte do tratamento. Informar e educar para estimular o crescimento emocional torna-se, portanto, a meta principal desses programas.

Em outros locais, esses programas diferenciam-se pela dinâmica de funcionamento, mas, de modo geral, seguem uma linha semelhante, sendo que alguns deles acrescentam as reuniões de Alcoólicos Anônimos e, paralelamente, um programa para a família, este último calcado em sessões de aconselhamento, sessões individuais e orientações sobre a doença e suas repercussões. Mesmo após encerrar o período de internação do paciente, os familiares podem continuar vinculados ao programa, sendo também estimulados a participarem dos grupos de Al-Anon.

Outra forma de cuidar, também extraída da literatura estrangeira, e a terceira a ser descrita, refere-se às estratégias que podem ser utilizadas para trabalhar com a pessoa dependente, o cônjuge e/ou outros membros da família. Estas estratégias, descritas por Cooley, Lasser (1992), têm como objetivo ajudar o paciente a aceitar a meta de reduzir a ingestão de bebida a níveis toleráveis e também ajudar aquelas pessoas que desejam ser ajudadas. As estratégias, voltadas para o paciente, desenvolvem-se num crescente e têm como meta principal levá-lo, num primeiro momento, ao reconhecimento do problema. Parte, inicialmente, de uma comunicação sem pressão, voltada para a questão de *beber*, que considera a necessidade de dar tempo ao paciente para que ele possa compreender, assimilar e, posteriormente, concordar em trabalhar

o problema. O passo seguinte visa engajar o paciente com outros profissionais e com outros recursos disponíveis na comunidade, de tal forma, que o paciente possa ser avaliado por pessoas experientes e receber informações adicionais sobre os problemas que a bebida pode acarretar. Segundo os autores, neste ponto, convém que sejam evitados termos como alcoolista ou Alcoólicos Anônimos. Estes devem ser substituídos por termos neutros como *problemas com a bebida*. Gradativamente, é introduzido um moderado desafio para o que os autores chamam de *experiência de quatro semanas de abstinência*. Esse desafio procura levar o paciente a apreender o significado da abstinência e conscientizá-lo do desconforto que a ausência do álcool provoca. A primeira semana pode parecer muito fácil. Esta é referida como a *semana da nuvem cor de rosa*. Duas semanas depois, porém, os pacientes começam a encarar o desafio do experimento.

Neste programa, as estratégias utilizadas com o paciente e o cônjuge procuram recrutar a cooperação do casal. O terapeuta, porém, deve ficar atento para o fato de que o casal representa um *sistema balanceado*, que comporta tanto coisas boas quanto ruins, relacionadas com o álcool. Por outro lado, deve cuidar para não fortalecer a tendência a considerar o paciente como o bode expiatório da família. As estratégias dirigidas somente para o cônjuge têm como meta permitir que o familiar verbalize sua percepção do problema e conscientizá-lo que a família pode obter ajuda independente do que o dependente pensa ou faz. Nesta forma de cuidar o Al-Anon é considerado como parte de uma rede de apoio para os familiares que, além de ser um recurso disponível, representa o reconhecimento de que o alcoolismo afeta todas as pessoas que com ele convivem.

Estes foram os recursos e as estratégias identificadas e extraídas do material consultado. Se, examinadas isoladamente, podem assemelhar-se a um mosaico desmontado, porém, considerando a parcialidade e transitoriedade do conhecimento, penso que chegará o tempo em que estes fragmentos poderão estar integrados, formando então um mosaico compacto.

## *OS CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE FAMÍLIA E ALCOOLISMO*

---

---

A construção do conhecimento, examinado dentro dos limites desta dissertação, se fez, fundamentalmente, através de estudos não experimentais, classificados como correlacionais, e descritivos. Além destes, com menor expressividade numérica, porém não de conteúdo, estavam presentes estudos longitudinais, pesquisas de campo, relatos de experiência, reflexões teóricas, revisões de literatura e meta-análise. Estes últimos, mesmo numericamente inferiores, foram os que mais contribuíram para os objetivos desta dissertação.

Em busca de uma melhor organização dos resultados, precisei agrupar esses trabalhos de acordo com o delineamento metodológico utilizado em cada um deles. Esta necessidade, revelada diante da grande variedade de linhas metodológicas, representou, neste momento, o único caminho possível para evitar uma mistura de resultados que poderiam prejudicar o trabalho de análise e retratar um conhecimento alicerçado apenas em concepções particularizadas e dissociadas. Em cada um desses agrupamentos, procurei os temas que haviam sido explorados, e investiguei se o conhecimento aí contido poderia servir para respaldar as ações dos enfermeiros que cuidam de pessoas que vivenciam a questão do alcoolismo. Nas vezes em que o encontrei, registrei-o de tal forma que pudesse visualizar o que já temos construído em termos de família e alcoolismo e inferir o que ainda nos falta. Quando não o encontrava, procurava apenas caracterizar o tipo de conhecimento que encontrava. Ao

mesmo tempo em que buscava o conhecimento que pudesse ser útil para a enfermagem, deparava-me, em caráter inevitável, com alguns vazios que ainda persistem dentro desta temática específica.

As pesquisas não experimentais estão, segundo Polit, Hungler (1995), divididas em duas classes: as Pesquisas de Correlação ou *Pesquisa ex Post Facto* (a partir do fato passado); e as Pesquisas Descritivas. A maior parte do material utilizado como fonte de dados para esta dissertação está classificado dentro desses dois grupos. Dos trinta e oito trabalhos usados como fonte de dados, doze eram estudos correlacionais e dez eram descritivos. Dentro dos limites deste material consultado, portanto, a produção de conhecimento sobre família e alcoolismo está calcado em bases não experimentais de caráter correlacional e descritivo.

Os *estudos correlacionais* têm como propósito básico, determinar as relações entre as variáveis. Neste tipo de pesquisa, não há controle manipulativo sobre as variáveis independentes, isto é, as causas presumíveis, porque estas já ocorreram em um tempo passado e, portanto, mesmo que a correlação entre variáveis possa ser identificada, isso não dá garantia em conclusões do tipo causa e efeito. Quando a manifestação atual do fenômeno está ligado a situações que aconteceram no passado, então este é um estudo correlacional retrospectivo. Quando o exame recai sobre uma causa provável, com posterior seguimento em busca de um efeito presumível, então esse estudo correlacional é do tipo prospectivo.

Em termos de produção de conhecimento, os estudos correlacionais, publicados em periódicos nacionais e examinados no âmbito desta dissertação, trabalharam com as variáveis idade, sexo, estado civil, religião, grau de escolaridade, renda familiar, forma de beber, família de origem, depressão e investigaram, predominantemente, as seguintes temáticas:

- \_\_\_ correlação entre alcoolismo e a vida social e familiar das pessoas alcoolistas;
- \_\_\_ correlação entre alcoolismo e depressão; e

\_\_ prevalência do alcoolismo.

O conhecimento produzido, a partir destes estudos, pouco contribuiu para orientar ou fundamentar o cuidado de enfermagem às famílias de alcoolistas. Serviram, apenas, para evidenciar que deve estar cada vez maior o contingente de pessoas que convivem com este problema e possibilitaram traçar um perfil superficial da situação social destes bebedores, o que nos permite formar apenas uma idéia vaga a respeito da relação do alcoolismo no ambiente familiar. Os estudos voltados para o exame das taxas de prevalência produziram, segundo seus próprios autores, valores questionáveis, uma vez que a coleta de dados foi comprometida pela falta de maior rigor metodológico, principalmente pela forma superficial como alguns dados foram investigados. Nesses trabalhos não havia a participação de enfermeiros.

Os estudos que examinaram a relação entre alcoolismo e depressão focalizaram, predominantemente, a definição diagnóstica, trazendo pouca sustentação para o fazer da enfermagem. Penso que este seja um tema bastante interessante para aqueles profissionais que se ocupam da tarefa de classificar as doenças como os médicos e psicólogos. Enquanto eles discutem essa questão diagnóstica, a relevância, para a enfermagem, está envolvida com a relação destas pessoas deprimidas, com a vida e a morte, passando pelos cuidados físicos que necessitam, independente do diagnóstico médico. O descaso com a vida, observado, principalmente em termos de alimentação, higiene e o desinteresse destas pessoas com as atividades da vida diária, é comum tanto na depressão quanto no alcoolismo e, portanto, para a enfermagem, é importante compreender que o paciente precisa ser devidamente cuidado, do contrário, em pouco tempo, a co-morbidade não estará restrita a dois diagnósticos apenas.

Os estudos correlacionais estrangeiros detiveram-se no exame dos seguintes temas:

\_\_ influência da percepção dos membros da família, quanto à coesão e adaptação familiar e a relação desta com a adesão ao tratamento para recuperação do alcoolismo;

- \_\_\_ correlação entre auto-conceito consciente e inconsciente em filhos de alcoolistas;
- \_\_\_ correlação entre alcoolismo nos pais e os níveis de suporte social estabelecidos por seus filhos adultos que não necessitam de tratamento em ambientes clínicos;
- \_\_\_ correlação entre o ajustamento familiar anterior e recidivas após o tratamento;
- \_\_\_ especificidade na transmissão da dependência e correlação entre gênero e uso de álcool e outras drogas;
- \_\_\_ a percepção das mudanças no funcionamento familiar e os níveis de autonomia pessoal em relação com o grau de ingestão de bebidas alcoólicas;
- \_\_\_ associação entre alcoolismo parental e experiências depressivas nos filhos; e
- \_\_\_ percepção dos filhos de alcoolistas a respeito de suas famílias de origem.

Estes estudos trouxeram uma maior contribuição para o corpo de conhecimentos dos profissionais que trabalham com pessoas dependentes de álcool, e suas famílias, pois, a partir do conhecimento produzido é possível traçar um perfil emocional dos filhos individualmente e das famílias de alcoolistas, evidenciando as áreas mais conflituosas que podem influenciar no tratamento dessas pessoas. Por outro lado, possibilitou a compreensão das relações entre o alcoolismo dos pais, o desenvolvimento dos filhos e do sistema de suporte social que os apóiam. Esses estudos possibilitaram também a familiarização com os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento.

A investigação do tema *Terapia Familiar Sistêmica* (Enders; Mercier, 1993) mostrou, entre outras coisas, que as diferentes percepções e atitudes, relacionadas com a família e manifestadas por seus membros, interfere diretamente na decisão de concluir a terapia familiar ou interrompê-la. Quando os familiares e o paciente percebem a família ou o relacionamento familiar como coeso, são menores as chances de interromper a terapia. Quando o familiar percebe problemas na adaptação ou no relacionamento familiar, são maiores as chances de que a terapia seja concluída. Por outro lado, a relação entre adaptação e terapia não é significativa para o paciente. O conhecimento da percepção que cada um dos membros tem a respeito da família,



possibilita ao terapeuta usar esta informação para o planejamento dos cuidados com metas mais personalizadas para cada família individualmente e, desta forma, talvez, reduzir o índice de abandono precoce ao tratamento, ou então mantê-los por mais tempo sem necessidade de acompanhamento.

O tempo em que o paciente se mantém fora do tratamento e o tipo de programa desenvolvido (ambulatorial ou internação) também são fatores que interferem nesta decisão. Em acompanhamento ambulatorial, quanto maior o tempo, maior a probabilidade que a terapia seja concluída.

Já os *estudos descritivos* têm como propósito principal observar, descrever e explorar aspectos de uma dada situação, sem a preocupação de explicar ou compreender as causas subjacentes das variáveis. Os estudos descritivos, utilizados para consulta nesta investigação, tiveram os seguintes propósitos:

- \_\_\_ analisar a auto-imagem em pessoas alcoolistas crônicos;
- \_\_\_ delinear o perfil das pessoas alcoolistas submetidas a tratamento em nível hospitalar;
- \_\_\_ avaliar estratégias de atendimento utilizadas no tratamento de pessoas alcoolistas;
- \_\_\_ avaliar o uso e abuso de álcool entre médicos e a concepção destes à cerca do alcoolismo;
- \_\_\_ identificar os padrões de consumo de álcool em famílias de doentes orgânicos crônicos;
- \_\_\_ identificar os fatores estressores na vivência de mulheres de alcoolistas; e
- \_\_\_ identificar mecanismos de enfrentamento utilizados por filhos de alcoolistas ao longo da vida.

Esses estudos contribuíram para ampliar a compreensão sobre a dinâmica psíquica das pessoas alcoolistas, fornecendo, com isto, maior conhecimento sobre as bases terapêuticas, principalmente para atuação a nível de prevenção. Apontaram a importância de investir no resgate e restauração da imagem corporal e, conseqüentemente, da auto-estima das famílias e das pessoas alcoolistas, como um

caminho para evitar a reincidência de alcoolizações.

Os estudos nacionais, que procuravam avaliar os tratamentos a nível de internação hospitalar, produziram resultados contraditórios. Um desses trabalhos (Borini; Silva, 1993), teve a grandeza de apontar as possíveis causas que, segundo a opinião de seus autores, contribuíram para o fracasso desta modalidade de tratamento. Nestes casos, especificamente, estes estudos contribuíram para que os profissionais que trabalham com pessoas que convivem com o alcoolismo possam fazer uma reflexão crítica sobre seu próprio fazer profissional. Além do mais, partindo da reflexão sobre os resultados negativos, os autores sugerem algumas estratégias para melhorar os cuidados profissionais, as quais já foram relatadas no espaço dedicado aos recursos e estratégias para cuidar. Em outros estudos descritivos, com a mesma finalidade de avaliar o tratamento instituído, a reflexão sobre os resultados obtidos foi superficial e desconectada da realidade na medida em que não considerou a ineficiência do tratamento baseado em internação hospitalar.

A maior contribuição para o corpo de conhecimentos que podem respaldar as ações dos profissionais, encontrada nesses estudos descritivos, está contida em dois trabalhos consultados. O primeiro (Montgomery, Johnson, 1992) trata da investigação sobre os fatores que representam fonte de estresse para as esposas de alcoolistas. A identificação das áreas onde se fazem sentir com mais intensidade o estresse na vida dessas mulheres representa um ponto de partida mais sólido para repensarmos o cuidado profissional a essas pessoas. Além de identificar esses estressores, junta-se, nesse trabalho, a identificação, de forma indireta, dos recursos que podem ser usados para o enfrentamento da situação que vivenciam em seu cotidiano tais como os filhos, a religião e o trabalho. Em nossa realidade, a tendência a considerar essas esposas como coadjuvantes no tratamento de seus maridos faz com que seja negligenciada a maioria dos problemas que essas mulheres experimentam e que interferem em sua saúde física e mental. O segundo trabalho (Scavnicky-Mylant, 1990), que investiga os métodos de enfrentamento utilizados por filhos de alcoolistas, ressalta que, ao lidar

com os filhos de alcoolistas, o profissional precisa estar consciente dos ressentimentos e desconfiança que essas pessoas desenvolveram, ao longo da vida, em consequência do distanciamento dos pais, que nunca estavam presentes quando eles precisavam. Estando consciente dessas dificuldades, a equipe pode ajudar de forma mais efetiva, compreendendo o comportamento e prevendo conflitos.

Embora não esteja claramente identificado, deduzo que a autora desse trabalho deva ser enfermeira, pois é evidente sua preocupação em direcionar suas conclusões para a prática de enfermagem. Como recomendação, ela enfatiza a necessidade de avaliar rotineiramente o método e o grau de enfrentamento utilizado pelos pacientes e, com base nesta avaliação, elaborar um programa de educação e orientação aos filhos de alcoolistas.

*A Pesquisa de Campo ou Pesquisa Observacional*, segundo Salvador (1986), é um trabalho realizado na própria realidade, isto é, quando o universo pesquisado é observado no seu ambiente ou situação natural. Nesta dissertação, a única pesquisa de campo acessada foi realizada por uma enfermeira (Wing, 1992). Esse trabalho buscava compreender como os casais que vivenciam o alcoolismo progredem através da recuperação e como eles alcançam suas metas conjuntamente.

O conhecimento produzido, a partir desse estudo, possibilitou a compreensão dos diferentes estágios vivenciados pelo casal em seu processo de recuperação do alcoolismo e, no âmbito profissional, contribuiu no sentido de ajudar a determinar em que situações é mais vantajoso optar por intervenções de caráter individual ou coletivo. Dessa pesquisa, extraí alguns pontos que, acredito, podem respaldar a prática dos profissionais da saúde com famílias de alcoolistas:

\_\_\_ Começo pelo reconhecimento de que a passagem do alcoolismo para a sobriedade representa uma situação de crise devido às mudanças que nela acontecem. Este é um dos pontos cruciais no ajustamento das famílias em busca da abstinência, pois, em

geral, as pessoas estão habituadas a um padrão doentio imposto pela doença. E, ao redor deste padrão, estabelecem sua forma de ajustamento, atingindo, muitas vezes, uma certa harmonia, mesmo que esta pareça disfuncional. Quando, porém, este ajustamento é rompido, como acontece na abstinência, as pessoas reagem com sentimentos de insegurança e incerteza com relação ao futuro. A recuperação do alcoolismo, portanto, é influenciada também pela habilidade do cônjuge para enfrentar as mudanças que ocorrem durante o tratamento.

\_\_ É importante saber que na prática, frequentemente, a pessoa significativa (cônjuge ou outro) é omissa e não se envolve no tratamento do dependente porque, em geral, não entende o processo da doença, nem o impacto que esta pode ter sobre o relacionamento e, muitas vezes, não percebe a importância do papel que pode desempenhar na recuperação do paciente. Nesse sentido, é relevante enfatizar que, se o tratamento focaliza a pessoa alcoolista, sem envolvimento do cônjuge, diminui a probabilidade de uma recuperação efetiva uma vez que esta requer o engajamento de ambos, do marido e da mulher.

\_\_ Diversos indicadores de mau prognóstico para a recuperação do alcoolismo foram identificados a partir dessa pesquisa. Estes incluem a falta de engajamento de um dos pares, a negação inconsistente com relação à doença em pelo menos um dos cônjuges, e a apatia emocional relacionada com o comportamento do companheiro. Se um dos cônjuges está *negando* a doença e mostra pouco interesse no tratamento conjunto, mesmo que o tenha iniciado, é pequena a probabilidade de sucesso. Neste caso, pode ser conveniente que o paciente e seu cônjuge sejam confrontados através de intervenções que promovam a responsabilidade individual, focalizando os problemas de forma objetiva e realista.

\_\_ A ênfase dos cuidados de enfermagem deve ser colocada no comportamento depreciativo associado com o beber, na perda do controle sobre o álcool e na conexão entre o beber e suas consequências negativas. Um cuidado importante deve ser com o

desenvolvimento cognitivo e emocional do paciente através de um *feedback* positivo, sem aplicar-lhe rótulos estigmatizados estimulando a aquisição de um comportamento responsável. Os casais devem ser ajudados a identificar metas realistas e cada cônjuge deve ser estimulado a renunciar às expectativas irreais do outro, deixando claro a necessidade de estabelecer limites dentro da realidade que vivenciam. (Por este caminho, os profissionais podem ajudar os casais a identificar seus recursos pessoais, adquirir a saúde individual, estabelecer metas conjuntas de mudança de comportamento e planejar estratégias de mudanças. É necessário, pois, compreender que a *harmonia disfuncional*, vivenciada pelos cônjuges e pela família em geral, é um fator que dificulta o reconhecimento do ambiente doentio em que vivem e, conseqüentemente dificulta a identificação da necessidade de buscar ajuda. Esta "*harmonia*" representa, com certeza, a melhor forma de ajustamento que conseguiram estabelecer e não deixa de provocar um certo equilíbrio, mesmo que este não seja saudável.

As implicações para a prática de enfermagem e de outros profissionais, extraídas de um estudo qualitativo abordando o mecanismo de negação no alcoolismo (Wing; Hammer-Higgins, 1993), começam pela própria concepção de negação como sendo a sincera falta de conhecimento e discernimento sobre a quantidade de álcool consumido, sobre a própria dependência e sobre os problemas decorrentes de seu consumo. Este é um conceito culturalmente determinado, que reflete, primordialmente, a forma da pessoa alcoolista relacionar-se com os outros, e está baseado em seus efeitos prejudiciais para o paciente e a sociedade. Neste sentido, a negação tanto pode ser um mecanismo capaz de impedir ou retardar a procura pelo tratamento, quanto pode ser também uma medida preventiva e adaptativa da ansiedade para aquelas pessoas que vivem em ambientes estressantes. Aos profissionais da saúde cabe, portanto, discernir os limites em que este mecanismo funciona como *proteção* e o ponto em que começa a emperrar a possibilidade de recuperação. Se a negação for tomada como uma tentativa individual encorajada pelo ambiente externo, de expor algum sentido no que está acontecendo, então pode ser entendida como uma saudável resposta à ameaça externa; porém, se o processo traz algum risco físico ou emocional à pessoa, então ela

é ineficaz ou não adaptativa, a partir do ponto em que adia ou inibe a mudança e perpetua a situação de risco.

O conhecimento sobre os fatores que determinam o uso inadequado do mecanismo de negação é vital para que os profissionais possam manejá-los de modo a promover a responsabilidade individual pelo comportamento que apresentam. A identificação correta destes determinantes pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias efetivas para ajudar o paciente a perceber sua realidade de forma mais objetiva. Para tanto, os profissionais podem começar a questionar a participação do paciente nas atitudes que ele atribui apenas aos outros. Por outro lado, a reflexão sobre situações semelhantes também podem agir como crítica, encorajando a pessoa a perceber, através do outro, a realidade de uma forma mais efetiva.

As dificuldades com que os profissionais da saúde se defrontam ao cuidarem de pacientes alcoolistas que não reconhecem o problema é um ponto relevante, embora este não tenha sido discutido com profundidade nos trabalhos consultados. O sentimento de incapacidade e confusão, experimentado diante desses pacientes, merece uma reflexão mais profunda no sentido de compreender as possíveis relações destes sentimentos, com a postura de distanciamento destes profissionais com tais pacientes. Esta postura não é observada nos grupos de auto-ajuda, onde quem maneja essas situações são pessoas que as conhecem bem.

Os estudos em forma de *relatos de experiência*, utilizados para consulta nesta dissertação, tinham por objetivo apresentar o trabalho desenvolvido por seus autores, ou então relatar as vivências pessoais enquanto familiares que convivem com o alcoolismo. Em geral, esses trabalhos exprimiram o entendimento pessoal dos autores dentro do referencial teórico que utilizavam. Nesses relatos, coincidentemente, o álcool foi concebido como uma substância capaz de proporcionar prazer e preencher um vazio existencial sentido pelo ser que bebe. Diante disto, ficou reforçada a necessidade de preencher este vazio existencial, quando o trabalho terapêutico está dirigido para a

busca da abstinência, pois, do contrário, o risco de recaídas é bastante alto.

O relato das experiências vivenciadas pelos familiares ou pelos terapeutas é um tipo de material que possibilita, ao leitor, compreender melhor uma experiência não vivenciada e, conseqüentemente, não percebida em sua intimidade. O valor desses estudos reside no fato de provocarem uma reflexão sobre as próprias vivências enquanto profissional.

Nos estudos apresentados sob forma de *reflexões teóricas* foram examinados os temas:

- \_\_\_ a visão dicotomizada do alcoolismo;
- \_\_\_ o alcoolismo sob a visão sistêmica; e
- \_\_\_ questões éticas envolvidas na pesquisa sobre alcoolismo.

Esses trabalhos fogem de enfoques técnicos e aprofundam questões filosóficas que, de diferentes maneiras, refletem-se na conduta do profissional e na organização dos serviços de saúde. De forma direta, esses trabalhos evidenciam a relação entre as concepções pessoais sobre alcoolismo e o reflexo destas na determinação dos rumos da assistência de saúde às pessoas alcoolistas e às suas famílias. Portanto, a evolução do conhecimento, sobre este tema específico, e a qualificação da assistência estão na relação direta da revisão profunda destas concepções que, dentro de meu ponto de vista, são culturalmente determinadas.

Também na forma de reflexão são levantadas as questões éticas envolvidas, principalmente na *pesquisa experimental* sobre alcoolismo (Stricker, 1991). Esse estudo enfocou, especificamente, a questão do consentimento informado. O conflito trabalhado neste estudo decorre da dúvida do quanto as pessoas podem estar realmente informadas dos riscos e prejuízos a que se expõem quando se submetem a ser sujeitos em experimentos científicos, pois isto implica em ter conhecimento, competência e liberdade para decidir pela sua participação ou não. Especificamente, a liberdade para

decidir quando esta participação está sendo remunerada e quando esta remuneração representa muito mais do que as pessoas estão habituadas a receberem por seu trabalho é um questionamento ainda sem resposta.

Os *estudos longitudinais*, de acordo com Polit, Hungler (1985), são aqueles que colhem dados em mais de um momento durante o acompanhamento. Esses estudos aplicam-se para aqueles projetos que visam o estudo da dinâmica de uma variável ou de um fenômeno, ao longo do tempo, sendo que o intervalo entre uma tomada de dados e outra é variável de acordo com a natureza da pesquisa que está sendo realizada. Dois desses estudos foram consultados no âmbito desta dissertação. Um deles (Schiuckit, 1994) investigava as características de pessoas consideradas de risco para desenvolver o alcoolismo, durante um acompanhamento que durou dez anos. Esse estudo apontou que uma sensibilidade mais baixa para doses menores de álcool está associada com um aumento significativo de risco para desenvolver alcoolismo no futuro, pois estas pessoas podem ser destituídas dos sinais de alerta que indicam o limiar de tolerância ou o momento de parar de beber.

O outro estudo (Fritzgerald et al., 1993) investigou fatores precoces de risco preditivos de problemas comportamentais em filhos de alcoolistas. De modo geral, os resultados alcançados com estudos longitudinais estão na dependência do rigor da escolha das amostras utilizadas. Embora esses estudos consultados ainda não tenham chegado a conclusões definitivas sobre as questões que investigam, é possível visualizar, através deles, o compasso da construção do conhecimento. Algo que acontece como uma caminhada progressiva, em que uma descoberta revela a necessidade da busca de outra, a qual vem para complementar o conhecimento em construção. Junta-se, nesta caminhada de construção de conhecimento, uma meta-análise realizada sobre o tema *suscetibilidade ao álcool em filhos de alcoolistas* (Pollock, 1992). Através dessa *meta-análise*, que segundo Polit, Hungler (1995) é uma técnica para combinar e integrar resultados de múltiplas pesquisas sobre um determinado tema, o autor identificou a necessidade de estudos longitudinais como um



caminho para esclarecer dúvidas que haviam persistido após sua realização. Acredito que, mesmo sem haver uma relação direta entre esta meta-análise e o estudo logitudinal publicado em 1994, abordando o tema por ela sugerido, aconteceu como na montagem de um mosaico, uma complementação, mostrando que, de alguma maneira, o conhecimento é uma construção progressiva, coletiva e que, às vezes, deixa bem claro o quanto é infundável.

As *revisões de literatura* foram trabalhos que exploraram os seguintes temas:

- \_\_\_ o papel dos fatores biológicos e genéticos na vulnerabilidade ao alcoolismo;
- \_\_\_ concepções acerca da doença familiar decorrente da vivência com o alcoolismo; e
- \_\_\_ o papel da desarmonia familiar na transmissão intergeracional do alcoolismo.

Nessas revisões de literatura, encontro em Velleman (1992) a indicação de que dois fatores de risco \_\_\_ o alcoolismo dos pais e a discórdia familiar \_\_\_ são danosos para o desenvolvimento humano. Dos dois, o último é o mais deletério, tanto para a criança, quanto para o adulto já desenvolvido. Embora esta *desarmonia familiar*, decorrente do alcoolismo ou não, seja um conceito imprecisamente definido, sabe-se que, usualmente, é medida de modo global quando, na verdade, incorpora, no mínimo, quatro aspectos separáveis, isto é, entre quem é a discórdia; como a discórdia é demonstrada; sobre o que é a discórdia; e o tempo de sua duração. As crianças que crescem em lares em que há clima de discórdia, seja esta decorrente da presença do alcoolismo ou não, estão sob maior risco de desenvolverem problemas na infância e, nesse caso, o comportamento anti-social e as desordens de conduta são os resultados mais prováveis para meninos. Neste sentido, os distúrbios de conduta são particularmente importantes por apresentarem um prognóstico pobre, além da probabilidade dos problemas parentais relacionados ao álcool serem associados com discórdia. Nestes casos, as crianças estão expostas a ambos os fatores de risco.

Com relação à transmissão familiar do alcoolismo, os autores discorrem sobre os vários estudos que focalizam os aspectos genéticos, seja através de estudos com

gêmeos ou estudos com filhos adotados. Consideram que a presença de alcoolismo em um membro da família, por si só, representa um fator de risco para o desenvolvimento desta doença nos descendentes. As pesquisas realizadas, e consideradas neste estudo Monteiro (1990), Graham, Berolzheimer (1993), mostraram uma tendência a considerar o alcoolismo como uma doença heterogênea, determinada não só por fatores genéticos, mas também culturais. Alguns desses estudos levantam a questão da interação genético-ambiental, enquanto outros apontam várias explicações possíveis:

- a) que o alcoolismo promove um certo tipo de adaptação que reforça o comportamento bebedor, ao ajudar a desviar a atenção de outros problemas que permeiam a vida familiar;
- b) que apesar da força potencialmente disruptiva, muitas famílias se mantêm juntas, às vezes, conseguindo bloquear sua transmissão para outras gerações;
- c) que as famílias conseguem manter um equilíbrio dentro do seu próprio contexto, isto é, mantêm-se juntas numa forma de equilíbrio, associado com o comportamento intoxicado.

Considero que o valor desses trabalhos de revisão de literatura reside no fato de reforçarem conhecimentos já validados e possibilitar o questionamento de *verdades* que muitas vezes podem ter sido edificadas sobre bases não muito sólidas como amostras tendenciosas, generalizações inadequadas ou metodologias duvidosas. Além do mais esses trabalhos de revisão de literatura permitem identificar vazios no conhecimento e, conseqüentemente, indicar os caminhos para novas investigações científica.

Dentro dos limites desta dissertação, pude identificar que a situação do conhecimento sobre essa temática específica é ainda pouco esclarecedora no tocante a velhos questionamentos. Muitas das antigas dúvidas são ainda abordadas de forma incerta, algumas vezes sendo caracterizadas como possibilidades que um dia poderão ser esclarecidas. Entre tantos, o maior vazio detectado, está representado pela ausência da família, principalmente na bibliografia nacional. Acredito que esta ausência está

fortemente atrelada à concepção de saúde e doença e aos modelos de assistência, calcados na figura solitária da pessoa que bebe.

A possível influência da família, no desenvolvimento e perpetuação do alcoolismo através das gerações é, em parte, respondida através de estudos que apontam uma associação e uma especificidade para a transmissão do alcoolismo confirmando as afirmações de Glitow, Peyser (1991) de que os filhos de pais alcoolistas têm maior tendência para desenvolver o alcoolismo, mas, por outro lado, faz pensar na possibilidade de outros fatores também estarem influenciando. Não podemos esquecer aqueles estudos que apontam a tendência desses filhos para desenvolver uma capacidade extraordinária para enfrentar os problemas da vida diária e opor-se a dependência alcoólica. Neste ponto específico, reforço a necessidade de explorar com mais profundidade a *invulnerabilidade* apresentada por crianças que faziam parte do grupo de amostragem do estudo de Markowitz, Craig (1992) que investigou a auto-percepção consciente e inconsciente em filhos de pessoas alcoolistas. Essas crianças, embora manifestassem a presença de conflitos inconscientes e ansiedade, também continham elementos de esperança e aptidão para resolver problemas. O aprofundamento desta questão poderia começar pelo questionamento se estas poderiam ser crianças cuja flexibilidade funcional faz com que consigam evitar as consequências patológicas de serem criadas em lares com problemas de alcoolismo. Cabe, portanto, aos profissionais da saúde investigar quais os indicadores dessa possível *invulnerabilidade*, de tal forma que seja possível conhecer os recursos pessoais que lhes permitem *sobreviver* ou *bem viver* mesmo em ambientes adversos e, então, para que se possa tentar usar esse conhecimento no cuidado de outras pessoas.

Não se sabe ainda como o fato de ter um dos pais alcoolistas ou ter um lar desarmonioso causam problemas nas crianças, nem como isto causa problemas posteriores, de longo prazo, em adultos. Tem sido sugerido que os efeitos danosos estão relacionados ao grau de desarmonia familiar dentro desses lares, mas os trabalhos sobre esse tipo de relacionamento são ainda pouco conhecidos. A crescente

suscetibilidade de ajustamento problemático na vida adulta é, portanto, uma evidência ainda equívoca, e parece depender das características da amostra que está sendo estudada. A possibilidade de que adultos, filhos de pais alcoolistas, estejam sob maior risco de desenvolver problemas alcoólicos pode, segundo alguns autores, ter sido exagerada.

A partir do exame destes estudos usados como fonte de dados, penso que pesquisas futuras poderiam aprofundar a investigação sobre as consequências do alcoolismo dos pais tanto na infância como na vida adulta, além de procurar desembaraçar a relação entre o alcoolismo dos pais e a desarmonia na família de origem para que então possam ser estudadas ações que as evite.

Este foi o caminho metodológico percorrido na construção do conhecimento apreendido através desta dissertação. É possível que outra pessoa, lendo os mesmos artigos, com os mesmos objetivos e a mesma metodologia, perceba outras facetas do conhecimento. Neste momento, porém, com o quadro de referência teórico que conservo desde o início deste trabalho, foi este o caminho escolhido, e estas as escolhas que selecionei. Foi por esta minha maneira de olhar para a pessoa alcoolista como um ser que concretiza sua existência nas relações que estabelece com o mundo e com os outros seres a sua volta que, ao olhar para a pessoa que bebe, deter-me nela com mais demora e enxergá-la não apenas isoladamente, mas através de sua família, que determinou, com certeza, a seleção destas *porções* de conhecimento que, acredito, possam contribuir para que os enfermeiros e outros profissionais da área da saúde compreendam melhor a situação da pessoa que bebe e de sua família .

## ***CAPÍTULO V***

### ***REFLETINDO SOBRE OS RESULTADOS***

## **REFLETINDO SOBRE OS RESULTADOS**

---

---

A dependência ao álcool é um fenômeno que pode ser compreendido de diversas maneiras. Enquanto fenômeno, admite várias interpretações, porém, isoladamente, nenhuma delas poderá contemplar a compreensão de sua totalidade. Neste sentido, qualquer visão terá sempre, como parte de sua existência, um caráter de inacabada, uma vez que não apreende o fenômeno em sua plenitude, mas por outro lado, deixa sempre a possibilidade de complementar-se através de um refazer-se contínuo.

A (re)construção de uma concepção mais ampla sobre o alcoolismo é, com certeza, o ponto de partida para desenvolver uma maior aproximação com a verdadeira magnitude deste problema. Uma concepção que possa ser mais social e menos biologicista sem, contudo, desprezar o valor dos recursos clínicos, mas que possibilite o entendimento do alcoolismo como algo constituído a partir das próprias dimensões onde ele transita, isto é, a dimensão social, cultural, biológica, econômica, emocional e intelectual, e para onde ele se volta assim que constituído está.

A predominante concepção dicotomizada que tem marcado a visão do alcoolismo reforça cada vez mais a parcialidade do conhecimento sobre o tema e estabelece um círculo vicioso com a assistência de saúde que, definida a partir desta visão, promove uma assistência também compartimentalizada e restrita aos domínios

onde é comumente explorado. Sem desmerecer as tradicionais dicotomias ressaltadas por Bertolote (1992), considero que existe uma outra que, embora não tenha sido referenciada em seu estudo, é, com certeza, a que mais frequentemente assistimos no cenário da prática assistencial de saúde, isto é, a dicotomia entre a pessoa que bebe e a família. Esta reflete-se como nenhuma outra na forma de cuidar das pessoas que vivenciam o alcoolismo em seu cotidiano. Acredito que transformações específicas na forma de cuidar, só serão possíveis com a superação destas tantas dicotomias que têm marcado a compreensão do alcoolismo, pois, enquanto persistir esta visão dissociada, persistirá a compartimentalização da assistência.

A dimensão econômica tem seu papel na preservação destas dicotomias. Em nossa realidade, a determinação do local onde o alcoolista deve ser atendido (unidade geral ou especializada) é definida a partir do interesse financeiro das instituições, pois, em geral, o leito destinado à internação de pessoas alcoolistas é, economicamente, mais rentável do que o leito geral. Isto faz com que, em determinados lugares, o credenciamento destes leitos seja motivo de ferrenhas disputas. Diante disto, penso que os recursos para preservar ou resgatar a saúde das pessoas alcoolistas e suas famílias não se darão tanto pelo desenvolvimento de uma tecnologia mais apurada, mas sim pelas mudanças nos processos sociais e econômicos que determinam a forma de viver.

A assistência de saúde, fundamentada na hipótese de que abordar o alcoolismo a partir do alcoolista, é o melhor caminho, resulta desta visão dicotomizada. Acredito, porém, que somente dentro de uma visão menos fragmentada e menos parcial da que predomina nos tempos de hoje, é que os profissionais da saúde poderão reconhecer a família como uma dimensão do alcoolismo, onde o adoecer acontece de forma indiscriminada, atingindo a todos os seus membros que, por conseguinte, têm o direito de também serem cuidados.

Ao longo desta dissertação, constatei que, em nível nacional, poucos pesquisadores examinaram o espaço familiar na relação com o alcoolismo. A grande

maioria dos trabalhos concentra-se, em vez disso, no exame de questões pontuais e secundárias, aumentando cada vez mais a especificidade do assunto. Esses estudos, em geral, detiveram-se na investigação de dados demográficos, levando-os rapidamente à sua saturação, e deixando como consequência, um grande vazio no conhecimento sobre as famílias que convivem com este problema. Resgatando o estudo realizado pelo CENEPI-MS, no período 1990 a 1991, o qual indicou uma prevalência de 10% para o alcoolismo em algumas regiões do Brasil, e relacionando-o com dados de autores nacionais e estrangeiros, que apontam uma média de cinco a seis pessoas afetadas pelo alcoolismo, na família, reafirmo a necessidade de direcionar a investigação científica, principalmente a nível local, para além do levantamento de dados demográficos.

Penso que a opção de manter a investigação científica restrita a doença em si ou na pessoa alcoolista traz, como consequência, a persistência de um modelo assistencial que não se modifica ao longo dos tempos, apesar de ser, reconhecidamente, ineficaz. Por esta razão, acredito que investir no estudo das questões que envolvem a família, no alcoolismo, é condição fundamental para que ocorra qualquer tipo de transformação em termos de assistência de saúde a estas pessoas.

No referencial teórico desta dissertação, expressei a convicção de que o ser concretiza sua existência nas relações que estabelece com o mundo e com os outros seres a sua volta. Retomando este raciocínio e, espiralando-o com a afirmação de Zago (1994), que vê o alcoolismo como uma busca de solução para curar as feridas mais íntimas e para preencher o vazio existencial tão presente nos tempos de hoje, entendo que, ao concretizar esta sua existência em um contexto social consumista como o que vivemos, as pessoas, lentamente, vão distanciando-se de sua essência, na medida em que percebem que o valor pessoal está atrelado à questão da posse. Assim, a destituição de bens produz a perda do valor pessoal, a perda da identidade com este contexto e o sentimento de vergonha de mostrar-se por inteiro. Ao mesmo tempo em que ocorre essa supervalorização das coisas, avoluma-se o sentimento de incompetência para alcançar tanto aquelas coisas que, nesta sociedade consumista, representam o seu ser, quanto



para buscar a solução aos seus problemas. Esta *doença existencial* provoca a perda virtual da capacidade de encontrar soluções para seus problemas e, então, o que resta deste ser-família representa, para os profissionais da saúde, todo \_\_\_ ou quase todo \_\_\_ o *material* de que dispõem para trabalhar.

Neste contexto, trabalhar na busca de um viver sem álcool significa reabrir este vazio produzido por esta forma de viver. Preencher este vazio representa pois, um ponto crucial no processo de resgate da saúde destas pessoas. A atuação terapêutica do profissional deve, portanto, estar orientada por objetivos bem mais amplos do que a simples desintoxicação do ser individual, procurando, por um lado, (re)construir a auto-imagem e a auto-estima que, na pessoa que convive com o alcoolismo está comprometida, e, por outro, reestruturar sua visão de mundo, em busca de um viver melhor.

Para atingir estes objetivos mais amplos, o profissional precisa construir, com estas pessoas, um tipo de relação, através da qual possa resgatar a segurança, os vínculos e os valores que ficaram perdidos ou adormecidos ao longo do desenvolvimento da doença. Para construir este tipo de relação, é preciso, antes de tudo, que o próprio profissional procure desenvolver o auto-conhecimento, se é que pretende ajudar o outro a conhecer-se e, principalmente, é preciso que desenvolva *resistência à frustração*, pois recaídas frequentes na pessoa alcoolista e desesperança nos familiares, podem acontecer independentemente da competência do profissional. Identificar e requisitar os recursos individuais e coletivos que estas pessoas detêm para enfrentar esses problemas representa uma possibilidade de trabalho, pois no âmago do alcoolismo, não é o objeto álcool que encontramos, mas sim seres humanos.

Admitir que o alcoolismo é uma doença que atinge não só a pessoa que bebe, mas também aqueles que com ela convivem, implica em reconhecer a necessidade de uma equipe multidisciplinar com a finalidade de intervir em todas as dimensões, onde ele possa acontecer. Por esta razão, penso que, declinar da onipotência que acomete

muitos terapeutas, facilita este trabalho multidisciplinar de tal forma que, a diversidade de dimensões que compõem o alcoolismo, possa ser atendida. Uma equipe multidisciplinar é fundamental para ampliar a visão sobre o alcoolismo e permitir sua compreensão dentro de uma perspectiva contextualizada, que seja capaz de romper com a tradicional concepção compartimentalizada do sujeito e de sua doença. Nos estudos produzidos em co-autoria com outros profissionais, além do médico, foi possível identificar uma ampliação da visão de alcoolismo. A presença da enfermeira, com sua formação teórica e aptidões específicas apropriadas para prevenção e identificação precoce dos problemas, numa equipe, tradicionalmente constituída por médicos, possibilitou, nesses estudos, o reconhecimento de outras dimensões, além da biológica. Ao mesmo tempo, a presença do assistente social resgatou o espaço da família na vivência do alcoolismo. A intervenção de caráter interdisciplinar, por si, só constitui-se numa possibilidade de transição, da assistência individual para uma assistência de caráter familiar, e quem sabe coletiva, Penso que, hoje, já não se discute mais a necessidade de uma equipe multidisciplinar para o cuidado das pessoas que convivem com o alcoolismo.

O conhecimento sobre família, que encontrei nesta busca, é um conhecimento que, segundo seus próprios autores, ainda carece de comprovação científica, pois, em grande parte, procede da investigação de dados isolados ou de relatos de experiências, sem que tenham sido submetidos a técnicas mais rigorosas de pesquisa. A falta de sistematização representa, portanto, um dos pontos cruciais no processo de construção deste conhecimento específico. Penso que este e muitos outros fatores têm influenciado neste processo emperrando, persistentemente, um desenvolvimento mais acelerado, principalmente em nível nacional. Da investigação que realizei, selecionei alguns destes fatores para chamar atenção sobre eles.

Um deles, é a falta de maior rigor na realização das pesquisas que vão desde a coleta inadequada dos dados, até diagnósticos equivocados. Em muitas estudos consultados, os dados foram colhidos durante a realização da anamnese, por ocasião

da internação do paciente. Nestas circunstâncias, devido ao desgaste físico ou mental, depois de muitos dias de ingestão de bebidas alcoólicas, sem alimentação e repouso adequados, a pessoa pode apresentar manifestações sugestivas de outros diagnósticos como, por exemplo, a depressão. Nestes casos, não seria correto considerar a hipótese de co-morbidade. Por outro lado, a utilização de amostras constituídas preferencialmente de pessoas internadas em hospitais e vinculadas a ambulatórios está, de certa forma, restringindo a participação da família, pois não podemos esquecer que, em nosso sistema de saúde, há pouco espaço para as famílias e, portanto, com estas amostras de conveniência (ou tendenciosas), dificilmente os pesquisadores atingirão a família como um todo. Além do mais, embora esses sejam estudos mais fáceis de serem realizados e de rápida execução, eles só produziriam dados confiáveis em locais onde a rede hospitalar e ambulatorial fosse eficiente.

Ainda com relação às características das amostras examinadas, foi apontado, em vários estudos, que muitas pesquisas têm sido frustradas pela predominância de um determinado sexo. Segundo Velleman (1992), os meninos têm sido muito mais extensivamente estudados que as meninas; problemas de alcoolismo paterno têm sido mais frequentemente examinados do que o materno; e os tipos de comportamentos problemáticos examinados em adultos e crianças têm sido, mais frequentemente, aqueles passíveis de serem apresentados mais por homens do que por mulheres.

O tempo de convivência da família com o alcoolismo, e seu conseqüente ajustamento a esta situação, é outro ponto que deveria ser considerado nos estudos que investigam esse tema específico, pois a percepção que as pessoas desenvolvem sobre as questões que experienciam é diferente, quando o alcoolismo faz parte da família por muitas gerações, e quando esta convivência é mais recente em seu cotidiano.

A falta de uma uniformidade conceitual, entre os profissionais, representa outro sério problema na área da dependência química. A existência de significados diferentes atribuídos aos mesmos termos, tem dificultado, enormemente, o avanço da

construção de conhecimento, nesta área específica. O próprio conceito de alcoolismo é um exemplo desta diversidade conceitual, pois ele reflete a discrepância de opiniões entre a versão do bebedor e a versão de outras pessoas a respeito da natureza e das consequências do *beber*. Selecionei alguns termos que, ao longo desta pesquisa, foram encontrados com diferentes significados, e coloquei-os em destaque, por acreditar que, de alguma maneira, tal exposição pode contribuir para reduzir os equívocos que provocam.

O termo *cultura*, citado em bibliografia nacional, foi usado como sinônimo de grau de escolaridade, não devendo, portanto, ser confundido com o termo usado no referencial teórico desta dissertação. Já os autores Cooley; Lasser (1992), que definiram alguns termos dúbios, consideram que a *abstinência* não é sinônimo de recuperação, mas somente uma condição de não beber. *Recuperação* é considerada como o processo de aprendizagem pelo qual a pessoa alcoolista aprende que não pode usar álcool e pelo qual espera-se que progrida no sentido de aceitar esse fato. *Recusa* refere-se ao fato da pessoa continuar bebendo, mesmo depois de ter sido alertado que o uso diário de álcool pode provocar danos à saúde. *Ignorância* refere-se à persistência de tal comportamento por desconhecimento.

Penso ser inútil criticar uma assistência de saúde fragmentada e compartimentalizada, quando os próprios profissionais que cuidam das pessoas e publicam a respeito deste assunto utilizam, para expressar suas idéias, uma linguagem desconectada de sua prática. Há que se ressaltar que grande parte dos trabalhos, onde havia uma certa discrepância entre a linguagem utilizada e a prática descrita, eram trabalhos de relatos de experiência. Diante desta incoerência, entendo porque, na literatura, encontrei tantos trabalhos que refletiam uma visão abrangente do alcoolismo e, na prática profissional, tenho visto uma assistência de saúde tão fragmentada. Será esta uma das explicações para o fato de o alcoolismo ser entendido, teoricamente, como um problema que atinge toda a família e, em termos de assistência, não haver preocupação com a saúde das famílias?

Esta contradição entre o pensar e o fazer manifesta-se também nos discursos de muitos profissionais da saúde, que costumam comprometer e, muitas vezes, responsabilizar estas famílias pela recuperação de seus parentes alcoolistas aumentando cada vez mais seus sentimentos de culpa. Observo, na prática assistencial, e detectei, nos estudos consultados, que as famílias mesmo sendo referenciadas como *espaços caóticos*, caracterizados pela incompetência e pelo aniquilamento, ainda assim são requisitadas para esta tarefa. Da forma como são apresentadas nesses discursos, não é possível entender de onde estas famílias poderiam retirar força e competência para ajudar a pessoa alcoolista em seu processo de recuperação. Por outro lado, é interessante notar que, mesmo aniquilada pelo discurso desses profissionais, ainda assim, estas famílias não são claramente reconhecidas como necessitadas de apoio.

Parece-me que este discurso contraditório e fragmentado com o qual os profissionais da saúde, de um lado, anulam as capacidades destas famílias e, de outro, lhes cobram competência para ajudar no tratamento da pessoa alcoolista, retrata, pois, a inexistência de um código comum entre esses profissionais e, conseqüentemente, um ponto gerador de equívocos com relação à assistência de saúde dessas pessoas.

Todos estes problemas imbricados na construção de conhecimento sobre este tema específico fazem com que, em muitas situações, as conclusões dos estudos realizados, sejam precipitadas, obrigando a restringir seus resultados e conclusões ao grupo estudado, não sendo possível o retorno do investimento à prática assistencial, onde deveriam repercutir.

Apesar deste *retrato nublado*, identifiquei, através de um levantamento bibliográfico das publicações nacionais de enfermagem, no período de 1982 a 1994, que os profissionais estão se preocupando mais com este tema. Neste período, seis dissertações de mestrado, referidas pela Associação Brasileira de Enfermagem, focalizam, direta ou indiretamente, este assunto. Acredito que o movimento, neste

sentido, na enfermagem, deve-se à maior conscientização da abrangência deste problema, nos últimos tempos.

Acredito ainda que a ignorância, com relação aos efeitos prejudiciais do alcoolismo sobre as pessoas que com ele convivem, associada ao desconhecimento dos métodos apropriados de intervenção, explique, em parte, a *negligência* profissional e o abandono que sofre essa população, apesar de ser, reconhecidamente, uma população de alto risco. Esta ignorância, que se reflete na assistência, na forma de abandono ou distanciamento, é um problema cujas raízes remontam à formação dos profissionais, pois o espaço reservado ao alcoolismo e à família, nos cursos de graduação, é mínimo. Dados fornecidos por Scavnicky-Mylant (1990) indicam que a percentagem de horas/aula dedicadas ao alcoolismo, nas escolas médicas, fica abaixo de 1% e abaixo de 5 horas (total), nas escolas de enfermagem. Estes dados, que refletem a situação do ensino do alcoolismo em outro país, não devem ser diferentes em nossa realidade e, de alguma maneira, servem para mostrar a falta de preocupação, de caráter universal, com um assunto desta abrangência. Isto pode explicar, também, a lacuna existente na produção científica sobre o tema. Este problema, no âmbito da enfermagem, pode estar associado à enorme discrepância observada entre a magnitude potencial do papel do enfermeiro e a reduzida produção de conhecimentos específicos que possa respaldar seu fazer prático.

Para Secaf (1995), neste final de século, acumulou-se um acervo de conhecimentos e de pesquisas que, numericamente, ultrapassou as previsões. Embora, de acordo com esta afirmação, com relação à temática família e alcoolismo examinada dentro material consultado encontrei uma lacuna representada pela ausência da família, principalmente nos estudos nacionais, a qual têm correspondência na falta de preocupação com a saúde destas famílias, observada na prática profissional. Por outro lado, a persistência no uso de recursos e estratégias falidas que só se justificam pela ausência de algo melhor pelo qual possam ser substituídas, aponta para a necessidade dos estudiosos voltarem-se, com decisão, para a busca de soluções dos problemas

emergentes da prática, pois, como afirma Angerami (1993), é responsabilidade dos enfermeiros, identificar as áreas de interesse e nestas investirem de tal forma que o conhecimento chegue à prática com capacidade instrumentalizadora. Cabe, portanto, a cada um dos profissionais envolvidos com os cuidados destas pessoas, assumir a responsabilidade pelas mudanças que se fazem necessárias e (re)criar uma forma diferente e mais compromissada de "*cuidar*".

Apesar do avanço tecnológico que vem ocorrendo nos últimos tempos, a situação do conhecimento sobre a saúde das famílias, que vivenciam a questão do alcoolismo, pode ser caracterizada ainda como rudimentar, pelo menos a nível de Brasil. O movimento provocado pelo processo de construção de conhecimento tem convergido, preferencialmente, para as questões individuais e dentro de uma abordagem predominantemente, biologicista. Enquanto isso, não podemos esquecer que o alcoolismo continua sendo um dos maiores flagelos da humanidade e com ele vem arrastando uma multidão de pessoas.

## ***CAPÍTULO VI***

### ***IMAGEM DE FAMÍLIA***



## *IMAGEM DE FAMÍLIA*

---

É impossível viver uma experiência tão envolvente quanto a construção de uma dissertação e sair dela da mesma forma como se entrou. Embora a proposta inicial deste trabalho tenha sido buscar o conhecimento em fontes nas quais eu não havia participado, considero que, ao mergulhar em um mundo tão abstrato, é impossível ser a mesma após dele emergir.

Se é verdade que o sujeito se transforma com o conhecimento, e o objeto também, pois adquire novo sentido, então considero como compromisso, no encerramento desta etapa, desvelar quem é, para mim, hoje, esta família que busquei, durante todo o tempo que durou este trabalho. Das experiências que vivenciei como profissional, mescladas agora com os novos significados que foram acrescentados a uma base original, sobressai uma imagem de família que traduz os significados deste ser abstrato que, diariamente, concretiza-se diante dos profissionais que cuidam da saúde destas pessoas. A *proximidade* com estas famílias me fez desenvolver uma sensibilidade para percebê-las numa outra dimensão de tempo e espaço e entender que não existe um padrão de família de alcoolista, e mesmo que isto fosse possível, ainda assim não seria único, pois existiriam muitas formas de percebê-lo, e, então, pareceria muitos.

Esta família de alcoolista, da forma como a visualizo, é uma família comum,

que, como tantas outras, representa um espaço essencial para o crescimento e desenvolvimento dos seres que a compõem. É um espaço onde os seres preservam, praticam e transmitem seus valores e, num exercício diário, (re)criam seus vínculos, se apóiam e se protegem. É o lugar do afeto, da proteção e, ao mesmo tempo, do conflito. Como qualquer outra, é uma família que busca, às vezes de forma individual, às vezes conjuntamente, estratégias que lhes permitam *sobreviver* ou *bem viver* no mundo que ajudam a construir.

Nessas famílias, os afetos se constróem, de um lado, pelas marcas da convivência dolorosa com o alcoolismo e, de outro, pela força que lhes concede um nível de compreensão do mundo e da vida que os faz perceber coisas, que outros que não as viveram, dificilmente conseguiriam. Por isso ficam juntos, porque conseguem construir um tipo de relação que, ao mesmo tempo, é simples, complexa e dinâmica, a qual comporta uma capacidade de avaliar-se constantemente, corrigindo qualquer tendência que ponha em risco sua sobrevivência. É, com certeza, por construírem uma peculiar *relação de apego e de cuidado*, que seus membros conseguem manter-se juntos apesar de, muitas vezes, não haver uma explicação que justifique a preservação deste elo num ambiente tantas vezes caracterizado como caótico.

A construção desta relação de apego e de cuidado começa na construção do casal; segue e, ao longo do tempo, vai se transformando e se reconstruindo. É destituída dos sentimentos de injustiça, insuficiência ou prejuízo, tão frequente nas relações sociais e contém a esperança e a tranquilidade de quem tem consciência de que cumpre seu papel. Esta relação, que os capacita a suportar ou superar a insatisfação e o mal estar-atrelado à própria existência, mostra-se ao ir buscar o pai no bar, ao procurar ajuda quando tudo parece ameaçado e na convicção de que aquele é o seu espaço. Acredito que a função primordial desta relação é a preservação dos elos familiares, principalmente naquelas famílias onde as adversidades são sentidas com mais intensidade.

Na intimidade destas famílias, o alcoolismo é concebido como doença e, como tal, está destituído de preconceitos ou estigmas. Acredito que sustentadas por esta concepção, as relações com o ser que bebe podem ser simples, claras, diretas, afetivas e sem culpa, mesmo que, muitas vezes, possam também ser ambivalentes e contraditórias. Esta forma de perceber o alcoolismo, porém, fica restrita aos limites da intimidade familiar, pois, no espaço social, conceitos pesados e estigmatizados, lentamente vão sendo inculcados no ser em construção, o filho de alcoolista. Estes vão se contrapondo à percepção do alcoolismo como doença. Assim, no meio social, ocorre uma inversão da determinação familiar, gerando, na melhor das hipóteses, uma teoria própria para o espaço privado e outra para o espaço público. Cria-se então um paradoxo: por um lado, com a convivência familiar diária, aprendem que o alcoolismo é uma doença; por outro, a inculcação social os faz questionar, duvidar e, muitas vezes, até perder esta convicção.

O ambiente em uma família que comporta o alcoolismo pode ser caótico, como afirmam alguns autores. Não nego as evidências que apontam para uma convivência problemática, sofrida e às vezes até caótica, sim, porém não acredito que estas famílias sejam apenas isto. E, diante de uma imagem tão enfaticamente caracterizada como caótica, sinto-me impulsionada a procurar a força e a beleza que, certamente, nela existe. Estas famílias, em geral, são diferentes de muitas outras, porém, nestas diferenças encontro a capacidade extraordinária que as habilita a conviver com o estresse crônico e nem por isso desintegrarem-se. Acima de tudo, desenvolvem um jeito de viver e de cuidar tão forte que as torna capazes de resistir ao estresse crônico em seu cotidiano. Estas famílias têm uma história e criam uma história que faz com que a pessoa sinta-se pertencente a ela. Acredito, porém, que, com certeza, não será através de um raciocínio linear, que a compreensão deste fenômeno vai acontecer. Só será possível entender estas famílias, se procurarmos olhar além de sua aparente organização caótica para buscar a compreensão de suas relações mais íntimas.

Essa imagem de família de alcoolista, que não é uma imagem apenas intuída,

já que foi vivida, embora numa forma abstrata de vivê-la, contém em sua essência, a convicção de que deve existir, entre seus membros, algo forte e resistente que os transforma em unidades tolerantes, que apóiam e encorajam seus membros, protegendo-os das consequências naturais da convivência diária com a doença.

As leituras que realizei levam-me a pensar que o sofrimento vivenciado pelas famílias de alcoolistas não é diferente do sofrimento de outras famílias que também desenvolvem padrões de ajustamento disfuncionais ao redor de doenças crônicas. É possível que a diferença esteja associada ao fato de que o tempo necessário para desemaranhar-se dos efeitos de conviver com uma doença de caráter progressivo e insidioso como o alcoolismo é maior do que para outras doenças também progressivas e insidiosas. De resto, o que tem sido escrito sobre famílias de alcoolistas não deve ser considerado de uso restrito, pois pode respaldar a compreensão destas outras famílias.

## *FINALIZANDO*

---

---

Um ano foi o tempo que durou somente a coleta de dados para esta dissertação. Foi a etapa mais longa nesta trajetória e, com certeza, a mais solitária de todas. Uma pesquisa bibliográfica é um trabalho cuja fonte de dados não fala, mas diz tudo o que quer; não sente, mas é capaz de fazer sentir os mais profundos sentimentos como raiva, vergonha, orgulho. Às vezes, deixava-me melancólica, e mesmo assim não escutava meu lamento, noutras vezes fazia-me sentir grandiosa, feliz, e nela então me encontrava como se fosse meu mundo real. Este tipo de pesquisa, enfim, não é gente, mas envolve e seduz como se o fosse.

Na construção desta dissertação precisei (re)criar, no imaginário, um mundo real. No mundo real, busquei os trabalhos, no mundo imaginário, personalizei os autores e com eles conversei, discuti, briguei, rejeitei e, diante de alguns, declinei como se

fossem seres concretos, e o são, porém não nesse mundo abstrato em que com eles me envolvi, mas em um outro, de onde precisei ausentar-me, temporariamente, enquanto construía esta dissertação e procurava construir-me como pesquisadora.

À medida que avançava no trabalho, percebia, cada vez mais, a grandiosidade do universo onde havia penetrado, ao mesmo tempo, sentia o aperto das amarras impostas pelos meus próprios limites e pelos limites do trabalho que havia me proposto. Inicialmente, pensei que, com todos os recursos que poderia acessar, certamente atingiria quase a totalidade do conhecimento sobre o tema central desta dissertação. À medida que andava, porém, percebia esta pesquisa como uma longa estrada sem fim, que, a todo o momento, era acrescida de mais um trecho, e eu, como um caminhante que, em determinados pontos, fazia uma parada mais demorada, detendo-me num determinado ponto, escolhido, às vezes, de forma incerta, mas procurando sempre o que buscava, desde o início, quando comecei esta caminhada.

Os limites deste trabalho precisavam ser demarcados, do contrário caminharia infinitamente. Diante da impossibilidade de finalizá-lo pelas suas próprias características de processo de construção, resolvi, então, interrompê-lo, apenas por uma

conveniência temporal e por considerar-me, até este ponto, satisfeita em termos dos objetivos pretendidos.

E, ao concluir esta etapa de trabalho, resgato a afirmação inicial de que o *homem constrói o conhecimento de vários modos* e considero que este foi, portanto, o meu jeito de construí-lo.

***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- ANGERAMI, Emília L. Saporiti. O desenvolvimento da pesquisa no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 1, p. 43-52, dez. 1993. Número especial.
- AMADO, Maria Lucia M. Uma experiência em terapia de grupo com pacientes alcoolistas. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 17-20, 1994.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda, MARTINS, Maria Helena Pires. *Temas de Filosofia*. São Paulo: Moderna, 1992.
- BEARD, Margaret, JOHNSON, Margie. Nursing theorists approaches. In: BECK, Cornelia Kelly, RAWLINS, Ruth Parmelee, WILLIAMS, Sophronia R. *Mental health-psychiatric nursing: a holistic life-cycle approach*. 2 ed. St. Louis: C. V. Mosby, 1988. Cap. 4, p. 48 - 64.
- BERTOLETE, José Manuel. Saúde mental e dependência química: a superação de falsas dicotomias., *Temas*, São Paulo, n. 44, p. 109-115, 1992.
- BORINI, Paulo, SILVA, Cleusa Olivatto. Tratamento de alcoolistas em regime de internação hospitalar - avaliação dos resultados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 149-55, 1993.
- BUCHER, Richard. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- CARDIM, Marisa de Souza, AZEVEDO, Belarmino Alves de. Repercussões psicossociais do alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 7, p. 365-370, 1991.

- CARLINI, E. A. , CARLINI-COTRIM, Beatriz. A preponderante participação do álcool nas internações por dependência e por psicoses induzidas por drogas psicotrópicas no Brasil, triênio 1987 - 1989. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 291-298, jul. 1991.
- CARTANA, Maria do Horto. F. *Rede e suporte social de famílias*. Florianópolis: UFSC, 1988. 205p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*, Petrópolis: Vozes, 1994.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, 1994, Brasília. *Relatório final* Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 63 p.
- COOLEY, Frederick B. LASSER, Daniel. Managing alcohol abuse in a family context. *American Family Physician*, Kansas City, v. 45, n. 4, p. 1735-1739, Apr., 1992.
- CORMILLOT, Alberto. *Beber o no beber: Esa es la cuestion?* Buenos Aires: Paidós 1992. 274 p.
- CORREIA, Luis Antonio, RAHM, Haroldo J. *Solução para farmaco-dependentes: uma experiência terapêutica*. São Paulo: Loyola, 1987. 193 p.
- DEMO, Pedro. *Introdução a metodologia da ciência*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987. 118 p.
- DOMINGO, Joaquín Santo. *No te rindas ante... El alcohol*. Madrid : Rialp, 1990. 144 p.
- EDWARDS, Griffith. *O tratamento do alcoolismo*. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 292 p.
- ENDERS, Linda E. MERCIER, Joyce M. Treating chemical dependency: the need for including the family. *The International Journal of the Addiction*, Washington, v. 28, n. 6, p. 507-519, 1993.
- FRITZGERALD, Hiran E. SULLIVAN, Linda A. HAM, Haazen P., ZUCKER, Robert A. BRUCKEL, Stefan SCHNEIDER, Andrew M. , NOLL, Robert B. Predictors of behavior problems in three-year-old sons of alcoholics: early evidence for the onset of risk. *Child Development*, Chicago, v. 64, n. 1, p. 110-123, 1993.

- GITLOW, Stanley, PEYSER, Herbert. *Alcoolismo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 311p.
- GRAHAN, Antonnette, BEROLZHEIMER, Nathan, BURGE, Sandra. Alcohol abuse: a family disease. *Primary Care*, Philadelphia, v. 20, n. 1, p.121-130, Mar. 1993.
- MONTEIRO, Maristela G. Bases genéticas do alcoolismo: visão geral. *AMB Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 36, n. 2, p.78-82, abr/jun. 1990.
- MONTGOMERY, Phyllis, JOHNSON, Barbara. The stress of marriage to an alcoholic. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*, New Jersey, v. 30, n.10, p.12-6, Oct., 1992.
- MARKOWITZ, Paula e CRAIG, Robert J. Conscious and unconscious perceptions of self in children of alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, Chicago, v. 27, n. 10, p. 1187-96, Oct. 1992.
- MASUR, Jandira. *A questão do alcoolismo*. São Paulo: Brasiliense, 1984. 78 p.
- POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- POLLOCK, Vicki E. Meta-analysis of subjective sensitivity to alcohol in sons of alcoholics. *American Journal Psychiatry*, Washington, v. 149, n. 11, p. 1534-1538, Nov., 1992.
- RAMOS, Sergio de Paula et al. *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. 163 p.
- RIX, Elizabeth Lumsden, RIX, Keith J. B. *Alcohol problems: a guide for nurses and other health professionals*. Massachusetts: John Wright & Sons, 1983.
- SALVADOR, Ângelo Domingos. *Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica*. 11. ed. Porto Alegre: Sulina, 1986. 254 p.
- SCHUCKIT, Marc. Alcoolismo: uma introdução. In: \_\_\_\_\_. *Abuso de álcool e drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. Cap. 3, p. 67-102.
- SCHUCKIT, Marc A. Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism.

- American Journal of Psychiatry*, Washington, v. 151, n. 2, p. 184-189, Feb., 1994.
- SECAF, Victória. Pós-graduação em enfermagem/terceiro milênio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 8-12, abril, 1995.
- SCAVNICKY-MYLANT, Mary Lou. The process of coping among young adult children of alcoholics. *Issues in mental Health Nursing*, v. 11, n. 2, p. 125-139, 1990.
- SELVAGGI, Ataíde de Felipo. *Filosofia do mundo*. São Paulo: Loyola, 1988. p. 13-32.
- STEFANELLI, Maguida Costa et al. Situação da pesquisa em enfermagem psiquiátrica no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 21, n.2, p.183-195, ago. 1987.
- STRICKER, George. Ethical concerns in alcohol research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington, v. 59, n. 2, p. 256-257, 1991.
- TESSON, Bonnie M. Who are they? identifying and treating adult children of alcoholics. *Journal of Psychosocial Nursing*, v. 28, n. 9, 1990.
- van KOLCK, Odette L., TOSI, Silésia M. V. Delphino, PELLEGRINI, Teda. Auto-imagem em alcoólicos crônicos. *Temas*, São Paulo, n. 42, p. 374-382, 1991.
- VELLEMAN, Richard. Intergenerational effects \_\_ a review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. II: the intergenerational effects of family disharmony. *The International Journal of the Addictions*, Washington, v. 27, n. 4, p. 367-389, 1992.
- VICTORA, Cesar G., BARROS, Fernando. *Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 177 p.
- ZAGO, José Antônio. Drogadição: um jeito triste de viver. *Informação Psiquiátrica*, v. 13, n.4, p. 155-158, 1994.
- WING, Donna Marie. A field study of couples recovering from alcoholism. *Issues in Mental Health Nursing*, v. 13, n. 4, Oct-Dec, p. 333-348, 1992.

WING, Donna Marie. HAMMER-HIGGINS, Paula. Determinants of denial: a study of alcoholics. *Journal of Psychosocial Nursing*, v. 31, n. 2, 1993.

***ANEXOS***

## ANEXO I

### ISTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Localização do trabalho

--	--

CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO:

Tema central:  
Temas correlatos:  
Foco do trabalho:  
Referencial teórico:  
Características do estudo:  
Dimensões abordadas:  
Área de formação do autor:

RESUMO DO TRABALHO:

--

RECURSOS E ESTRATEGIAS TERAPÊUTICAS ADOTADAS NO TRABALHO

--

COMENTÁRIOS

--

CONTRIBUIÇÕES PARA O ESTUDO

--

ANEXO II: QUADRO RESUMO DA CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS UTILIZADOS COMO FONTE DE DADOS

Trabalho	Tema	Foco	Dimensão	Referencial	Método	Ano	Periódico	Área Formação
1	Repercussões do alcoolismo no âmbito social e familiar	A doença alcoolismo	Emocional Social Econômica Cultural	Psicanalítico	Estudo Correlacional	1991	Jornal Brasileiro de Psiquiatria (J.B.P.)	Psicologia Medicina
2	Concepção dicotomizada do alcoolismo	A doença alcoolismo	Social Biológica Cultural	—	Reflexão	1992	Temas	Medicina
3	Auto-imagem em alcoolistas crônicos	A pessoa alcoolista	Emocional	—	Estudo Descritivo	1991	Temas	Psicologia
4	Características comportamentais de pessoas alcoolistas	A pessoa alcoolista	Social Emocional Cultural	Psicanalítico	Relato de Experiência	1993	Temas	Medicina
5	Tratamento do alcoolismo a nível hospitalar	A doença alcoolismo	Social Intelectual Biológica Cultural	—	Estudo Prospectivo	1993	J. B. P.	Enfermagem Medicina Serv. Social
6	Tratamento do alcoolismo	Tratamento do alcoolismo	Biológica Social Emocional	Psicanalítico	Estudo Descritivo	1990	J. B. P.	Medicina Psicologia Serv. Social



Trabalho	Tema	Foco	Dimensão	Referencial	Método	Ano	Periódico	Área Formação
7	Interações hospitalares por álcool e drogas	Interações por álcool e drogas	Social Econômica e Biológica	—	Estudo Descritivo	1991	J. B. P.	Medicina
8	Prevalência do alcoolismo	A doença alcoolismo	Biológica Social Econômica Cultural Emocional	Abordagem biologicista	Estudo Correlacional	1990	J. B. P.	Medicina
9	Tratamento do alcoolismo	A doença alcoolismo	Social Biológica Cultural	Abordagem biologicista	Estudo Descritivo	1993	J. B. P.	Enfermagem Medicina
10	Comorbidade: alcoolismo e depressão	Alcoolismo e depressão	Biológica Emocional Social	—	Estudo Correlacional	1992	Informação Psiquiátrica	Medicina Psicologia
11	Comorbidade: alcoolismo e depressão	Alcoolismo e depressão	Biológica Social Intelectual	—	Estudo Correlacional	1994	Informação Psiquiátrica	—
12	Uso/abuso de álcool e concepções acerca do alcoolismo	Médicos e Alcoolismo	Social Econômica Emocional cultural	—	Estudo Descritivo	1994	J. B. P.	Medicina
13	Concepção sistêmica do alcoolismo	Doença alcoolismo	Biológica Emocional Social Cultural	Teoria dos Sistemas	Reflexão	1990	Informação Psiquiátrica	Medicina

Trabalho	Tema	Foco	Dimensão	Referencial	Método	Ano	Periódico	Área Formação
14	Tratamento do alcoolismo	A doença Alcoolismo	Biológica Emocional Social Cultural	—	Relato de Experiência	1994	Informação Psiquiátrica	Psicologia
15	Prevalência do alcoolismo	Alcool e Alcoolismo	Social	—	Estudo Correlacional	1993	Revista de Saúde Pública	Medicina
16	Ajustamento familiar de alcoolistas portadores de doenças crônicas	"Clima" familiar	Social Biológica	Modelo bio-psico-social inserido no paradigma ecológico	Estudo Exploratório Descritivo	1991	Acta Psiquiátrica e Psicológica da América Latina	—
17	Tratamento do alcoolismo	Alcoolismo e família	Emocional Social	—	Estudo Descritivo	1992	Acta Psiquiátrica e Psicológica da América Latina	Psicologia
18	Fatores genéticos na determinação do alcoolismo	A doença do alcoolismo	Biológica Social Emocional	—	Revisão de Literatura	1990	Revista da Associação Médica Brasileira	Psicologia
19	Terapia Familiar Sistêmica	Família de alcoolista	Social Emocional	—	Estudo Correlacional	1993	The International Journal of the Addiction	—

Trabalho	Tema	Foco	Dimensão	Referencial	Método	Ano	Periódico	Área Formação
20	Suscetibilidade ao álcool em filhos de alcoólistas	Filhos de alcoólistas	Biológica Emocional	—	Meta-análise	1992	American Journal Psychiatry	—
21	Ética e a pesquisa sobre alcoolismo	Ética e pesquisa	Cultural	—	Reflexão	1991	Journal of Consulting and Clinical Psychology	—
22	Auto-estima e auto-conceito em filhos de alcoólista	Filhos de alcoólistas	Emocional Social	Teoria Clínica das determinações inconscientes	Estudo Correlacional	1992	The International Journal of the Addiction	Psicologia
23	Tratamento do alcoolismo: recursos comunitários	Grupode Suporte: AL-Anon e Alateen	Emocional Social Econômica	—	Relato de Experiência	1993	Nursing Time	—
24	Casamento com alcoólistas	Estresse em Esposas de alcoólistas	Emocional Social Econômica Biológica	Conceito de Estressores	Estudo Exploratório Descritivo	1992	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service	—
25	Mecanismos de enfrentamento em adultos filhos de alcoólista	Filhos de alcoólistas	Emocional	—	Estudo Exploratório Descritivo	1990	Issus in Mental Health Nursing	—

Trabalho	Tema	Foco	Dimensão	Referencial	Método	Ano	Periódico	Área Formação
26	Tratamento de adultos filhos de alcoólistas	Filhos de alcoólistas	Emocional	—	Relato de Experiência	1990	Journal of Psychosocial Nursing	Enfermagem Psiquiátrica
27	Ajustamento psicosocial de adultos filhos de alcoólistas	Família de alcoólista	Social Emocional	Teoria da aprendizagem social	Estudo Correlacional	1992	The International Journal of the Addiction	—
28	Tratamento do alcoolismo	Técnicas de manejo no tratamento do alcoolismo	—	Modelo médico de assistência	Relato de Experiência	1992	American Family Physician	Medicina
29	Negação em alcoolismo: mecanismo de defesa	Conceito de Negação	Biológica Emocional Social Cultural	—	Estudo Qualitativo dos Determinantes do Conceito de Negação	1993	Journal of Psychosocial Nursing	Enfermagem Psicológica
30	Implicações do ajustamento familiar no alcoolismo	Família de alcoólista	Emocional	—	Estudo Correlacional Prospectivo	1992	American Journal of Drug and Alcohol Abuse	Medicina
31	Transmissão familiar da dependência química	Transmissão familiar do alcoolismo	Biológica Social Emocional	Perspectiva Ambiental	Estudo Correlacional	1991	The Journal of Nervous and Mental Disease	Psicologia Cientista Social

Trabalho	Tema	Foco	Dimensão	Referencial	Método	Ano	Periódico	Área Formação
32	Desarmonia familiar	Desarmonia familiar	Emocional Social	—	Revisão de Literatura	1992	The International Journal of the Addiction	—
33	Fatores preditivos de alcoolismo em filhos de pais alcoolistas	Família de alcoolista	Emocional Social Econômica Intelectual	—	Estudo longitudinal	1993	Child Development	Psicologia
34	Características emocionais de adultos filhos de alcoolistas	Família de alcoolistas	Emocional	Psicanálise associada à conceitos do modelo teórico de Blatt	Estudo Qualitativo Correlacional	1992	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Psicologia
35	Predisposição ao alcoolismo	Filhos de alcoolista	Social Biológica Cultural	—	Estudo longitudinal	1994	American Journal Psychiatry	Medicina
36	Alcoolismo e doença familiar	Família de alcoolista	Biológica Cultural Social Emocional Econômica	—	Revisão de Literatura	1993	Primary Care	Medicina

Trabalho	Tema	Foco	Dimensão	Referencial	Método	Ano	Periódico	Área Formação
37	O casal no processo de recuperação do alcoolismo	Família de alcoolista	Emocional Social	"Model of Recovering Alcoholic' Behaviors Stages and Goal Setting"	Pesquisa Qualitativa de Campo	1992	Issus in Mental Health Nursing	Enfermagem
38	Disfunção familiar e a bebida	Família de alcoolista	Emocional	Modelo de Aprendizado Social	Estudo Correlacional	1993	Addictive Behaviors	Medicina

### ANEXO III

#### RESUMOS DOS TRABALHOS UTILIZADOS COMO FONTE DE DADOS

---

---

##### TRABALHO n° 1:

CARDIN, M. S, AZEVEDO, B. A. Repercussões psicossociais do alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 40, n.7, p. 365-370, 1991.

O objetivo desse trabalho foi estudar as repercussões do alcoolismo no âmbito social e familiar. A amostra estudada era constituída de 100 pacientes (62 homens e 38 mulheres). Destes, 45 estavam internados em um Pronto-Socorro Psiquiátrico, 36 estavam em tratamento ambulatorial e 19 na Comunidade de Alcoólicos Anônimos. Esse estudo, realizado no Rio de Janeiro, levantou questões referentes à forma de beber, situação conjugal, família de origem e faixa etária. Para coletar os dados, os autores utilizaram um modelo de questionário referente ao "*Estudo Sobre Vivências Pessoais Associadas ao Uso de Alcool*".

A análise dos dados mostrou que, para a maioria destas pessoas, o desenvolvimento da dependência ocorreu de forma gradual, da passagem de um beber em sociedade para um beber solitário e sem justificativa.

A cisão familiar, detectada na família de origem, ocorreu em 67% dos pacientes por morte ou separação dos pais. Na família atual foi detectada em 41% dos pacientes. Este é um dado indicativo das dificuldades destas pessoas, para manterem seus vínculos familiares. O aumento do número de separações, entre os casais, detectado a partir de 1983, conduz à hipótese de um progressivo desligamento dos vínculos simbióticos entre os casais. Um destes vínculos vem se desfazendo à medida que as mulheres aderem ao mercado de trabalho, tornando-se, economicamente, menos dependentes e mais capazes de suprirem as necessidades dos filhos. Além disso, também a religião e a cultura exerciam forte influência nas famílias, principalmente na região nordeste, contribuindo para mantê-los juntos.

Com relação à faixa etária, observaram que 40% dos pacientes estavam entre 40-49 anos de idade (época economicamente ativa). Foi detectado também um aumento significativo de pessoas alcoolistas, na faixa etária entre 50-59 anos, o que mostra uma mudança em relação à dados provenientes de estudos, anteriormente realizados.

Nesse trabalho, o álcool é visto como objeto compensatório para as carências não resolvidas, sendo que sua ingestão é determinada por referências internas variáveis e circunstâncias

externas; fatores endógenos e exógenos. Uma vez que o alcoolismo foi detectado em populações provenientes das mais variadas camadas sociais, econômicas e culturais, os autores concluem que os fatores sociais, econômicos e culturais não exerceram influência sobre o desenvolvimento da dependência de álcool e que, apenas culturalmente, é explicado o menor número de alcoolismo feminino, pois a embriaguês é menos aceitável na mulher.

Os autores consideram que o paternalismo e a capacidade de tolerância, culturalmente determinados e verificados em nosso país, principalmente em grandes empresas, aliados à falta de conscientização de ser o alcoolismo uma doença que deve ser tratada e não desculpada e à desconsideração com os problemas que pode provocar têm contribuído, apenas, para a manutenção e progressão da doença e não para o seu tratamento e prevenção.

Os autores concluem, afirmando que o alcoolismo interfere na vida social e afetiva das pessoas de tal forma que as experiências ocorridas no passado interferem no presente e projetam-se para o futuro.

#### **TRABALHO n° 2:**

BERTOLETE, J. M. Saúde mental e dependência química: a superação de falsas dicotomias. *Temas*, São Paulo, n. 44, p.109-115, 1992.

A visão do alcoolismo, marcadamente dicotomizada e antagônica, tem-se refletido de forma negativa no planejamento da assistência, na organização dos serviços e na definição de estratégias terapêuticas, trazendo prejuízo ao alcoolista e àqueles que dele se ocupam tais como os familiares e os técnicos. As dicotomias referidas no texto são: doença X problema moral; problema de saúde X problema social; drogas legais X drogas ilegais; prevenção X repressão; clínica geral X psiquiatria; unidade geral X unidade especializada; saúde mental X dependência química; abstinência X beber moderado.

A reflexão sobre a natureza e as implicações destas dicotomias mostra que estas não são irreconciliáveis nem antagônicas. Referindo-se à primeira, o autor considera que, desde o século passado, quando Magnus Huss cunhou o termo alcoolismo, este foi entendido como uma doença que, do ponto de vista religioso, filosófico e social, traz implicações morais. Portanto, uma abordagem não deve excluir nem invalidar a outra. Para sanar esta dificuldade, o autor usa o termo "*aporia*". (Problema ou dificuldade de ordem lógica decorrente de visões opostas e incompatíveis entre si sobre um mesmo assunto. Em geral resulta da comparação entre dois elementos de ordem conceitual diversa e, portanto, não comparáveis entre si). Vinculada a esta concepção, surge a segunda dicotomia a qual envolve a questão do domínio onde o alcoolismo se manifesta e, portanto, onde procurar soluções para o problema (ou na área da saúde ou na área social). Para sustentar a falsidade desta dicotomia, o autor questiona como seria possível pensar na existência de um problema de saúde que não tenha repercussão social?

A instabilidade do rótulo de legalidade ou ilegalidade de uma droga, que ora é aceita ora rejeitada e, muitas vezes, em países vizinhos, recebe classificação diferenciada, prejudica tanto a pesquisa quanto a assistência, fazendo com que o rótulo recebido, pelos usuários, oscile entre a visão como dependentes, e como delinquentes ou infratores. Isto, porém, não interfere nas ações farmacológicas que o álcool possui. Arelada a esta dicotomia está a questão que envolve a prevenção ou repressão. Aqueles que vêem o alcoolismo como um problema social ligado às drogas ilegais optam por estratégias repressivas. Aqueles que consideram como problema de saúde e tomam como irrelevante o fato de ser ou não ilegal optam por programas de prevenção. Embora os indícios de



mudança nos rumos da política, que atualmente preocupa-se, prioritariamente, em reduzir a oferta (em oposição à estratégia de redução da demanda), o que temos hoje, é um predomínio da repressão, que convive, descoordenadamente, com tímidos programas de prevenção.

Para aumentar ainda mais a visão compartimentalizada do alcoolismo, a dicotomia entre clínica geral e psiquiátrica serviu para intensificar, cada vez mais, a dissociação mente-corpo e repercute, sob o ponto de vista prático, na organização dos serviços. Como consequência, esta postura gera uma indefinição quanto ao lugar onde estas pessoas deveriam ser tratadas\_\_ em unidades gerais ou especializadas\_\_ A superação desta questão deve passar pelo exame dos recursos humanos e materiais disponíveis para atender aos pacientes.

A controvérsia entre saúde mental X dependência química desvela a dicotomia entre o modelo médico e o modelo comportamental, o qual tem repercussões tanto na organização do serviços quanto na definição dos profissionais habilitados a trabalhar com a pessoa alcoolista. Como última falsa dicotomia, o autor coloca a questão do beber controlado X abstinência, cuja definição fica a cargo da relatividade da opinião dos envolvidos.

Ao finalizar o texto, enfatiza a necessidade de superar estas falsas dicotomias para que se possa ampliar o conhecimento nesta área e progredir no sentido de ajudar as pessoas dependentes de álcool.

### **TRABALHO n° 3:**

van KOLCK, Odette L., TOSI, Silésia M.V.D., PELLEGRINI, Teda F. Auto-imagem em alcoólicos crônicos. *Temas*, São Paulo, n.42, p. 374-381, 1991.

Esse estudo é parte de um plano amplo de pesquisa que procura focalizar a imagem corporal de grupos de pessoas diferenciadas ou atípicas, através do *Desenho da Figura Humana*. Com essa pesquisa, especificamente, os autores pretendiam verificar como é afetada a imagem corporal de alcoólicos crônicos. A meta principal era ampliar a compreensão da dinâmica psíquica deste grupo de pessoas de tal maneira a fornecer elementos para uma atuação terapêutica preventiva e comunitária. Para tanto foram estudados 15 pacientes que realizavam psicoterapia de grupo, em uma clínica psiquiátrica de um hospital público de São Paulo. Estes pacientes tinham idade entre 31 e 55 anos e usavam cerveja, cachaça e uísque por um período entre 10 e 20 anos.

Para coletar os dados foram realizadas entrevistas, aplicado um questionário e colhido o *Desenho da Figura Humana*, segundo a técnica de Machover. A análise das *áreas de conflitos*, identificadas através desta técnica, acusou a existência de uma imagem corporal bastante comprometida em todas as áreas, com uma visão de mundo modificada por anos de uso de álcool e, possivelmente, com atrofia ao nível cortical e subcortical que dificultam, ainda mais, o trabalho de percepção e representação de si próprio e do outro.

A partir deste estudo, os autores delinearum um perfil psicológico, no qual estas pessoas aparecem como dependentes, tímidas, fugidias, com medo de tomar iniciativas e de assumir responsabilidades. Sua conduta, guiada mais pelos instintos que pelo intelecto, leva-os, em muitos casos, a um supercontrole repressivo com presença de certo moralismo. Idéias de grandeza, certo perfeccionismo e exibicionismo podem encobrir sentimentos de inadequação, insegurança, insatisfações e ansiedade. Há predomínio da emotividade, da impulsividade, suscetibilidade a ofensas e resistência à autoridade. As fantasias podem se apresentar como fonte de satisfação, assim como possível frustração das aspirações intelectuais.

Sentimentos de agressão e hostilidade com os outros e o ambiente em geral determinam

sérias dificuldades nas relações interpessoais com amplos problemas de adaptação social. Problemas na área de sexualidade, com sensações de impotência e sentimentos negativos em relação a si próprio, preocupação com o corpo, incoordenação e insuficiência física em geral se associam a sinais de provável intoxicação do eixo nervoso e de alucinações visuais.

Resgatar a imagem corporal e reestruturar a visão de mundo dessas pessoas constitui-se, segundo os autores, no objetivo da atuação terapêutica e no caminho para diminuir a reincidência de alcoolizações.

#### **TRABALHO n° 4:**

MELMAN, Charles. Alcoolismo e toxicomania: uma abordagem psicanalítica. *Temas*, São Paulo, n.45, p.41-49, 1993.

O autor, um médico psicanalista, relata seu aprendizado a partir da experiência de tratar pacientes alcoolistas dentro de uma abordagem psicanalítica, em um hospital, na França. Analisando, as relações que estabelece com estes pacientes, o autor discorre sobre algumas peculiaridades do comportamento deles. De maneira análoga, a terapia reproduz as relações de dependência e reciprocidade, observadas no cotidiano dos pacientes alcoolistas. O psicanalista passa a ser um objeto tão desejado e necessitado quanto o álcool, devendo, portanto, estar tão disponível quanto aquele. O paciente procura desenvolver, com o terapeuta, um tipo de companheirismo calcado na capacidade de trocas recíprocas, semelhante ao que desenvolve com os amigos, nos bares. A reflexão sobre a forma como estas relações se desenvolvem levam ao entendimento do alcoolismo, como um problema social e não somente individual, o qual requer a presença de um companheiro com quem compartilhar o beber.

Tece considerações sobre a tolerância que o conjunto da sociedade demonstra, para com os bebedores, apesar do custo que estes representam para as nações. Considera que a busca de um objeto, culturalmente concebido como capaz de assegurar uma satisfação perfeita, justifica-se na medida em que considerarmos a insatisfação atrelada a própria existência com a consequente busca de um objeto capaz de nos saciar e, principalmente, pelo fato de estarmos vivendo numa cultura marcada por um discurso que promete a esperança de extinguir essa insatisfação. Este discurso os psicanalistas, após Lacan, chamam de "*discurso da ciência*". Dentro desta abordagem, o álcool é considerado como um produto capaz de proporcionar prazer e suspender, pelo menos momentaneamente, este peso existencial. Por outro lado, considera que a toxicomania, enquanto fenômeno social, é a resposta direta feita a este discurso da ciência.

Com relação aos dependentes de outras drogas, o autor considera que as relações que vivenciam são diferentes dos alcoolistas, uma vez que falta-lhes o caráter de sociabilidade e generosidade encontrados nos primeiros. O estado de dependência, encontrado em ambos os casos, também acontece em outras pessoas que desenvolvem dependências com relação a objetos, pessoas e situação profissional. O que difere nessas pessoas não alcoolistas e não toxicômanos é que estas dependências vão no sentido de conservação da vida, enquanto para os dependentes químicos, a preservação da vida não é um limite.

A eficácia dos grupos de auto-ajuda, a relação dos toxicômanos com a autoridade e a inutilidade de medidas coercitivas no tratamento destas pessoas também são questões abordadas ao longo do texto.

Ao concluir o relato, o autor ressalta sua surpresa ao constatar que, para alguns dos alcoolistas por ele tratados, a cura, algumas vezes, era bem sucedida, mas em outros era uma

decepção.

#### TRABALHO n° 5:

MACIEIRA, Marluce Siqueira; GOMES, Maria da Penha Zago, GARCIA, Maria L. Teixeira. Programa de atendimento ao alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo. (PAA-HUCAM-UFES). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 97-109, 1993.

Este trabalho teve por objetivo analisar o perfil de 120 pessoas assistidas no *Programa de Atendimento ao Alcoolista do HUCAM-UFES*, através de dados referentes à identificação, à situação sócio-econômica e às condições clínicas e psíquicas destes pacientes, no período de 1989 a 1990. Neste contexto, o alcoolismo é considerado como uma doença grave, que atinge a pessoa nos seus aspectos físico, emocional e social. As autoras desse trabalho consideram que o uso/abuso do álcool está relacionado com os aspectos culturais e não têm relação com classe social e fatores econômicos, porém, devido à importância deste problema para a saúde pública, sugerem que mais estudos devem ser realizados para subsidiar o planejamento da assistência a estas pessoas.

A metodologia de atendimento utilizada no serviço era constituída de quatro etapas, ao longo das quais procurava-se elaborar a anamnese completa do paciente e da família. Na primeira etapa, acontecia uma reunião na sala de espera com todos os pacientes que consultariam no dia e seus acompanhantes. Esta reunião, sob a coordenação do serviço social, abordava temas emergentes durante esses encontros.

Na segunda etapa o paciente era encaminhado para uma entrevista com a assistente social, cujo objetivo era obter informações sobre a história de vida do paciente e investigar a motivação deste para realizar o tratamento. Neste momento, era entregue o roteiro para confecção da autobiografia, a qual seria analisada junto com o paciente, nas consultas subseqüentes.

A terceira etapa era destinada à consulta médica, que incluía a anamnese clínica, exame físico e solicitação de exames complementares.

Na quarta etapa, destinada à consulta de enfermagem, realizava-se a avaliação das funções psíquicas e o preenchimento do *SHORT-FORM ALCOHOL DEPENDENCE DATA (SADD)*. Nesta etapa, os estagiários de enfermagem trabalhavam com os filhos adolescentes dos alcoolistas, dando informações sobre o alcoolismo-doença, dificuldades de aprendizagem, adição a drogas e outros problemas que comumente estas pessoas vivenciam. O retorno dos pacientes era marcado de acordo com a necessidade e, após a abstinência, era proposto o atendimento em grupo à pessoa alcoolista, sua esposa e seus filhos.

Os resultados deste trabalho apontam a idade dos pacientes variando entre 24-64 anos, com uma média de 39,2 anos e mediana de 33,5. A faixa etária prevalente foi de 20-39 anos (55%). Houve predomínio do sexo masculino em 91,7% e uma relação entre homem e mulher de 11:1. Em 47,4% predominaram as pessoas de cor branca. A maioria (51,7%) eram casados. Quanto ao grau de instrução, 67,2% possuíam o 1º grau (completo e/ou incompleto). Com relação à procedência foi identificado que 88,2% eram oriundos da Grande Vitória.

As famílias eram constituídas por dois a quatro membros em 52,7%, dos casos e com mais de cinco membros em 40,2%.

Com relação ao trabalho, 37,6% estavam vinculados à CLT, 35,8% eram autônomos, e 25,7% eram pessoas sem atividade remunerada (aposentados, em auxílio doença ou desempregados).

A média de idade dos desempregados era 34,2 anos. Entre os aposentados era de 50,2

anos. A média de idade dos pacientes em auxílio doença era de 34 anos. Quanto ao regime previdenciário, 68,5% contribuíam para o INSS.

A cachaça foi a bebida mais consumida para 65,8%, seguida da ingestão concomitantemente de cachaça, vinho e/ou cerveja em 27,5%.

O uso de tabaco entre estes pacientes foi de 72,2%. Somente 16,1% informaram fazer uso de outras substâncias psicoativas,

Neste grupo, a idade em que iniciaram a beber variou dos 6 aos 28 anos, sendo que a média foi de 15 anos e a mediana de 16 anos. O tempo de ingestão de álcool variou dos 30 aos 52 anos, sendo que a média apontou para 23,5 anos.

O volume de ingestão variou de 60-600mg etanol/dia, com uma média de 214g/etanol/dia; somente 3 pessoas faziam uso inferior a 80g (de acordo com a OMS, essa quantidade já é suficiente para causar lesão orgânica).

Dos pacientes em estudo, 92,9% possuíam um ou mais familiares alcoolistas, sendo que 53,5% tinham genitores alcoolistas e 45,5% eram irmãos de alcoolistas.

Com relação a acidentes, 45,5% ocorreram no trabalho, 40% no trânsito, 39,2% no âmbito doméstico, e 34,3% foram de ocorrências policiais. Estes dados estão em consonância com estatísticas apresentadas na literatura.

Com relação à avaliação das funções psíquicas, realizada pela enfermeira, observou-se que em mais de 2/3 dos pacientes estavam comprometidas e que apenas a inteligência (8,7%) e a linguagem (47,3%) apresentavam poucas alterações.

O exame médico revelou que 4,6% dos pacientes estavam com seu estado geral comprometido e 43,24% apresentavam hipertensão arterial. Nos diversos sistemas corporais dos pacientes foram encontradas alterações variadas. A hepatomegalia estava presente em 44%.

Utilizando a classificação de Schuckit (1985), 95,65% foram classificados como alcoolismo primário e 4,35% como alcoolismo secundário.

O grau de severidade da Síndrome de Dependência ao Álcool foi avaliado em 76,5% como SADD grave e 22% com grau moderado.

As conclusões deste estudo apontam que:

\_\_\_ As características sócio-econômicas dos pacientes atendidos no serviço não divergiam dos dados do IBGE, com exceção da variável sexo, onde houve predomínio de sexo masculino.

\_\_\_ Das substâncias psicoativas, a cachaça e o tabaco são aquelas que, concomitantemente, estão sendo mais usadas.

\_\_\_ A idade de início de ingestão foi entre 16 e 20 anos e o tempo médio de ingestão foi de 23,5 anos, enquanto que o volume médio ingerido foi de 180-240g/etanol/dia.

\_\_\_ Quase a totalidade dos pacientes relataram história familiar de alcoolismo.

\_\_\_ Aproximadamente 40% dos pacientes tinham registro de acidentes no trabalho e no trânsito.

\_\_\_ A análise das funções psíquicas revelou que somente a linguagem e a inteligência estavam pouco alteradas. As demais funções estavam comprometidas em 2/3 dos pacientes.

\_\_\_ A hepatomegalia foi detectada em 40% dos indivíduos.

\_\_\_ As principais alterações no comportamento dos filhos estavam ligadas às relações familiares e escolares.

\_\_\_ A positividade para o vírus B da hepatite ocorreu em 6,5% das pessoas.

\_\_\_ Como alcoolismo primário foram diagnosticados 95,65%.

\_\_\_ Alterações na pressão arterial, aparelhos respiratório, digestivo, circulatório, neurológico e exames laboratoriais apresentaram-se em níveis variados.

\_\_\_ A maioria dos pacientes apresentava dependência classificada como grave.

**TRABALHO nº 6:**

NEVES, Angélica M. L. S., MUYLEAERT, Elizabeth, LOUREIRO, Mariza, A. C., CHEDIAN, Odete L.D., ARAÚJO, Francisco A. Tratamento do alcoolismo: resultados de uma experiência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.39, n.3, p. 113-117, mai.-jun., 1990.

Avaliação de uma experiência de 12 anos em assistência ambulatorial a pacientes alcoolistas, no Rio de Janeiro, que iniciou em 1976, em decorrência da preocupação, por parte da equipe, com o número excessivo de internações, sem que os resultados fossem satisfatórios. Desta experiência, os autores consideraram para estudo a clientela atendida nos últimos três anos de existência daquele serviço (1985-1988). Foram escolhidos duzentos pacientes e com estes foi aplicado um questionário para investigar o perfil social, o diagnóstico clínico, a aceitação das propostas de tratamento, os resultados obtidos no tratamento, o prognóstico emitido pela equipe no curso do tratamento e as intercorrências durante a evolução dos pacientes.

O alcoolismo, nesse estudo, é concebido como emergente de uma crise psicossocial mal resolvida, sob a qual se estrutura uma personalidade neurótica, profunda e primitiva, com graves problemas, e uma integração precoce do álcool no psiquismo. A partir desta visão, são definidos os recursos e as estratégias de tratamento.

O tratamento envolvia a pessoa alcoolista e sua família, numa abordagem multiprofissional em que os sintomas decorrentes da dependência ao álcool não deviam ser tratados apenas com medicação, mas, principalmente, através de novas atitudes interiores em relação à vida. A medicação era encarada, fundamentalmente, como objeto intermediário da relação com o médico.

Após a consulta médica, os pacientes, rotineiramente, eram encaminhados à psicoterapia e à orientação familiar. Neste contexto, a internação hospitalar era encarada como "*fuga ao tratamento*" ambulatorial e má elaboração dos sentimentos de impotência.

Os maiores obstáculos, encontrados no desenvolvimento do trabalho estavam relacionados a preconceitos, experimentados pela equipe, com relação à pessoa alcoolista, os quais produziam sentimentos de rejeição e desejo de vê-los fora da instituição. Esta postura reforçava os sentimentos de desvalorização, carência e superexigência, característicos em pessoas alcoolistas.

As consultas médicas eram mantidas como instrumento de avaliação da evolução dos casos e do desenvolvimento da terapia psicológica. Também servia como fonte de estímulo para esta última.

O atendimento psicoterápico caracterizou-se por uma postura de acolhimento. O sucesso ou o fracasso desta técnica estava na dependência do estabelecimento, ou não, do vínculo de transferência, de forma que, se não existisse o desejo de parar de beber e resgatar valores que foram sendo perdidos com o uso prolongado do álcool, a transferência não se estabelecia e o fracasso do tratamento, estava então consolidado.

O assistente social apresenta a pessoa alcoolista como o "*cliente principal*" e as famílias, nesse estudo, como uma unidade "*deteriorada*", "*fragmentada*", "*comprometida*", onde nada de bom parece existir. Por outro lado, este mesmo profissional ressalta a relevância do papel desta família na recuperação dos pacientes. Nesse texto, o assistente social diz defender-se das "*armadilhas*", onde são lançados durante a terapia (p.115), através da construção de seu próprio conhecimento e direcionando o atendimento mais para uma base terapêutica do que de orientação.

Os resultados desta experiência mostraram que nesta população estudada houve predominância do sexo masculino, em plena capacidade laborativa (40-60 anos), o que demonstra a necessidade de um trabalho de recuperação eficiente para reduzir o impacto desta doença na família, na economia e no trabalho. Com relação ao tratamento predominou o atendimento médico

e psicológico em 48%.

A participação da família foi pequena e coincidiu com a proporção dos casos com bom prognóstico. Na maioria dos casos não houve orientação, nem para o paciente, nem para os familiares (75%). Dentre os que receberam orientações, 50% eram cônjuges, 38,6% eram pais dos pacientes, 7% eram filhos, e 2,2% eram irmãos, os restantes 2,2% foram classificados como outros.

Em 53,5% dos casos não houve intercorrências durante o tratamento. Predominou, a nível de serviço social, a psicoterapia individual (51,5%). Para 40% dos casos não houve psicoterapia. Ocorreu um grande número (que os autores não esclarecem quanto) de internações psiquiátricas. Também houve grande dificuldade em definir o término do tratamento e o alto índice de abandono do tratamento refletiu essa dificuldade. Os autores concluem, afirmando que o alcoolismo necessita, em seu tratamento, de condições especiais. Referem a necessidade de estabelecer, com os pacientes, um tipo de relação capaz de resgatar os vínculos, a segurança e a auto-estima tão comprometida nas pessoas alcoolistas.

#### **TRABALHO n° 7:**

CARLINI, E. A., CARLINI-COTRIM, Beatriz. A preponderante participação do álcool nas internações por dependências e por psicoses induzidas por drogas psicotrópicas no Brasil, triênio 1987-1989. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v.40, n.6. p. 291-298, 1991.

Estudo descritivo de caráter quantitativo, realizado pelo *Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)*, o qual analisa dados referentes ao triênio 1987-1989, tendo como objetivo comparar as internações de álcool com as demais drogas, as características sócio-demográficas dos pacientes e as características das intervenções como tempo de permanência e tipo de alta.

Em vigor, a lei 6.368/76 determina que os estabelecimentos hospitalares oficiais ou particulares, que recebem pessoas dependentes químicos, para tratamento, devem notificar o Ministério da Saúde, encaminhando, mensalmente, o *Mapa Estatístico de Altas Hospitalares de Dependentes de Drogas*. Consulta prévia ao Ministério mostrou que esta lei nunca fora cumprida. Em 1987, os autores enviaram às instituições credenciadas uma planilha, solicitando informações referentes ao número do prontuário, data da internação e alta, tipo de alta, idade, sexo e diagnóstico das internações por drogas de acordo com o CID-9. Em 1988 foi incluído o álcool como objeto de investigação. De retorno, obtiveram por volta de 50% de respostas. Especificamente com relação ao álcool, nos dois anos levantados, ficou evidenciada a esmagadora participação do álcool como causa de internações, ao longo deste triênio. Os dados obtidos apontam os seguintes resultados:

\_\_\_ 65.304 internações em 1988, sendo que destas, 62.242 (95,3%) foram de dependência de álcool e psicoses alcoólicas; as demais drogas ficaram com 3.062 (4,7%). Em 1989 registraram 67.592 internações. Destas, 64.114 (94,8%) eram por dependência de álcool e psicoses alcoólicas; as demais drogas correspondem a 3.478 (5,2%). Segundo os dados, houve um ligeiro aumento do número de internações por álcool e pequena diminuição relacionada às internações por outras drogas.

\_\_\_ Com relação ao sexo, predominam, para todas as drogas, neste período, as internações de pacientes masculinos, acompanhando a tendência em outros países. Em 1988, a dependência de

álcool foi de 93,1% das internações. Em 1989 foi de 96,1%. Para as psicoses alcoólicas, em 1988 ocorreram 95%, e em 1989 ocorreram 94,9% das internações.

Com relação à idade dos internados, 80%, dos dependentes de álcool e portadores de psicose alcoólica tinham mais de 30 anos, enquanto que 12 a 17% dos dependentes de outras drogas tinham menos de 18 anos. Estes dados permitem duas inferências: a primeira, que as drogas deterioram a saúde mais rapidamente, levando à internação; a segunda, que os problemas com o álcool levam mais tempo para evidenciarem-se.

Para mais de 30% dos pacientes o tempo de internação foi maior do que 30 dias, tanto para os dependentes de álcool quanto para outras drogas, sendo que, para as psicoses alcoólicas, 47,5% dos pacientes ficaram mais de 30 dias internados.

A alta clínica predominou em 50% dos casos, para qualquer tipo de dependência. Entretanto, os dependentes de drogas fugiram dos hospitais 2 a 5 vezes mais e receberam alta disciplinar 2 a 4 vezes mais que os pacientes dependentes de álcool.

Com relação a outras drogas, o trabalho mostra que a cocaína só representa problema para uma minoria economicamente diferenciada da população e que o maior número de internação por maconha, principalmente no Nordeste, pode estar relacionado com os limites da legislação brasileira que prevê a detenção de 6 meses a 2 anos para as pessoas flagradas por posse. Estas pessoas só escapam da prisão, declarando-se dependentes da droga, sendo que, legalmente, são considerados incapazes de discernir os próprios atos e encaminhados a tratamento. Sob este aspecto, estes dados podem ser tendenciosos, além de apontarem as dificuldades para manter o tratamento com os dependentes de drogas.

#### **TRABALHO n 8:**

ALMEIDA, Liz M., COUTINHO, Evandro. S. F. O alcoolismo e o hospital geral: estudo de prevalência junto à demanda ambulatorial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.39, n. 1, p. 27-31, 1990.

Esse trabalho, que faz parte de um conjunto de estudos quantitativos e qualitativos sobre diagnóstico do alcoolismo, teve por objetivo estimar a prevalência do alcoolismo crônico e a associação deste com as variáveis idade, sexo, estado civil, religião, naturalidade, escolaridade e renda familiar. A população era formada por pessoas que buscaram atendimento no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ), no período de setembro de 1987 a abril de 1988. A amostra, constituída de 561 pessoas, foi calculada pela taxa de prevalência global esperada de 10% de pessoas CAGE positivo (suspeitos para alcoolismo crônico).

Os pacientes foram entrevistados por estagiários treinados, logo após a triagem geral no serviço de ambulatório. Como instrumento foi utilizado o teste CAGE, no qual foram introduzidas outras dezoito perguntas, relacionadas a sono, apetite, atividades de lazer, hábitos alimentares e tabagismo. Estas perguntas tinham a finalidade de complementar informações deste teste e amenizar o impacto das perguntas focalizadas no consumo de bebidas alcoólicas.

O total de pacientes atendidos foi 561 e destes 227 eram alcoolistas. Do total de atendimentos, 54,2% eram nascidos no RJ; 54,7% eram do sexo feminino; 49,7% eram casados; 62,8% não concluíram o 1º grau; e 48,1% recebiam até três salários mínimos.

Desta amostra, 59,5% declararam não consumir bebidas alcoólicas, e 68,3% não faziam uso de tabaco. Entre os consumidores de álcool, a cerveja era a mais utilizada.

A média de idade para o início do consumo de álcool foi 19,4 anos, e a faixa de idade ficou entre

0 e 57 anos. Para o tabaco, a faixa de idade ficou entre 5 e 50 anos, e a média de idade de início de consumo foi 16,5 anos.

Os resultados para o teste CAGE apontou a prevalência estimada de alcoolismo crônico, de 8,4% sendo que os CAGE positivo apontaram para o sexo masculino (68%); porém, se os abstêmios (onde predoninam as mulheres) forem excluídos da amostra, esta diferença cai significativamente. Entre os consumidores de bebidas alcoólicas (n=227), as proporções de respostas afirmativas encontradas para o teste CAGE foram respectivamente: 1=34,8%; 2=20,7%; 3=16,7% ; e 4= 6,2%.

Com relação à associação entre as pessoas CAGE positivo e as variáveis estudadas, apenas sexo e religião mostraram associação significativa (sexo masculino e religião católica). Se forem excluídas da amostra as pessoas que não consomem bebidas alcoólicas, não é possível rejeitar a hipótese nula (ausência de associação) entre as variáveis e o resultado do teste CAGE.

A partir dos dados levantados, nesse estudo sobre prevalência de alcoolismo entre pacientes de hospital geral, os autores concluem que a taxa de 8,4% que encontraram, situa-se no limite inferior, se comparado com estudos anteriores realizados no Brasil. Atribuem esta taxa ao fato de os pacientes não estarem internados (foram identificados na triagem) e, como o alcoolismo está associado a uma variedade de patologias que, normalmente, requerem internação, é possível que a prevalência seja maior entre pacientes internados.

A análise da relação com as variáveis consideradas, nesse estudo, aponta que o sexo masculino está invariavelmente associado com o alcoolismo e que, seitas como o protestantismo, que condenam o uso de bebidas alcoólicas, incluído como item "*outras religiões*", deve ter contribuído para elevar a associação da religião católica com o alcoolismo.

O número significativo de pessoas alcoolistas na demanda ambulatorial de um hospital geral reafirma a necessidade e a urgência de programas de detecção precoce e tratamento especializado, com equipes multidisciplinares de tal forma que se possa intervir antes que a pessoa alcoolista tenha sido colocada em uma situação de marginalidade dentro do grupo social e familiar e, principalmente, antecedendo-se ao comprometimento orgânico.

#### **TRABALHO n ° 9:**

BORINI, Paulo, SILVA, Cleusa O. Tratamento de alcoolista em regime de internação hospitalar: avaliação dos resultados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 42, n.3, p. 149-155, 1993.

Trata-se da apresentação dos resultados obtidos com tratamento de 189 pessoas alcoolistas, internadas no Hospital Espírita de Marília, acompanhado da reflexão crítica sobre os fatores que devem ter contribuído para os resultados desanimadores obtidos com este trabalho. De certa forma, estes resultados contribuíram para reforçar as evidências encontradas na literatura, os quais apontam a ineficácia dos programas terapêuticos calcados em regime de internação hospitalar.

Os dados foram colhidos através de entrevista estruturada, realizada após o período de desintoxicação a que eram submetidos os pacientes. Foram investigadas, entre outras coisas, o tipo e condições de eventuais tratamentos realizados anteriormente.

Para este estudo foram considerados os alcoolistas internados em uma unidade não especializada de um hospital psiquiátrico. O tratamento é dividido em duas etapas, sendo que a primeira ocupa-se da desintoxicação, com duração média de três dias, e utiliza a terapêutica



medicamentosa quando necessária. A segunda fase inclui o tratamento psiquiátrico propriamente dito, com duração média de trinta e quatro dias, realizado na forma de grupos operativos, terapia ocupacional, reunião com AA e suporte vitamínico.

Os resultados desse estudo apontaram que 68,2% dos pacientes procuraram voluntariamente a internação hospitalar, e 70,4% sentiram-se apoiados pelos familiares, no sentido de submeterem-se ao tratamento.

Para 28,6% dos pacientes era a primeira internação, cuja idade média estava ao redor de 38,4 anos, e iniciaram o uso de bebidas alcoólicas por volta de 18,6 anos.

Para 92,6% deles a duração do alcoolismo variava de seis a vinte e cinco anos, com um tempo médio de 21,1 anos.

A primeira internação ocorreu (em mais da metade dos casos), quando as pessoas já estavam bebendo por mais de quinze anos.

68,8% tinham mais que uma internação e 44,4% haviam sido internados pelo menos uma vez nos últimos seis meses.

O Delirium Tremens (DT) ocorreu em 7,8% dos pacientes, cuja idade média era de 33,1 anos. O tempo médio de alcoolismo foi de 14,9 anos e nenhum deles tinha tempo de alcoolismo inferior a cinco anos. O DT ocorreu dentro das primeiras 96 horas de internação e a maioria recuperou-se num tempo médio de 48 horas. Dentre os entrevistados, 27,5% já tinha apresentado delirium tremens, no passado. Resultados mais efetivos do que este, para o tratamento da Síndrome de Abstinência

Alcoólica (SAA) e na profilaxia do DT já haviam sido obtidos com esquemas terapêuticos a base de benzodiazepínicos.

De todos os pacientes entrevistados, 30,6% já haviam realizado tratamento extra hospitalar, 20,1% frequentaram, esporadicamente, os AA, e apenas 10% procuraram atendimento em ambulatório de psiquiatria. O período de abstinência conseguido por 65% dos pacientes variou de seis meses a dois anos. Apenas 9,6% conseguiram abstinência de três a sete anos.

Durante um período de 78 meses, 68,8% (130 pacientes) foram internados 763 vezes com uma média de 9,8 internações por mês e de 5,9 internações por paciente. Com relação às condições de alta, no período do estudo, 52 pacientes evadiram-se ou tiveram alta antecipada e três pacientes precisaram ser transferidos para hospitais clínicos.

A análise dos resultados obtidos, considerando o número de pacientes e o tempo que conseguiram ficar abstinentes, bem como o número de internações, e o intervalo de tempo que as separam, levaram os autores a considerar que o tratamento de alcoolistas, nesta modalidade, é um fracasso total, além de representar altos custos, principalmente no período de desintoxicação, durante o qual gasta, nos três dias médios de duração, o equivalente a 55% do custo total dos 34 dias de internação do alcoolista. De forma paradoxal, são os países mais ricos que se preocupam com este aspecto e buscam, através de estudos, maneiras de reduzir os gastos.

A reflexão crítica sobre o programa e o esquema terapêutico utilizado aponta fatores que podem ter interferido negativamente nos resultados, entre os quais:

\_\_ Internação em unidade não especializada: a comparação com pacientes portadores de outros diagnósticos contribuiu para que as pessoas alcoolistas se sentissem como um grupo de *não doentes*.

\_\_ A existência de uma equipe sem preparo técnico-específico para atender pessoas alcoolistas.

\_\_ Heterogeneidade dos grupos terapêuticos formados: estudos recentes demonstraram que os resultados são mais favoráveis quando há uma certa homogeneidade com relação as condições sócio-econômicas, padrões de alcoolismo e grau de dependência; isto, em nossa realidade é uma condição tão difícil de ser alcançada que se torna praticamente impossível.

\_\_ A coexistência de outras condições mórbidas (comorbidade) interferindo na forma de recaídas frequentes, prognóstico pobre; aumento do risco de suicídio e outras intercorrências durante o

tratamento.

\_\_ Desproporção entre o número de terapeutas (pequeno) e o grande número de pacientes, que não permitiu o desenvolvimento de uma relação terapêutica mais favorável com os pacientes.

\_\_ Inexistência de acompanhamento ambulatorial após a alta.

\_\_ Tratamento tardio: quando o alcoolismo já está instalado e já produziu profundas alterações físicas e psíquicas.

Ao finalizar, os autores criticam a inexistência de uma política quanto ao alcoolismo, a ausência de programas preventivos, reclamam a falta de um órgão que centralize as ações anti-álcool e combatem o *incentivo* e privilégio das internações hospitalares.

Enfatizam, por outro lado, o sucesso dos *Programas de Recuperação Plena* existentes nos Estados Unidos, que apresentam índices altíssimos de recuperação se comparados aos resultados obtidos a nível de Brasil.

### TRABALHO n° 10:

SAID, Osvaldo L., MARTINS, Wany G., MOURA, Maria A.F., ALMEIDA, Guilherme O. Alcoolismo e depressão: estudo realizado em pacientes internados na Casa de Saúde Vilar dos Teles (RJ). *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 26-30, 1992.

O trabalho investigou a co-existência de alcoolismo e depressão, a partir da análise dos prontuários de 44 pacientes alcoolistas, internados no período de 15.01.91 a 15.02.91, em uma casa de saúde localizada na Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro. Os dados foram obtidos da anamnese do paciente e do exame psicopatológico realizado durante a primeira semana após sua internação. Os autores consideram que estão usando uma amostra selecionada (de conveniência?), pois os pacientes são internos de um hospital psiquiátrico, mas, mesmo assim, o valor do trabalho deve-se ao fato de levantar uma questão ainda obscura, mas muito discutida nos meios psiquiátricos: a associação alcoolismo e depressão. Para os autores, a ligação entre estas duas patologias poderia ser um caminho para compreender as relações psicológicas e psicopatológicas existentes nestes quadros. Consideram três possibilidades de associação:

\_\_ A primeira toma a depressão como primária e o abuso de álcool é visto apenas como uma "*saída*" que o paciente encontra para aliviar a depressão. Este "*abuso*", naturalmente, levaria à síndrome de abstinência por fatores bioquímicos e fisiopatológicos

\_\_ A segunda possibilidade considera o alcoolismo como doença primária e a depressão como uma consequência, tanto do efeito depressivo da substância, quanto pela perda dos elos pessoais, familiares, profissionais e pelas repercussões emocionais e sociais decorrentes do uso abusivo de álcool. Considerando a possibilidade de que o alcoolismo antecede a depressão, é possível considerar a existência de pessoas com tendência a desenvolver crises depressivas periódicas, nas quais um fator genético se manifestaria pelo uso do álcool.

\_\_ Como terceira e última possibilidade, consideram que o alcoolismo e a depressão seriam expressões de um mesmo problema. Neste caso não seria relevante questionar quem veio primeiro, mas sim entender esta relação que, do ponto de vista fenomenológico existencial, vê o mundo destas pessoas, constituído por fatores depressivos que explicam a tendência a entregarem-se ao próprio destino, ao desgosto, à decadência, à perda dos elos familiares e profissionais etc...

A sensação de *decadência* que o alcoolista passa ao terapeuta não pode ser medida por escalas, mas é, com certeza, o que faz pensar na existência de uma relação entre alcoolismo e depressão sob o ponto de vista estrutural.

A investigação realizada no prontuário dos 44 pacientes internados nesta Casa de Saúde, identificou que 16% dos pacientes (07) apresentavam sinais de depressão. Em um deles havia referência a sinais depressivos apenas na anamnese e outro, somente ao exame psíquico. Somente um paciente referiu tentativa de suicídio. Não foi constatado, na amostra, antecedentes familiares de alcoolismo, nem enfermidade depressiva ou afetiva, anterior à internação ou ao alcoolismo.

Embora a taxa encontrada esteja situada na faixa inferior de resultados, ainda assim é bastante alta, se comparada com estudos mais rigorosos já realizados.

Ao finalizar, os autores fazem algumas considerações relativas aos seguintes fatores:

\_\_\_ Falta de maior rigor na realização da pesquisa (as taxas são menores em estudos mais rigorosos).

\_\_\_ Amostra de conveniência (pacientes internados).

\_\_\_ Dados colhidos da anamnese realizada no momento da internação, quando alguns sinais depressivos podem ter sido causados por estafa física ou psíquica depois de muitos dias de ingestão de bebidas alcoólicas, sem alimentação e repouso adequados.

\_\_\_ Anamnese inadequadamente colhida.

\_\_\_ Diagnóstico incorreto.

\_\_\_ Desconhecimento médico da associação alcoolismo-depressão.

Os autores concluem que é necessário aprofundar e aprimorar a investigação sobre esta associação e sugerem a aplicação de uma escala para avaliar a depressão e o acompanhando do paciente por um tempo mais prolongado.

#### **TRABALHO n° 11:**

MONTEIRO, Maristela G. Comorbidade entre dependência do álcool e depressão: uma visão geral. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v. 13, n.4, p.143-145, 1994.

O artigo traz a opinião da autora sobre a comorbidade entre dependência alcoólica e depressão. Embora de ocorrência freqüente, na prática, a relação etiológica e genética entre estas duas patologias ainda não está confirmada. A partir da literatura e de dados obtidos em outros estudos realizados, focaliza os efeitos depressivos do álcool, a nível central, se ingerido em quantidades razoáveis. Por outro lado, o consumo excessivo desta substância repercute de tal maneira nas relações sociais, familiares, ocupacionais e escolares, que acaba interferindo no convívio com outras pessoas e criando sérios problemas para os dependentes desta substância.

Os problemas decorrentes do uso abusivo de álcool podem provocar depressão, às vezes tão intensa, a ponto de preencher os critérios diagnósticos para depressão maior. Portanto, é razoável pensar que uma doença pode ser conseqüência da outra.

No caso da depressão familiar, o uso excessivo de álcool poderia ocorrer para lidar com o estado desmoralizante, da depressão e o dependente do álcool, por seu lado, pode apresentar-se deprimido em conseqüência das repercussões sociais do alcoolismo.

De acordo com o texto, a importância de determinar a relação entre os dois diagnósticos não está limitado, apenas, à questão do tratamento e do prognóstico, mas estende-se também à pesquisa e ao entendimento das bases etiológicas das duas patologias.

A autora conclui, dizendo que o valor prognóstico do diagnóstico correto destas patologias, no mesmo paciente, é indicado especialmente pela determinação da doença primária e secundária, enquanto que mais estudos são ainda necessários para esclarecer a fisiopatologia da associação entre dependência do álcool e depressão.

**TRABALHO n° 12:**

BORINI, Paulo, OLIVEIRA, Cecília M., MARTINS, Marcelo G., GUIMARÃES, Romeu C., Médicos: uso e abuso de álcool. Conceitos e concepções etiológicas do alcoolismo - parte 3. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.43, n.4, p.213-219, 1994.

Este estudo teve por objetivo estimar o uso e abuso de álcool, e conhecer os conceitos e concepções etiológicas do alcoolismo entre uma população constituída por 61 médicos (47 do sexo masculino e 14 do sexo feminino). Como instrumento foi utilizado um questionário estruturado, de auto aplicação, contendo questões sobre dados pessoais, padrão pessoal de uso de bebidas alcoólicas, conceito e etiologia do alcoolismo. Na investigação foram preservados os termos hábito e vício, para reduzir possíveis constrangimentos que os respondentes poderiam ter, principalmente com o último termo.

Os resultados desse estudo apontaram que 72,1% dos médicos faziam uso de bebidas alcoólicas, sendo que dois terços deles faziam uso apenas nos fins de semana. As maiores prevalência de uso foram entre os cirurgiões e os obstetras. As menores, entre os psiquiatras. Com relação ao padrão de uso de bebidas alcoólicas, foi observado que o sexo não teve influência na determinação da idade de início no consumo de álcool. Entre os médicos especialistas das diferentes áreas investigadas (clínica médica, clínica cirúrgica, gineco/obstetria, psiquiatria e pediatria), a cerveja foi a bebida mais consumida e o uísque ficou em segundo lugar.

Utilizando os valores de corte de Cahalan e cols., os médicos, usuários de bebidas alcoólicas, foram classificados, segundo a frequência de uso e quantidade consumida de bebidas, em discretos (mais ou menos metade deles) e, apenas três deles (7%), como bebedores excessivos, sendo que um era clínico e dois cirurgiões. Os três eram do sexo masculino.

Para 55,7% da amostra, o alcoolismo foi considerado como doença. Com relação à etiologia, 75,4% dos médicos apontaram os distúrbios psíquicos e emocionais (isolados ou associados a outros fatores) como suas principais causas. O alcoolismo é tido como doença secundária, em contraposição a muitas escolas psiquiátricas que não reconhecem a existência de fatores físicos ou psíquicos em sua determinação e manutenção. Neste sentido, a opinião dos autores é de que os psiquiatras deveriam considerar a existência de distúrbios subjacentes, causadores de sofrimento, que são aliviados pelo álcool, ao tratarem de pessoas alcoolistas.

Com relação ao conceito, pouco mais de metade dos médicos consideram o alcoolismo como uma doença, principalmente os pediatras, ginecologistas/obstetras e psiquiatras, enquanto que menos de 1/5 dos clínicos e cirurgiões encaram-o como doença. Segundo os autores, isto se deve ao fato destes último lidarem com as "*reais doenças decorrentes do alcoolismo*".

Para eles, este fato pode explicar a discrepância existente entre prevalência e diagnóstico de alcoolismo, identificado em hospitais gerais e serviços de assistência médica, no Brasil e nos Estados Unidos, onde ocorre a ocupação de um número elevado de leitos por pacientes que fazem uso abusivo de álcool, mas que mostram uma baixa prevalência do diagnóstico de alcoolismo.

Os autores finalizam, questionando porque as pessoas alcoolistas não têm se beneficiado da moderna psicofarmacologia, uma vez que também são considerados doentes, como os demais pacientes psiquiátricos.

**TRABALHO n° 13:**

OLIVEIRA, Cleonides M. de. Alcoolismo: uma abordagem sistêmica. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 88-90, 1990.

Reflexão teórica relacionando o alcoolismo com a teoria dos sistemas. O autor considera que as dimensões biológica, psicológica e social são subsistemas do sistema alcoólico, que os abrange, formando uma unidade patológica em funcionamento. Dentro dessa visão, entende sistema como um conjunto de objetos (seres humanos ou não) que se relacionam entre si e com os atributos que lhe são próprios (por exemplo: modos de coexistirem). No caso do alcoolismo, ingerir bebidas alcoólicas constitui-se em um atributo que caracteriza alguns seres humanos.

Considera como sistema aberto, quando há trocas de materiais, energia e informação com o meio onde se inserem, e como sistema fechado, quando isto não ocorre. A estabilidade deste sistema está vinculada, entre outros, à retroalimentação ou *feedback* (mecanismo homeostático), a qual é negativa, quando mantém a estabilidade do sistema, recebendo mínima informação do meio externo (homeostasia). É positiva, quando conduz a mudanças no sistema e a conseqüente perda da estabilidade.

Nos grupos de pessoas alcoolistas, portanto, o sistema é fechado e predomina a retroalimentação negativa. Por esta razão, entende-se a dificuldade para compreender as relações entre estas pessoas e porque eles dificilmente se curam da doença.

Com relação ao álcool etílico, o autor o considera como *feedback* positivo, na medida em que promove mudança nos sistemas orgânico, social e psicológico e, como *feedback* negativo, ao considerar sua função de união entre esses subsistemas, imprimindo-lhe um novo estado de funcionamento que se equilibra, novamente, com este composto químico incorporado no sistema. A partir do rearranjo do sistema alcoolismo, com este composto, fica estabelecida a dependência da bebida alcoólica que entra como estabilizador do sistema. Nesse estudo, a tolerância é entendida como a homeostasia específica do organismo dos dependentes, e a retirada do álcool provoca a perda do equilíbrio (mesmo que este seja patológico).

A manutenção das relações patológicas, entre alcoolistas, é motivada pela necessidade de satisfação de tomarem bebidas alcoólicas, e isto pode ser compreendido tanto no plano celular, quanto no psicológico e social.

Se a pessoa possui esta necessidade e não manifesta a doença, é porque a satisfaz através de outros meios (até mesmo cuidando dos alcoolistas) mas sempre existe o risco de vir a ser etilista e, como o autor considera que fatores sociais e culturais facilitam a manifestação da doença, então, pessoas predispostas devem permanecer longe de ambientes que favoreçam o *vício*. Nesta linha, considera que, mesmo a etiologia do alcoolismo, estando mais ligada às dimensões orgânica, psicológica e social, os mecanismos homeostáticos promovem união entre elas, repercutindo-se igualmente nas demais e formando uma unidade em funcionamento (patológico).

#### **TRABALHO n° 14:**

AMADO, Maria Lucia M. Uma experiência em terapia de grupo com pacientes alcoolistas. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 17-20, 1994.

A autora apresenta as linhas gerais que norteiam o trabalho com pessoas alcoolistas, desenvolvido no setor de alcoolismo no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HU-PE), o qual iniciou no 2º semestre de 1987, por ocasião da implantação deste serviço, no ambulatório de psiquiatria daquele hospital. Na visão da autora, o alcoolismo é uma doença lenta, progressiva, difícil de tratar, porque o álcool é uma droga prazerosa, e as pessoas bebem, a princípio, para sentirem-se bem. A dificuldade também está associada ao fato de existirem muitos tipos de alcoolismo, o que exige, do terapeuta, flexibilidade suficiente para aceitar formas de tratar,

diferentes da sua.

Com relação à etiologia, a autora considera que existem três vertentes, a biológica, a social, e a psicológica. A vertente biológica acredita que a perda de controle para beber, ocorre por uma reação fisiológica em cadeia, desencadeada por uma quantidade inicial de álcool. A vertente psicológica, acredita na existência de um caráter preditivo para o alcoolismo: moralidade, dependência, insegurança e passividade. A vertente social considera, entre outras evidências, que determinadas normas culturais diminuem a vulnerabilidade ao alcoolismo. Como nenhuma destas vertentes é conclusiva, a autora opta por considerar a participação das três, na etiologia do alcoolismo, o que determina a necessidade de uma equipe multidisciplinar para tratá-lo.

O trabalho desenvolvido no HU-PE inicia com entrevista individual para obter a história atual e pregressa do paciente, realizada no momento em que o paciente procura tratamento.

A terapia de grupo, técnica de eleição para o tratamento, é realizada semanalmente, com uma hora de duração, sempre no mesmo dia, horário e local. Nestes encontros são trabalhados os seguintes temas:

- \_\_\_ Mecanismos de defesa: negação, racionalização e projeção;
- \_\_\_ Caracterização do alcoolismo como doença, cujo controle depende da disposição da pessoa para parar de beber, independentemente das dificuldades que enfrenta, e da vontade de outras pessoas.

As regras que mantêm a organização do grupo incluem:

- \_\_\_ Sigilo com relação a tudo que é falado entre eles;
- \_\_\_ Três faltas seguidas caracterizam o abandono do tratamento;
- \_\_\_ O compromisso é com a abstinência, porém, se beberem, espera-se que isto seja tratado no grupo e que possa ser ajudado por aqueles que já passaram por esta situação;
- \_\_\_ Caso a pessoa tenha ingerido bebidas alcoólicas no dia do grupo, não deve comparecer porque, além de não aproveitar, pode ameaçar a sobriedade dos outros, \_\_\_ o terapeuta evita dar respostas ou sugestões, e estas são devolvidas para o grupo para que as pessoas possam trocar informações e experiências;
- \_\_\_ Busca-se trabalhar a auto-estima e a importância do que o paciente pensa e do que sente; Com esse objetivo trabalham no sentido de conscientizar que as coisas são de dentro para fora e não de fora para dentro;
- \_\_\_ Um ponto muito importante, trabalhado no grupo, é a adaptação à nova vida sem álcool, isto é, como preencher o vazio deixado pela bebida, durante a abstinência.

Por conceber o alcoolismo como uma doença que atinge toda a família e para facilitar o entrosamento entre os pacientes e as famílias, é realizada uma reunião mensal, conjunta, onde os familiares trocam experiência entre si, com pouca intervenção do terapeuta.

A equipe multidisciplinar também reúne-se, semanalmente, para estudar sobre o assunto e discutir alguns casos. No cômputo geral, a autora considera que a experiência é extremamente válida.

#### **TRABALHO nº 15:**

ALMEIDA, Lis Maria, COUTINHO, Evandro da S.F. Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.27, n.1, p.23-29, 1993.

Estudo seccional, realizado na Ilha do Governador - RJ, com o objetivo de estimar a

prevalência do consumo de álcool e do alcoolismo numa população geral e traçar o perfil desses usuários. A amostra, constituída de 1459 pessoas com mais de 13 anos de idade, foi selecionada aleatoriamente entre os moradores desta região. O instrumento utilizado foi um questionário contendo 52 questões fechadas e o teste CAGE, usado como critério para categorizar os entrevistados como alcoolistas ou não.

Os resultados obtidos com essa pesquisa apontaram predominância do sexo feminino (60%), com menos de 40 anos (61,5%) e casados (60,2%). Dos entrevistados 31,6%, não completaram o primeiro grau, 34,7% tinham renda familiar igual ou menor que três salários mínimos, e 74,2% eram católicos

Do total de entrevistados, 52% declararam fazer uso de bebidas alcoólicas, sendo que, dentre estes, a cerveja foi a bebida mais consumida. A média de idade com que começaram a beber foi 18,8 anos. A idade mínima, para o início de uso de álcool foi de 4 anos, e a máxima de 50 anos. A maior proporção de consumidores e de alcoolistas ficou entre os homens de 30 a 49 anos. A abstinência foi maior entre as mulheres, os viúvos, os protestantes e indivíduos de renda inferiores.

Com relação ao alcoolismo, esse estudo apontou uma prevalência de 3%. O sexo masculino, a renda familiar superior a três salários mínimos e o grupo etário entre 30 e 49 anos mostraram-se positivamente associados com o alcoolismo.

Com relação ao teste CAGE, foram obtidos os seguintes resultados: entre os CAGE positivos (duas ou mais respostas afirmativas), 84,1% sentiram necessidade de reduzir a ingestão.

Com relação ao fato de terceiros criticarem o modo pelo qual usavam álcool, 65% dos CAGE positivos responderam afirmativamente. 75% afirmaram sentir culpa pelo modo como bebiam e, finalmente, 31,8% bebiam pela manhã.

Este inquérito mostrou associação entre uso de álcool e os níveis de renda e escolaridade mais elevados. Esta constatação porém, não é válida para o alcoolismo.

#### **TRABALHO n° 16:**

FRANKEL, Daniel M.; KORNBLIT, Ana L. Patrones de consumo de alcohol en familias de enfermos orgánicos crónicos. *Acta Psiquiátrica e Psicológica da América Latina*. Buenos Aires, v.37, n.3, p.225-231, 1991. •

Partindo da hipótese que o tipo de articulação entre o paciente e seus familiares afeta o enfrentamento da doença crônica e, conseqüentemente, a evolução desta, os autores realizaram uma investigação com familiares e pacientes portadores de doenças crônicas, em dois hospitais argentinos. O objetivo era descrever o clima familiar em que vivem estes doentes e detectar as situações de risco relacionadas ao meio familiar, capazes de influenciar na evolução da doença. O modelo teórico utilizado concebe o indivíduo como um sistema onde se articulam o biológico, o familiar e o comunitário, e a enfermidade é o resultado de agentes biológicos, psicológicos e sociais.

A população, constituída de 125 pessoas, foi dividida em 2 grupos: aqueles com evolução favorável e os de evolução desfavorável. A evolução favorável referia-se exclusivamente ao estado de melhora orgânica. A evolução desfavorável significava estancamento, piora inesperada, complicações imprevistas, recidivas. Cada um destes grupos foi investigado quanto ao risco psicossocial com a seguinte técnica:

\_\_\_ Questionário de risco psicoambiental: mede a situação que atravessa a família no momento que desencadeia a doença (investiga situações recentes, vividas como críticas, que possam provocar

alarme, as estratégias para mediar o estresse provocado pela presença da doença e o isolamento da família).

\_\_\_ Escala de risco psicossocial: trata-se de uma escala de clima familiar que compreende as seguintes dimensões: dimensão de relação, com as variáveis: coesão, ajuda, conflito; dimensão de auto-realização, com as variáveis: independência, pressão; dimensão de organização familiar com as variáveis: manutenção do sistema, controle da enfermidade, previsibilidade.

\_\_\_ Anexo da investigação de risco psicossocial: contém o registro da avaliação clínica dos profissionais, os recursos adaptativos implementados pela família, o significado da enfermidade e o acesso ao sistema de saúde.

Foram realizadas duas entrevistas para cada um das pessoas consideradas. Uma com o doente crônico e outra com um membro da família. No caso do paciente internado, a entrevista foi realizada com o familiar autorizado como acompanhante.

Os resultados deste estudo apontaram o seguinte:

\_\_\_ Somente 2% da população entrevistada não apresentava alcoolismo no âmbito familiar.

\_\_\_ A variável "*ingesta de álcool no grupo familiar*" é um dos fatores de maior peso no agravamento da doença orgânica, pois torna o indivíduo mais vulnerável à doença que padece, e diminui a capacidade do grupo familiar para contê-la.

\_\_\_ Do ponto de vista psicossocial, o alcoolismo não é resultado de um processo individual. É o produto de condutas interpessoais e de caráter estereotipado, mas, mesmo neste enfoque, a verificação do grau de intoxicação pertence mais à área biomédica que à social. Para avaliar, portanto, o clima social, o caminho é diagnosticar situações que comprometem o estado emocional do grupo familiar, muito mais do que diferenciar quem ingere a bebida.

\_\_\_ No grupo de evolução desfavorável, observou-se que o consumo de álcool é o eixo central ao redor do qual a família se organiza e estipula suas normas, e tal forma que os aspectos mais importantes do seu cotidiano são afetados pelo estilo e pelas consequências do consumo de álcool na família.

\_\_\_ Observou-se que as famílias de doentes orgânicos crônicos e alcoolistas, com baixa renda, costumam estereotipar suas respostas (regras, hierarquias, limites, deveres e direitos) ao redor desse eixo central. Diante de diferentes estímulos ou interações, sempre reproduzem o mesmo estilo de respostas e deste modo deslocam a categorização de indivíduo alcoólico para a de alcoolismo a nível familiar.

\_\_\_ Apesar da taxa de 40% de pacientes sem antecedentes de alcoolismo, os autores afirmam que os fatores de risco psicossocial resultam de um clima familiar conflitivo, onde o álcool se constitui no principal eixo de organização e interação.

\_\_\_ Diante de situações estressantes, percebidas como perigosas para a integridade grupal, focalizam suas interações em torno de regras que restringem e limitam o desenvolvimento. Esta postura está associada às estereotipias de conduta observadas nestas famílias.

\_\_\_ A imigração e o tempo de residência no novo local é fator associado com o aumento da ingestão de álcool, possivelmente porque os conflitos e tensões gerados com esta situação produzem mecanismos descompensatórios que o álcool ajuda a equilibrar.

Verificou-se que, nas famílias rurais e numerosas, o padrão de consumo de álcool está relacionado com o papel que a pessoa desempenha no grupo familiar. Assim, o homem é favorecido com relação à ingestão. A mãe costuma induzir o sono das crianças, adicionando vinho na mamadeira ou molhando, na bebida, a chupeta do bebê.

A partir de dados obtidos, nesse estudo, é possível pensar que as famílias com doentes crônicos, nas quais existe a presença ativa de alcoolismo, podem ser divididas em quatro grupos:

\_\_\_ Famílias de doentes crônicos com padrão de ingestão contínua: a ingestão é estável e diante da abstinência forçada, outro membro assume o papel de alcoólico. Nestas famílias, a rigidez e a estereotipia são as regras por excelência.



\_\_\_ Famílias de doentes crônicos com padrão de ingesta descontínuo: neste grupo há tentativa de reverter os padrões de interação. Existem breves períodos de controle da ingesta. O impacto de situações vitais estressantes influi para retorno a modos de retroalimentação conhecidos. O desencadeamento da doença crônica é um momento de prova e transição. Há tentativas frustradas de modificar regras e definir áreas de relação, mas via de regra reproduzem o padrão de aglutinar-se ao redor do álcool.

\_\_\_ Famílias de doentes crônicos sem padrão de ingesta: há controle da adição. O clima familiar é sem violência. O álcool foi eliminado e pertence ao passado. Paira o medo do retorno ao modelo anterior e da construção de novos estereótipos. (p. ex: a rigidez de normas, agora, em torno da abstinência).

\_\_\_ Família de doentes crônicos com controle estável da ingesta: não há condutas rígidas. Os demais membros ( com exceção do paciente ) ingerem bebidas alcoólicas sem que isto se constitua em fator de preocupação familiar.

Na discussão, os autores chamam atenção para a relação causal que médicos e familiares atribuem à ingesta de álcool, como produtora de doença orgânica crônica. Isto, segundo os autores, constitui-se em um mito profissional e fazem com que as famílias, conseqüentemente, concebam relações do tipo linear entre a ingesta de álcool e a enfermidade crônica.

As famílias de evolução favorável consideram que a abstinência diminui o estresse e garante a recuperação. As famílias com evolução desfavorável pensam que a enfermidade orgânica aumenta a necessidade de álcool como paliativo para diminuir a dor e o sofrimento.

As famílias com padrão de ingesta contínuo e descontínuo centralizam-se ao redor do álcool e não da doença orgânica. A concepção do alcoolismo, também como uma doença orgânica, dá mais segurança às famílias, pois, neste caso, é vista como natural, descartando a ação de fatores ambientais, psicossociais e outros desconhecidos.

As famílias sem padrão de ingesta centralizam suas regras ao redor do paciente. Entretanto, suas intenções de gerar outras respostas também fracassam, uma vez que organizam a vida familiar ao redor do paciente, como única alternativa possível.

As famílias, onde o controle da ingesta está estável, o alcoolismo pertence ao passado e há um esforço para contribuir na melhora do paciente .

Os autores concluem, afirmando que a interrupção da ingesta de álcool, quando surgem os sintomas da doença orgânica, reduz as condições de vulnerabilidade, ao modificar o padrão de organização grupal, que envolve todo o grupo familiar, no cuidado do paciente. Por outro lado, a presença de alcoolismo nas famílias de evolução desfavorável aumenta o risco de deterioração da saúde. Uma vez que a doença orgânica está ligada ao álcool, sua ingesta é o centro de preocupação dos familiares, e a pessoa doente não recebe os cuidados psicofísicos imprescindíveis de que necessita.

#### **TRABALHO n° 17:**

BEJARANO, Julio, SOLANO, Surayé. Intervención psicossocial en la internación por alcoholismo. *Acta Psiquiátrica e Psicológica da America Latina*, Buenos Aires, v. 38, n. 2, p. 131-138, 1992.

Esse trabalho foi realizado em 1987, com pacientes alcoolistas atendidos na Unidade de Reabilitação Intensiva (URI) do Instituto sobre Alcoolismo e Farmacodependência (IAFA) de Costa Rica. O objetivo era avaliar o efeito do tratamento a que haviam sido submetidos no ano

anterior. A amostra constituía-se de 72 pacientes (50% assistidos em 1985 e 50% assistidos em 1986), com possibilidades de mudarem seu estilo de vida, a curto prazo, uma vez que, a maioria deles, apresentavam repercussões físicas, sociais e emocionais de grau mínimo e, portanto, conservaram recursos que garantiam a abstinência e a reincorporação ao meio onde viviam.

O tratamento neste Instituto visa, além de uma abstinência prolongada, estimular a modificação das relações do paciente com o meio. Como estratégia de atendimento era usada a terapia de grupo e a abordagem da família. Após a alta, o acompanhamento do paciente era realizado semanalmente através de consultas externas. O período de internação era, em média, de três semanas, durante as quais participavam de sessões diárias de terapia de grupo, de orientação psicológica e social, abordagem da família e outras atividades de menor intensidade.

Os dados foram colhidos através de um questionário que investigava os aspectos sócio-demográficos, os padrões de ingesta e abstinência; as relações familiares, interpessoais e de trabalho e a opinião dos pacientes com relação ao atendimento que haviam recebido.

Os resultados desse estudo mostram que a maioria da população era residente em San José e estava constituída por homens jovens (87,5% com menos de 45 anos), com idade média de 36 anos. Aproximadamente metade era casados, com diferentes níveis de escolaridade, e a maioria era constituída de trabalhadores sem especialização.

Com relação à abstinência, os dados apontaram que 44,4% mantiveram-se abstinentes durante 1 ano ou mais. Entre estes predominaram os casados. 55,6% sofreram recaídas; destes 42,5% recaíram entre os 5 a 9 meses e 37,5% antes de 5 meses. Os níveis de ingesta neste segundo grupo foram menores e por um período mais curto do que era habitual antes do tratamento. Os motivos alegados para voltarem a beber incluía, entre outros, os problemas familiares, o desejo de beber socialmente e a não resolução das dificuldades.

Por outro lado, a melhoria da situação familiar e da autoestima foram fatores considerados importantes para a manutenção da abstinência daqueles que o conseguiram.

86,6% dos pacientes acompanhados em 1985 e 65,2% acompanhados em 1986 abandonaram este acompanhamento após a alta. O retorno à convivência social familiar ocorreu da seguinte forma: 75% voltou a conviver com o grupo onde vivia antes, 4,2% foi aceito de volta pela família, 2,8% formou um novo lar, e 5,5% encontrou outra alternativa (morar com parentes) e 12,5% passou a viver independentemente.

Em geral, quem se manteve abstinente experimentou, durante o período de realização desse estudo, uma melhora significativa nas comunicações intrafamiliar bem como no desempenho de seus papéis e na fixação de limites. Para alguns casos, entretanto, a abstinência constituiu-se em um elemento disfuncional da dinâmica familiar.

A melhoria nas relações sociais foi observada pela criação de laços de amizade entre os pacientes, fato de uma maior amizade entre os pacientes e o envolvimento com atividades sócio-recreativas. Dos que sofreram recaídas, 75% participavam de atividades usualmente ligadas à bebida.

Com relação ao trabalho, 75% dos pacientes continuavam no emprego original, e 13,9% mudou de emprego em busca de melhoria econômica e de condições de trabalho. A maioria considerou o rendimento no trabalho satisfatório.

O tratamento foi avaliado como favorável e a terapia em grupo foi a modalidade que trouxe mais benefícios. Aproximadamente 30% pensa que a terapia familiar deveria receber mais ênfase. O tempo de internação ( $\pm$  3 semanas) foi considerado curto e muito curto.

Com relação ao autodiagnóstico, constataram que 47,2% definiram-se como alcoolista, 41,7% se considerou bebedor problema, 5,6% disse ser bebedor pesado e 4,2% bebedor social. Com base nos resultados obtidos, os autores consideram que o tratamento realizado no URI cumpriu seus objetivos. Por outro lado, identificaram a necessidade de intensificar a terapia familiar como elemento sobressalente do programa e maior flexibilidade com relação ao tempo de

internação.

**TRABALHO n° 18:**

MONTEIRO, Maristela Golgnadel. Bases genéticas do alcoolismo: visão geral. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.36, n.2, p.78-82, abr/jun. 1990.

Trata-se de uma revisão da literatura, enfocando o papel dos fatores biológicos e genéticos na vulnerabilidade ao alcoolismo, acrescida de uma discussão sobre as implicações clínicas dos dados levantados na bibliografia. Três séries de estudos são de fundamental importância: os estudos com famílias de alcoolistas, os estudos com gêmeos filhos de alcoolistas e os estudos com filhos de alcoolistas adotados logo depois do nascimento por pais não alcoolistas. Os estudos com familiares apontam que filhos (as) de alcoolistas têm risco 3 a 4 vezes maior de desenvolver alcoolismo. Por outro lado, não há evidência que esta maior probabilidade decorra de fatores genéticos ou influência do ambiente familiar, pois a maioria das crianças são criadas pelos pais biológicos. Os estudos com gêmeos permitem inferir o papel dos fatores genéticos e ambientais na determinação do alcoolismo. Se, por um lado, os gêmeos monozigóticos (Mz) e os dizigóticos (Dz) compartilham os mesmos eventos na infância, por outro lado, os Mz compartilham 100% de carga genética e os Dz em 50%. Então o alcoolismo deveria ser significativamente maior nos gêmeos Mz. Embora a maioria dos estudos apontem uma concordância maior para Mz, outros estudos realizados, não encontraram diferenças.

Também os estudos com filhos de alcoolistas adotados têm demonstrado risco de 3 a 4 vezes maior para o alcoolismo, independente do pai adotivo ser ou não alcoolista. No entanto, a interpretação destes dados tem certos limites, uma vez que podem existir outros fatores envolvidos, como por ex: outras doenças psiquiátricas em pais biológicos (só é feita avaliação psiquiátrica nos pais adotivos). Partindo da hipótese que filhos de alcoolistas (FA) estariam sujeitos a um risco maior para o desenvolvimento do alcoolismo, os autores procuraram identificar possíveis diferenças no modo de beber entre FA e filhos de não alcoolistas (FNA). Constataram que os FA tem tendência de começar a beber mais cedo, de apresentar mais problemas relacionados ao álcool e evolução clínica mais grave. Por outro lado, é preciso lembrar que nem todos os FA tornam-se alcoolistas na vida adulta, da mesma forma que FNA podem vir a desenvolvê-lo. Portanto, é sobretudo a probabilidade relativa que diferencia os dois grupos.

Outra linha de pesquisa é a da busca dos marcadores biológicos, presentes antes do aparecimento do alcoolismo e que estivessem sob controle genético. Entre os fatores já examinados está a disfunção cerebral mínima. Observou-se que, em crianças hiperativas, é alta a incidência de pais alcoolistas ou então de desenvolverem alcoolismo na infância.

Outra diferença detectada é que os adolescentes ou adultos jovens, FA, que bebem moderadamente, respondem com menor intensidade a doses moderadas de álcool. Estes resultados indicam que eles podem perder a capacidade de discernir quando estão intoxicando-se. É preciso, porém, que mais estudos longitudinais sejam realizados para comprovar este fato. No campo neurológico, observou-se que os FA apresentam alterações eletrofisiológicas mais frequentes do que os FNA.

Com relação às diferenças nos traços de personalidade entre os FA e FNA, não existe uma concordância, alguns estudos não as identificam e outros chegam a dividi-las em 2 subgrupos. O tipo I, encontrado em ambos os sexos, com aparecimento após os 25 anos de idade, e menor incidência de violência, criminalidade e outros problemas relacionados ao álcool. O tipo II

tipicamente encontrado em homens, é mais grave, com maior a incidência de violência e criminalidade. Estas diferenças encontradas não servem como regra, uma vez que existe a possibilidade de superposição de diagnósticos (com a personalidade anti-social, entre outros). Mais estudos são necessários para que estes dados sejam validados.

Com relação aos marcadores bioquímicos, que antecedem o aparecimento do alcoolismo, a investigação continua, mas os resultados são ainda pouco promissores.

A autora conclui a revisão de literatura, dizendo que os estudos consultados indicam que o alcoolismo é, provavelmente, uma doença geneticamente influenciada, mas ainda se desconhece quais os determinantes biológicos desta maior predisposição genética e de como ela é transmitida. Enfatiza, entretanto, que a hipótese de uma predisposição genética para o alcoolismo não significa que a pessoa tenha um gene para o alcoolismo, ou uma substância química específica que possa desencadeá-lo, mas que são certas características biológicas (ainda desconhecidas), que não são em si mal adaptativas para o organismo, que levariam o indivíduo que bebe excessivamente a ter um risco significativamente maior de tornar-se alcoolista. Por outro lado, a existência de fatores genéticos não deve ser encarada como uma *desculpa* para evitar o tratamento ou justificar as recaídas.

#### **TRABALHO n° 19:**

ENDERS, Linda E., MERCIER, Joyce M. Treating chemical dependency: the need for including the family. *The International Journal of the Addiction*, Washington, v. 28, n. 6, p. 507-519, 1993.

Esse estudo examina se as diferenças na percepção quanto à coesão e adaptação familiar entre os membros da família influenciam na decisão de concluir a terapia ou encerrá-la mais cedo. Verifica também se é importante, para o terapeuta, ter conhecimento das atitudes que o paciente e a pessoa que com ele se relaciona de forma mais próxima têm com relação a família. Para tanto foi aplicado um questionário com 37 famílias, nas quais havia um adulto dependente de álcool e pelo menos uma pessoa com quem ele mantinha uma relação séria e significativa. Esta pessoa (cônjuge ou outra) foi chamada de "*concerned person*" (CP). Os autores consideram que, se a informação, à cerca das atitudes de ambos, é importante para a conclusão da terapia, então a modalidade terapêutica adotada pela "*Family Systems Therapy*" (FST) é mais vantajosa que a modalidade adotada pelos Alcoólicos Anônimos.

As questões investigadas, através de um questionário, referiam-se ao tempo em que o paciente estivera afastado do tratamento, os tipos de tratamentos realizados, a história familiar de abuso de bebidas, o comportamento usual da CP e informações demográficas básicas, tais como idade, sexo, renda, estado civil, condições de emprego (estas últimas foram consideradas variáveis independentes). Como variável dependente foi tomada a conclusão da terapia ou sua interrupção antes que os problemas estivessem resolvidos.

Das 37 famílias que iniciaram a terapia, 20 concluíram e 17 afastaram-se antes de concluí-la. Para considerar como terapia concluída, foram avaliadas as questões que precipitaram a entrada da família no tratamento. A família determinou quando estas questões tinham sido adequadamente resolvidas. O número médio de sessões foi de 14. Foram usadas a "*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)*", e a "*Sense of Personal Control Scale*".

Os resultados desse estudo mostraram que:

\_\_ Com relação à coesão e adaptação, há diferenças na forma como o paciente e o CP percebem a família; portanto, o terapeuta não deve fazer inferências relacionadas à percepção do CP, conhecendo apenas a do dependente;

\_\_ A variável, "*terapia concluída*", pode estar relacionada com a percepção da função familiar, o tipo de programa que o paciente tem usado e o tempo que se mantém fora do tratamento;

\_\_ A percepção do paciente e do CP quanto à coesão e adaptação familiar influenciam na decisão de concluir ou não a terapia; quando o paciente e o CP percebem a família ou o relacionamento familiar como coeso, há menos chances que a terapia seja interrompida,

\_\_ Quando o CP percebe um problema na adaptação ou no relacionamento da família há maiores chances de que a terapia seja concluída; por outro lado, a relação entre adaptação e terapia concluída não é significativa para o paciente;

\_\_ A quantidade de tempo que o paciente consegue manter-se sem tratamento, e o tipo de programa que usa (internação ou ambulatório) influenciam na conclusão da terapia; em tratamento ambulatorial, quanto maior o tempo maior a probabilidade que a terapia seja concluída;

\_\_ Quando o paciente percebe que tem controle sobre a vida, a família é mais apta a concluir a terapia;

\_\_ A percepção do CP sobre as funções familiares é importante para determinar se a família inicia a terapia.

A partir dos dados, os autores concluem pela vantagem dos modelos de tratamento que incluem a família, sobre aqueles programas que apóiam seus membros individualmente. Por outro lado, ressaltam que neste tipo de tratamento é possível que a equipe desenvolva uma compreensão mais profunda dos papéis e dos jogos familiares no tratamento e recuperação da dependência química. Num nível mais amplo, este tipo de tratamento permite a compreensão de como os fatores familiares podem influenciar no desenvolvimento do alcoolismo e como o alcoolismo influencia na familiar.

A heterogeneidade da população de alcoolistas faz com que os tratamentos padronizados não sejam apropriados para todos os casos. Entretanto como questão política, quando a família tem uma rede de apoio, é importante considerar o tratamento na unidade primária.

A maior limitação desse estudo, apontada pelos autores, é a avaliação do sucesso da terapia. Os autores sugerem que incluir outros membros da família, nos estudos, ajudaria a identificar mudanças na prática de beber. O pequeno tamanho da amostra também foi uma limitação detectada nesse estudo.

Os autores finalizam, recomendando que mais estudos, sob controle, sejam realizados, para aprofundar o conhecimento sobre as diferenças entre os tratamentos que focalizam a pessoa individualmente e aqueles que consideram a família como foco.

#### **TRABALHO n° 20:**

POLLOCK, Vicki E. Meta-analysis of subjective sensitivity to alcohol in sons of alcoholics. *American Journal Psychiatry*, Washington, v. 149, n. 11, p.1534-1538, Nov.1992 .

Essa meta-análise, que investiga a suscetibilidade ao álcool, foi realizada para testar hipóteses que emergiram de duas perspectivas teóricas. A primeira considera que filhos de alcoolistas (FA) são mais vulneráveis para desenvolver o alcoolismo, porque apresentam maior

suscetibilidade para os efeitos do álcool, na curva alcoólica sanguínea ascendente e menor suscetibilidade durante a curva descendente (comparados com sujeitos de grupos controle -FNA). A segunda perspectiva teórica considera que filhos de alcoolistas são mais vulneráveis para desenvolver o alcoolismo devido à baixa sensibilidade aos efeitos do álcool, após ingestão moderada tendo, portanto, maior dificuldade para controlar o consumo de bebidas, uma vez que recebem menos respostas internas, indicativa de embriaguês.

Para avaliar essas duas perspectivas teóricas, foi realizada uma meta-análise com os resultados obtidos em 17 trabalhos que abordavam esse assunto, realizados no período de 1984 a fevereiro de 1991, localizados manualmente e através das bases de dados computadorizadas.

As constatações de 10 estudos indicaram que os FA, no global, apresentaram menor suscetibilidade para o álcool após sua ingestão do que os indivíduos do grupo controle. Esta baixa suscetibilidade também foi relatada pelos FA durante a curva sanguínea ascendente e descendente, derrubando, portanto, a primeira perspectiva teórica levantada nesse estudo.

A auto-avaliação, realizada pelos sujeitos pesquisados, obtida após administração de placebo, não mostrou distinção significativa entre FA e FNA, em cinco estudos que incluíram tais avaliações.

O autor conclui, sugerindo ser apropriado avaliar filhos biológicos de homens alcoolistas, porque eles poderiam experimentar menor suscetibilidade para o álcool do que outros indivíduos, mas isto não é suficiente para prever se alguns deles enfrentará esta baixa suscetibilidade.

Uma vez que os dados informados podem ter sido influenciados por múltiplos fatores, tais como a natureza dos grupos de amostragem, diferentes métodos utilizados para avaliar a suscetibilidade subjetiva, variação nas doses de álcool administrada aos sujeitos, período de tempo em que a auto avaliação foi solicitada e até mesmo número de trabalhos examinados. Diante destes fatos, mais pesquisas avaliando medidas psicológicas e fisiológicas e estudos longitudinais são necessários para determinar a relação entre fatores específicos e o desenvolvimento do alcoolismo.

#### TRABALHO n° 21:

STRICKER, George. Ethical concerns in alcohol research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington, v.59, n.2, p.256-257, April, 1991.

Reflexão crítica sobre uma pesquisa experimental, realizada por Jacob, Krahn & Leonard, os quais utilizaram pessoas alcoolistas em sua investigação sobre o alcoolismo. Esse estudo, publicado em 1991, suscitou questões éticas quanto à metodologia utilizada e à forma de apresentação de seu relatório para publicação. Embora a magnitude dos problemas envolvidos questionem a própria publicação do trabalho, o autor da crítica considera o tema preocupante, a ponto de requerer novas explicações, mas não de impedir sua publicação.

O *design* desse estudo retrata um conflito entre o interesse de evitar o risco para as pessoas envolvidas na pesquisa e a questão do consentimento informado. Sob esse ponto de vista, uma pesquisa que não possuísse qualquer perigo e na qual os participantes estivessem plenamente informados estariam aptos para determinar se participam ou não de um experimento.

O autor da crítica resgata a questão do consentimento informado, questionando o quanto os sujeitos estão realmente *bem informados*, pois, nestas circunstâncias, os participantes devem ter conhecimento, competência e liberdade para tomar suas decisões. O estudo criticado, entretanto, continha alguns pontos dúbios, tais como:

\_\_ O formulário de consentimento indicava que os sujeitos teriam recebido 500 dólares, mas o artigo publicado descrevia um pagamento de 400 dólares.

\_\_ Não estava referenciado, como risco, o fornecimento de álcool. Se os autores reconhecem essa substância como risco (e realmente o é), então não deveria ter sido omitido.

Apesar dessas preocupações, as seguintes conclusões sobre o alcance da informação pareciam estar presentes na pesquisa:

\_\_ O conhecimento estava presente durante todo o experimento, incluindo a presença do álcool, revelado no modelo de consentimento.

\_\_ A competência não estava enfocada diretamente, mas não há razão para acreditar que os adultos, que não estavam psicóticos ou encarcerados, não eram competentes para dar o consentimento.

\_\_ A participação de adolescentes gerou outra preocupação. A média de idade era aproximadamente 14 anos; então, tecnicamente, o consentimento não precisava ser dado, mas teria sido preferível ver um procedimento que incluísse o consentimento destes adolescentes.

\_\_ Liberdade/espontaneidade é a área que ocasionou mais preocupações, pois, independente da quantidade de dinheiro repassado ter sido de 400 ou 500 dólares, esta é uma grande quantia, mais do que usualmente eles recebem e, além do mais, é suficiente para ser considerada como coercitiva, para um grupo que inclui homens desempregados. O dinheiro foi dado como pagamento por três sessões de duas horas, para três pessoas, com um total de 18 horas de envolvimento, não contando o tempo de transporte. Julgando a partir desta descrição, 20-25 dólares/hora, parece ser bem mais do que eles estão acostumados a receber, e a magnitude da soma parece ser mais atrativa do que o preço por hora. A própria promessa de álcool para um alcoólico poderia ser considerada coercitiva. Os homens não estavam tentando abster-se. Então isso teria sido menos problemático do que a indução, para um grupo que estava hesitante; e ter permissão de beber, dada por uma autoridade, deve servir para reduzir a possibilidade de uma futura tentativa de abstinência.

De um lado, o modelo de consentimento informado, usado na pesquisa, é fragil na área da liberdade, devido à presença de táticas sutis e coercitivas; de outro lado, a magnitude do risco não deveria ser inflada. Jacob et al. não usaram, como sujeitos da pesquisa, homens que estavam em tratamento ou tentando a abstinência, e a quantidade média de álcool consumida foi menor do que dois drinques, quantidade pequena para uma pessoa alcoolista. Os pesquisadores também tomaram precauções no sentido de assegurar que nenhuma das pessoas deixariam o *setting* intoxicadas ou sob efeito do álcool consumido. O risco maior, portanto, consistiu em fornecer álcool para aquelas pessoas e não exatamente a quantidade que foi oferecida.

Outras preocupações do autor da crítica estão relacionadas a:

\_\_ Generalização de resultados obtidos com uma amostra atípica, recebendo uma pequena quantidade de álcool em um *setting controlado*; se os resultados não forem relevantes, um estudo sob qualquer condição é questionável e, particularmente, sob condições que trazem riscos aos sujeitos;

\_\_ Inconsistência entre o material publicado e não publicado, particularmente com relação a quantidade de dinheiro oferecido aos sujeitos é uma inquietação acadêmica assim como um ponto de vista ético;

\_\_ Falta de sensibilidade para as questões éticas que envolvem risco e precauções tomadas com relação ao perigo envolvido;

\_\_ O IRB indica que os autores não foram insensíveis a esses temas e sua omissão permite a interpretação de que teriam sido negligenciados.

**TRABALHO n° 22:**

MARKOWITZ, Paula, CRAIG, Robert J. Conscious and unconscious perceptions of self in children of alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, Washington, v. 27, n. 10, p. 1187-1196, 1992.

Utilizando-se de testes e escalas apropriadas, mais usados na área de psicologia, os autores avaliaram o autoconceito consciente e inconsciente em filhos de alcoolistas, comparando-os com outras crianças com e sem problemas relacionados ao alcoolismo. O total de 65 crianças foi dividido em três grupos. O grupo 1 (G1) era constituído de 23 filhos de alcoolistas, que tinham pelo menos um dos pais dependente; destes, 12 eram meninas e 11 meninos, e a média de idade entre eles era de 10,7 anos. Estas crianças frequentavam um grupo de apoio em uma instituição de atendimento a alcoólicos. Do grupo 2 (G2), faziam parte 19 crianças com idade média de 10,9 anos, provenientes de famílias conflituosas, com vários distúrbios, exceto alcoolismo. Estas crianças foram recrutadas num departamento de psiquiatria infantil, e adolescentes de uma universidade. Do grupo 3 (G3), faziam parte 23 crianças com idade média de 10,5 anos, sem evidência de problemas escolares ou comportamentais, provenientes de famílias sem história de alcoolismo atual ou passado, os quais foram recrutados em uma escola primária.

A análise quantitativa dos resultados mostrou que:

\_\_\_ Em um nível consciente, os filhos de alcoolistas demonstraram autoestima mais alta do que os outros grupos.

\_\_\_ Os filhos de alcoolistas demonstraram, significativamente, mais problemas comportamentais do que as crianças de famílias normais. Estes problemas estavam relacionados com depressão, agressão, delinquência, insociabilidade, hiperatividade, ansiedade e comportamentos obsessivos que, embora não tenham sido mostrados especificamente nos testes, apareceram de modo sintomático específico.

Devido a dificuldades em quantificar diferenças significativas na autoestima inconsciente, foi realizada uma análise qualitativa que apontou os seguintes resultados:

\_\_\_ Os filhos de alcoolistas percebiam seus pais como hostis, destrutivos e abandonadores. As crianças, frequentemente, apresentavam excesso de auto-confiança e sentimentos de responsabilidade em cuidar de seus pais problemáticos e, ao mesmo tempo, sentiam-se desamparados, assustados e confusos.

\_\_\_ O sentimento básico que permeou as histórias dos filhos de alcoolistas foi o de negligência ou esquecimento pelos pais.

\_\_\_ A imagem mais frequente, detectada através dos testes, estava relacionada ao efeito devastador do álcool e das drogas na família.

\_\_\_ O abuso de substâncias foi descrito como desencadeador de discórdia conjugal, abandono de crianças e quebra dos sonhos infantis. Os testes revelaram descrição de crianças retratadas como órfãos famintos, desesperados por alimentos e roupas, cujos brinquedos, bonecas e outros objetos eram quebrados. Houve também descrições de horríveis acidentes de carro, pássaros caindo de árvores, ursos raptando crianças pequenas, escravos em trabalho forçado e explosões de violência sem controle como queimaduras, esmagamentos, sufocação, espancamento, retalhamento e assassinato.

Refletindo sobre os resultados obtidos, os autores consideram que, embora os filhos de alcoolistas sejam descritos como pessoas que externamente aparentam ser competentes e bem ajustados, são, na verdade, detentores de uma autopercepção negativa e de baixa autoestima inconsciente.

Diante de conclusões contraditórias e até mesmo surpreendentes, como filhos de alcoolistas apresentarem autoestima alta mesmo sendo provenientes de famílias caracterizadas por



instabilidade dos pais, negligência e desamparo emocional, os autores sugerem que não há um consenso universal em relação à autoestima destas crianças, pois, se um dos pais está apto a prover uma relação estável e enriquecedora com a criança, a despeito da ocorrência de alcoolismo no cônjuge, então é possível desenvolver um autoconceito positivo. Por outro lado, consideram que essa auto-imagem, externamente positiva, também pode ser um escudo contra o intenso estresse e os sentimentos intoleráveis.

### TRABALHO n° 23:

Alcohol misuse - Living with a timebomb. *Nursing Times*, New York, v. 89, n. 22, p. 44-45, Jun. 2-8, 1993.

O texto, cujo autor foi identificado apenas como um trabalhador do AL-Anon, descreve os prejuízos na saúde física e mental de parentes de pessoas com problemas de bebida. Dividido em duas partes distintas, fala, num primeiro momento, de recursos da comunidade, os quais estão acessíveis àquelas pessoas que convivem com um "*bebedor problema*": o AL-Anon (grupo para familiares) e o Alateen (grupo especialmente dirigido a adolescentes filhos de alcoolistas).

Em 1993, quando o artigo foi publicado, havia cerca de 32 000 destes grupos ao redor do mundo. O apoio e o suporte que as pessoas encontram nesses grupos emerge de sua própria proposta norteadora, a qual considera que o compartilhar experiências, resistências e esperanças ajuda as pessoas que vivenciam o mesmo problema. Sem a pretensão de substituir a ajuda profissional, mas apenas complementá-la, o AL-ANON é um grupo mantido apenas com recursos financeiros angariados com a venda de sua literatura e por contribuição de seus membros, cuja participação é voluntária.

Na segunda parte, o texto apresenta o depoimento de três pessoas, membros do AL-ANON, que falam de suas experiências junto a esses grupos. Ao longo desses relatos, o texto aborda questões importantes, vivenciadas por aquelas pessoas que convivem com um bebedor problema, tais como os sentimentos de medo, de confusão, de estar ficando louco, as consequências físicas para quem convive e reprime o sofrimento e a canalização deste para alterações do funcionamento orgânico.

Expressões simbólicas usadas ao longo do texto procuram caracterizar situações experimentadas no cotidiano dessas pessoas. A rejeição do problema, arma potente que o alcoolismo detém, é expressa por: "*é como ter um elefante em sua sala-de-estar e ninguém reconhecer sua presença*". A vivência cotidiana é representada pelo sentimento de "*estar vivendo com uma bomba-relógio*", enquanto que a expectativa ambígua com relação ao comportamento da pessoa dependente é retratada como: "*caminhar sobre ovos*" ou como "*viver com a versão feminina do Dr. Jekyll e Mr. Hyde*".

O apoio que as pessoas recebem nesses grupos vem, entre outras coisas, da constatação de que não estão sozinhos, que podem ajudar-se mutuamente e, principalmente, que são capazes de servir de fonte de força para si e para os companheiros, resgatando o valor pessoal e a autoestima das pessoas envolvidas no problema.

**TRABALHO n° 24:**

MONTGOMERY, Phyllis, JOHNSON, Barbara. The stress of marriage to an alcoholic. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*. Thorofare, v. 30, n.10, Oct., 1992.

De um amplo estudo, realizado com 30 mulheres casadas com alcoolistas, os quais estavam vinculados num programa de tratamento, foram isolados os dados que haviam sido colhidos em uma entrevista, que durava de vinte minutos a três horas, na qual as mulheres eram solicitadas, entre outras coisas, a descreverem com suas próprias palavras e a caracterizarem o que elas percebiam como sendo os estressores que estavam experienciando. A idade dessas mulheres variava entre 23 e 63 anos, com uma média de 43 anos. Mais de metade delas tinha educação pós-secundária. A maioria trabalhava fora de casa (83%) e tinham filhos (93%) na faixa etária de 12 anos ou menos. Essas mulheres conviviam com seus maridos em média há 15 anos e apenas uma delas referiu as bebedeiras do marido como sendo um problema.

Foram relatados 147 estressores, assim categorizados: 100 estressores interpessoais (entendidos como aqueles que ocorrem entre dois ou mais indivíduos), 30 estressores extrapessoais (descritos como forças existentes fora de um indivíduo) e 17 estressores intrapessoais (considerados aqueles existentes dentro de um indivíduo).

Como estressores interpessoais foram mencionados o relacionamento com os filhos (manifesto na forma de preocupação, sentimentos de culpa e raiva relacionados ao efeito das bebedeiras do marido sobre seus filhos), o relacionamento extra-familiar (envolvendo o relacionamento forçado entre a mulher e seus pais, frequentemente descrito como insuportável), o relacionamento social (associado com limitações impostas pelo alcoolismo do companheiro, perda de amigos e necessidade de omitir a bebedeira do marido) e o relacionamento com o marido, que foi a categoria mais citada pelas mulheres (93%). Esta categoria acolhia estressores associados com a sobriedade dos maridos, com sentimentos de rancor, raiva, preocupação com a saúde física deles, dificuldades de convivência com estes maridos, a incerteza sobre possíveis recaídas e relacionadas com seu próprio futuro. Surpreendentemente a sobriedade dos maridos não foi uniformemente considerada como positiva, embora algumas esposas manifestassem sentimentos de alívio e felicidade, outras referiam ansiedade, incerteza e dificuldade para ajustar-se ao comportamento agora imprevisível e desconhecido do marido, algumas expressavam a sensação de estarem convivendo com uma situação semelhante à descrita pela história de Dr. Jekyll e Mr. Hyde. Portanto a sobriedade dos maridos não significa, necessariamente, alívio do estresse de suas esposas.

A categoria de estressores extrapessoais abriga as dificuldades no trabalho e na situação financeira.

Na terceira categoria, a dos estressores intrapessoais, estão incluídos os problemas com a saúde física como fadiga, artrite, dor crônica, dor de cabeça, síndrome pré-menstrual, incapacidade de conciliar o sono e os problemas relacionados com saúde mental, tais como baixa autoestima, ansiedade e depressão.

Além de identificar os estressores com os quais as mulheres entrevistadas se deparavam, nesse estudo, elas também identificaram fatores em suas vidas que as ajudavam a enfrentá-los.

Ao concluir, os autores enfatizam a necessidade de aprendermos mais sobre o que essas mulheres experienciam para que possamos ter mais clareza e definirmos uma intervenção que realmente possa ajudar essas mulheres a enfrentarem-se com os estressores mesmo sendo casadas com pessoas alcoolistas.

**TRABALHO n° 25:**

SCAVNICKY-MYLANT, MaryLou. The process of coping among young adult children of alcoholics. *Issues in Mental Health Nursing*, V.11, n.2, p. 125-139, 1990.

Com o propósito de descrever o processo de enfrentamento, utilizado por jovens adultos filhos de alcoolistas, foi realizado esse estudo de caráter descritivo, que focaliza as mudanças no desenvolvimento de comportamentos, ou mecanismos de enfrentamento utilizadas por estas pessoas durante a infância (4 a 6 anos), no período escolar (9 a 10 anos), início da adolescência (13 a 14 anos), final da adolescência (17 a 18 anos) e idade adulta jovem (18 a 28 anos). A amostra, proveniente de centros de tratamento familiar em alcoolismo, Al-Anon e Grupos de Adultos Filhos de Alcoolistas, era constituída por 30 adultos jovens com idade entre 18 e 28 anos, que cresceram, mas não vivem atualmente, em lares onde um ou ambos os pais eram alcoolistas.

A média de idade dessas pessoas era de 24 anos, a maioria do sexo feminino (80%) e entre eles o alcoolismo paterno era predominante. A participação nesse estudo foi voluntária e a iniciativa para nele ser incluído partia do próprio sujeito pesquisado que, após receber um folheto explicativo sobre o estudo deveria contatar com o pesquisador, solicitando sua inclusão. A coleta de dados realizou-se através de entrevistas semi-estruturadas, questionários que buscavam dados retrospectivos relacionados a métodos de enfrentamento e através da *Jalowiec Coping Scale*. Os sujeitos pesquisados foram, primeiramente, solicitados a visualizar a si mesmos durante um período específico da vida anterior e a descreverem a si mesmos em relação a suas famílias. Em seguida foram indagados sobre qualquer problema que emergisse durante cada período e solicitados a descrever o que eles se viam fazendo. A *Escala Jalowiec de Enfrentamento* foi então utilizada para ajudar a quantificar o nível e o método de enfrentamento. Esta escala consiste em 40 estratégias diversas de enfrentamento, retiradas de uma revisão crítica da literatura sobre estresse, enfrentamento e adaptação. Esta escala considera três tipos de enfrentamento: o confrontivo, que inclui o estabelecimento de metas tentando mudar a situação e procurando ajuda dos outros; o método de enfrentamento emotivo inclui estilos do tipo, acusar os outros e preocupar-se; e o método paliativo que ocorre quando a pessoa deixa que outros resolvam o problema, distanciando-se e não comprometendo-se.

Os dados foram analisados à luz dos procedimentos da análise de conteúdo, agrupados por temas sobre como os indivíduos enfrentaram os problemas em diferentes etapas de suas vidas.

Os resultados mostraram que os sujeitos usaram uma combinação de comportamentos de enfrentamento durante cada período de sua vida. A maioria dos métodos de enfrentamento recaíram em uma das três categorias maiores de enfrentamento, identificadas por Lazarus et al. (1977/78/84a/84b) e Jalowiec et al. (1981/84/86), isto é, confrontivo, emotivo e paliativo. Os comportamentos que não caíram nessas categorias refletiram o reverso do enfrentamento emotivo e do confrontivo. O investigador concluiu que esse estudo identificou mais métodos característicos gerais de enfrentamento (confrontivo reverso) de filhos de alcoolistas em vez de comportamentos específicos de papéis descritos por Wegscheider (1979, 1981) e Black (1979, 1981). Para Black: o delinquente ou *acting out*, o responsável, o ajustador e o conciliador. Para Wegscheider: o herói da família, o bode expiatório, a criança perdida e o mascote.

Os métodos confrontivos reversos (p.ex.: ajudar ou confortar outros versus buscar conforto e ajuda para si próprio) refletem muitos comportamentos característicos de codependência definidos por Wegscheider-Cruse como uma relação não saudável para uma pessoa, lugar ou coisa, salientando que os comportamentos de papéis clássicos dos filhos de alcoolistas descrevem apenas uma característica de codependência, a do comportamento compulsivo.

O padrão global de enfrentamento identificado nesse estudo mostrou um desequilíbrio

entre estilos confrontivo, emotivo e paliativo de enfrentamento a cada etapa vital, descrita pelos sujeitos, manifesto através da preponderância de estilos emotivos e paliativos, sendo que os confrontivos (estratégias que um sujeito poderia cumprir sozinho) foram limitados. Os sujeitos não sabiam de nenhuma outra maneira de lidar com seus problemas, e pouco ou nenhum apoio para enfrentamento confrontivo foi posto à disposição deles. A aptidão para procurar conforto e ajuda estava especialmente prejudicada. A maioria dos comentários confrontivos e emotivos foram (em direção ao?) do codependente descrito, mais frequentemente, em termos negativos ou como o problema em suas vidas, do que pai ou mãe alcoolistas.

Um aumento em enfrentamento confrontivo associado com mudanças em suas vidas e intervenção terapêutica emergiram durante o período médio para o tardio da vida adulta jovem. Essa mudança foi sentida mais como uma mudança de foco (de outros para si mesmo). O apoio para essa mudança veio através do programa de recuperação dos 12 passos e a terapia.

Os métodos reversos de enfrentamento continuaram a aumentar ou permanecer estáveis apesar das mudanças no foco e aumento das técnicas de confrontação.

Diante dos resultados os autores concluem que há um possível atraso no desenvolvimento dos comportamentos de enfrentamento entre adultos jovens FA. A natureza imatura das estratégias, entretanto, não está comprovada, uma vez que o processo de enfrentamento durante a infância para a vida adulta não foi ainda identificado e está sendo prognosticado apenas em função de um modelo adulto, envolvendo apenas os métodos emotivos e paliativos e os confrontivos depois da intervenção.

A autora conclui, sugerindo que os enfermeiros que trabalham com filhos de alcoolistas, principalmente as filhas, precisam avaliar rotineiramente o método e o grau de enfrentamento por elas utilizado, e então educar a população sobre métodos alternativos exequíveis, oferecendo escolhas e apoio à mudança. O programa dos 12 passos e a terapia também devem ser recomendados como tratamento.

Finaliza sugerindo aprofundamento da pesquisa científica de caráter longitudinal dentro de uma perspectiva desenvolvimental e contexto situacional que investigue os métodos de enfrentamento em crianças, filhos de alcoolistas, e estudos comparativos com outras crianças, que não cresceram em lares de alcoolistas ou outras doenças crônicas.

#### **TRABALHO n° 26:**

TESSON, Bonnie M. Who are they? Identifying and treating adult children of alcoholics. *Journal of Psychosocial Nursing*, v.28, n. 9, 1990.

A partir da convicção de que uma equipe capacitada e uma assistência de saúde adequada é capaz de evitar internações psiquiátricas posteriores, a autora apresenta os resultados de dois anos de observação e coleta de dados relacionados à frequência de internações, faixa etária, diagnósticos e questões comumente referidas por adultos filhos de alcoolistas, admitidos na Unidade de Estresse do Centro de Saúde Saint Mary, em Saint Louis. Esta unidade atende pacientes psiquiátricos provenientes de várias classes sócio-econômicas. Dentre esses, mais ou menos 50% cresceram em lares em que pelo menos um dos pais era alcoolista e que usava também outras substâncias. Nesta população cerca de 73% eram mulheres. A média de idade foi de 38 anos e os pacientes de meia idade foram os que apresentaram maior propensão para expor e discutir o uso de álcool pelos pais.

Os diagnósticos mais comumente observados (de acordo com o DSM-III) foram

depressão maior, reação de adaptação, distúrbios de ansiedade e desordem afetiva bipolar, *borderline*, passivo agressivo, obsessivo compulsivo e distúrbio histérico de personalidade.

As observações subjetivas encontraram ressonância em pesquisas anteriormente realizadas e apontaram que muitos pacientes são ou foram casados com cônjuge alcoolista e/ou tiveram problemas de abuso de substâncias.

Confirmando a literatura, depressão e conflitos conjugais na vida adulta eram maiores do que na população em geral.

Foi observado que os mecanismos de enfrentamento inadequados começam a dar problemas, quando as pessoas iniciam o processo de carreira profissional e de constituição da própria família, sendo que alguns pacientes esperam até que o caos se instale em suas vidas para então procurar ajuda.

O programa desenvolvido nesta unidade de internação utiliza-se de terapia de grupo, terapia de apoio, psicodrama, terapia com música e palestras para lidar com as questões terapêuticas que, mais frequentemente, emergem no tratamento dos AFA, dentre as quais, a raiva, o abuso ou a negligência, a culpa, e o pesar.

A raiva é uma das mais intensas e difíceis questões com que os AFA se defrontam, no processo de recuperação. Por ter sido reprimida por tanto tempo, encará-la na terapia torna-se uma perspectiva assustadora para muitos pacientes. As modalidades terapêuticas usadas, normalmente oferecem a confiança e a segurança necessária para que o paciente possa expressar seus sentimentos de raiva, compartilhá-los com os companheiros do grupo e obter deste o apoio e o conforto de que necessitam. Outra maneira que o programa utiliza para focar a raiva é através de leituras sobre esse tema com o objetivo de ajudar a identificar sinais e sintomas desse sentimento e dar informações a cerca de maneiras construtivas de manejá-las.

Os pacientes são orientados quanto à raiva disfuncional e reprimida, aprendem a encarar esse sentimento como algo frequente, natural, pertinente, que no filho do alcoolista, invariavelmente, está camuflado, ainda que se manifeste numa diversidade de maneiras tais como depressão, comer em excesso, dormir em excesso, acomodação, ressentimentos, desconfiança e uma variedade de problemas psicossomáticos.

Abuso é um problema frequente com o qual os AFA se defrontam. Ocorre em quase todos os lares alcoólicos, variando apenas em grau, de acordo com o nível de disfunção familiar. O abuso manifesta-se, via de regra, na forma de negligência, privações precoces, abuso verbal e sexual, sendo que o incesto é mais frequente entre pai e filha.

*Blackouts* sofridos pela pessoa dependente, que não permitem lembrar o que disse ou o que fez, podem provocar abuso ou negligência involuntária e provocar confusão nas crianças. Devido ao abuso e negligência emocional, os FA, frequentemente, aprendem precocemente a desempenhar tarefas de adultos para garantir a própria sobrevivência, tais como cozinhar e atender suas necessidades físicas. Isto na vida adulta, poderá ter um impacto duradouro e manifestar-se, entre outras, em dificuldades para pedir ajuda.

A culpa, segundo a autora, constitui-se num duro fardo que os filhos de alcoolistas levam para a idade adulta. Esta culpa, que garante a preservação de regras de uma família disfuncional, tais como não fale, não sinta, não confie, manifesta-se na forma de medo e ansiedade e, na própria linguagem que os AFA utilizam, frequentemente salpicada com "*Eu deveria ter...*" ou "*Se eu tivesse feito de modo diferente...*". Quando na terapia, a negação é quebrada e o paciente admite a outros que o pai é ou foi alcoolista, é essa culpa que se manifesta.

O estado de isolamento carregado de sentimentos de medo, preocupação, constrangimento, raiva e culpa que se forma, pode levar o paciente ao desespero e à sensação de sufocação. Quando, porém, o modo de enfrentamento e a existência diária não são muito efetivos, é que o paciente aceita e solicita a internação hospitalar. Isto, frequentemente, não ocorre antes da meia idade.

O pesar é outro sentimento que os AFA enfrentam na terapia. A perda e o abandono decorrente da morte prematura do(s) pai(s) alcoolista(s) e a perda da infância formam o âmage do pesar e determinam um estado crônico de depressão. Na terapia, os pacientes são ajudados a vencer o pânico para expressar e sentir a tristeza e a raiva, que formam a base do pesar.

A autora finaliza o artigo, apresentando sua visão do papel da enfermeira nesse programa desenvolvido com AFAs e afirma que o uso adequado do processo de enfermagem é essencial ao planejamento dos cuidados para os AFA hospitalizados. O processo é constituído por três etapas: avaliação, identificação de problemas e definição de metas e intervenções apropriadas. Para esta autora, a equipe representa um modelo comportamental de saúde.

### TRABALHO n° 27:

LATHAN, Patricia K., NAPIER, Ted L. Psychosocial consequences of alcohol misuse in the family of origin. *The International Journal of The Addictions*, Washington, v. 27, n. 10, p. 1137-11358, Oct. 1992.

Partindo da constatação de que as pessoas que foram criadas por um ou ambos os pais alcoolistas, mas que hoje são membros funcionais da sociedade e não procuram tratamento, foram excluídas das pesquisas realizadas até então, os autores optaram em examinar, nesse estudo, a relevância dos resultados de pesquisas e modelos teóricos desenvolvidos em ambientes clínicos, para entendimento da variabilidade no suporte social entre adolescentes e adultos filhos de pais alcoolistas, externos ao ambiente clínico.

Como referencial teórico utilizaram alguns componentes selecionados da *Teoria do Aprendizado Social*, a qual enfatiza a relativa permanência de padrões de comportamento por todo o ciclo vital. Essa perspectiva teórica sugere que o comportamento é produto da experiência prévia e que a repetição de comportamentos produz recompensas. Além disso, o modo como as recompensas são aplicada é, frequentemente, tão importante quanto a recompensa em si. Por outro lado, se os provedores de reforço, na família de origem, são inconsistentes ou usam recompensas inapropriadas, a longo prazo, o impacto nos membros da família pode ser negativo. A imprevisibilidade, própria do comportamento de pais alcoolistas, resulta numa inconsistência que pode produzir sentimentos de incompetência e falta de domínio. Essa perspectiva teórica argumenta que as experiências de vida precoce, com pais com problemas de bebida, influenciarão comportamentos da descendência adulta e que a percepção do *self*, a habilidade para relatar a outros, o consumo pessoal de álcool, o consumo de álcool no próprio lar e o uso de mecanismos de enfrentamento serão negativamente afetados, sendo que esses fatores subsequentemente afetarão o sistema de suporte social da descendência adulta.

Os dados foram coletados em 1986, através de um questionário. A amostra, selecionada entre os empregados de uma agência do conselho metropolitano de saúde mental de Ohio, era constituída de 505 pessoas com algum conhecimento e familiaridade com o alcoolismo, pois, segundo a literatura, as pessoas criadas em famílias de alcoolistas são mais voltadas para profissões de ajuda.

As variáveis mensuráveis<sup>1</sup> foram: "social support", "helping network", "life events", self-esteem, "personal drinking behavior", "household drinking behavior", e "parental drinking

---

<sup>1</sup>As variáveis referidas nesse estudo não foram traduzidas para reduzir a possibilidade de interpretações equivocadas.

behavior", "sibling drinking behavior" e coping mechanisms.

Estatística descritiva e análise multivariada foram usadas para examinar o mérito do referencial teórico usado para guiar a pesquisa. A caracterização do grupo de estudo, a partir dos resultados descritivos, apontaram que a maioria dos respondentes eram mulheres (72,9%) com média de idade de 37,6 anos, oriundas da classe média (44,5%) e de famílias pequenas (aproximadamente 2,7 pessoas). O tempo de emprego médio era de 4,6 anos. Aproximadamente 31,1% da amostra viveu a infância em uma cidade grande e 27% foram criados em cidade pequena ou zona rural.

O *social support* foi a variável dependente do estudo. Esta é entendida como sendo "cuidar de", e desenvolvida em uma rede de obrigações múta que inclui conselhos, avisos, ajuda material e apoio.

Os resultados revelaram um alto grau de *social support* entre respondentes estudantes. Apenas 3,2% referiram não ter ninguém em quem confiar. A maioria tinha amigos próximo (54,6%), percebiam que eram amados por seus parentes (89,8%), raramente sentiam-se sozinhos (13,1%), gostavam de ajudar os outros (96,1%) e acreditavam que eram importante para suas famílias (94,7%).

A investigação sobre a *helping network* de ajuda buscava a percepção do número de pessoas com quem poderia contar em momentos de dificuldade. A maioria (57,4%) dos respondentes indicaram que tinham de 2 a 5 pessoas para ajudá-los nos momentos de dificuldade, e apenas 1,8% informaram que não contavam com ninguém.

O número médio de eventos, positivos ou negativos, experienciados no ano anterior, que tenham produzido estresse, foi de 5,4. Somente 2,1% dos respondentes não relataram eventos e 13% relataram mais de 13 eventos. O evento mais frequentemente relatado foi mudanças na responsabilidade de emprego (52,6%), seguido por dificuldades de comunicação com colegas (28,1%), mudanças no comportamento de recreação (27,9%), mudanças na saúde dos membros da família (23,2%), mudanças nos benefícios do emprego (22,1%), e inabilidade para cumprir obrigações financeiras (21,4%).

Com relação ao enfrentamento, as respostas revelaram que 41,5% desejam livrar-se dos problemas, 41,3% querem manter-se afastados das coisas realmente ruins, 36,1% deseja voltar para o trabalho e enfrentar os problemas, 35,8% deseja atacar verbalmente os outros e 20,7% desejam afastar-se das pessoas quando têm problemas.

A avaliação do item auto-estima revelou que uma grande maioria acredita que são pessoas capazes, que têm valor pessoal, são confiáveis em seu trabalho e gostam deles mesmos.

Um CAGE modificado foi utilizado para avaliar o "*personal drinking behavior*". Os resultados mostram que 33,1% dos respondentes acreditavam que, alguma vez, deveriam reduzir o consumo de álcool e uma alta percentagem sugere que o álcool não representa uma séria ameaça para a maioria dos respondentes.

A percepção com relação aos problemas dos pais indicou que 36,5% dos respondentes acreditavam que a bebida era problema para os pais (adotivos ou legítimos) pelo menos ocasionalmente.

Com relação a "*household drinking behavior*", aproximadamente 30% dos respondentes preocupam-se com a embriaguês de um de seus membros e poucos são os que se envolvem em ações para controlar o comportamento relacionado a um membro da família.

Como conclusão, os autores revelaram maior preocupação com relação aos problema da bebida, dentro do grupo de estudo, do que era esperado a partir de pesquisas prévias, com populações não clínicas. Diversas explicações foram possíveis, desde o fato que uma pessoa criada em uma família alcoolista era atraída para profissões de ajuda, até a percepção infundada dos respondentes, sobre os problemas de álcool, pois o que pode ter sido considerado como problema de bebida para uma criança, pode ter sido consumo responsável para os pais.

O resultado mais significativo nesse estudo foi que a percepção dos problemas de bebida dos pais não estava associado com o nível de suporte social relatado pelos respondentes.

Como era esperado, a melhor variável preditiva do suporte social foi a auto-estima. Entretanto, o esperado impacto adverso da bebedeira dos pais na família de origem não foi observado.

A forma como os respondentes percebiam-se, aparentemente, não era afetado pelo "*parental drinking behavior*" na família de origem. Esses resultados acrescentam credibilidade para os resultados que "*parental drinking behavior*" não afetam, substancialmente, o sistema de suporte social dos descendentes adultos, como mensurado nesse estudo.

Os resultados indicam que é possível internalizar uma percepção positiva do *self* quando criados por pais com problemas de bebida. Esses sentimentos positivos sobre o *self* são também significativamente relacionados com habilidades do indivíduo para desenvolver a rede de apoio.

#### TRABALHO n° 28

COOLEY, Frederick B., LASSER, Daniel. Managing alcohol abuse in a family context. *American Family Physician*, Kansas City, v. 45, n.4, p. 1735-1739, April, 1992.

O artigo descreve técnicas e abordagens que podem ser usadas no tratamento do alcoolismo. Essas técnicas podem ser utilizadas para trabalhar com a pessoa dependente, o cônjuge ou outros membros da família. Estas técnicas têm como objetivo ajudar o paciente a aceitar a meta de reduzir a ingestão de bebida a níveis toleráveis e, também, ajudar aquelas pessoas que desejam ser ajudadas.

As técnicas dirigidas ao paciente desenvolvem-se num crescente e têm, como meta principal, levá-lo, num primeiro momento, ao reconhecimento do problema. Parte, inicialmente, de uma comunicação sem pressão, voltada para a questão do *beber* e utiliza-se de estratégias selecionadas que consideram a necessidade de dar tempo ao paciente para que ele possa compreender, assimilar e, posteriormente, concordar em trabalhar o problema. Para o médico de família torna-se mais fácil *dosar* essa comunicação, devido à facilidade que tem para reencontrar o paciente. O passo seguinte, moldado pelo modelo médico, visa engajar o paciente com outros profissionais e os recursos disponíveis, de tal forma que o paciente possa ser avaliado por pessoas experientes e receber informações adicionais sobre o beber e os problemas que este acarreta. Para tanto, é útil ter conhecimento sobre a localização do centro de tratamento mais próximo. Segundo os autores, neste ponto, convém que sejam evitados termos como *alcoolista* ou *Alcoólicos Anônimos*. Estes devem ser substituídos por termos neutros como *problemas com a bebida*.

Gradativamente, um moderado desafio para a experiência de quatro semanas de abstinência é introduzido. Esse desafio procura levar o paciente a apreender o significado da abstinência e conscientizar o paciente do desconforto que a ausência do álcool provoca. A primeira semana pode parecer muito fácil. Esta é referida como *a semana da nuvem cor de rosa*. Duas semanas depois, porém, os pacientes começam a encarar o desafio do experimento.

Alguns termos são definidos pelos autores. A *abstinência*, que não é sinônimo de recuperação, mas somente uma condição de não beber. *Recuperação*, considerado como o processo de aprendizagem de que eles não podem usar álcool e progredir no sentido de aceitar esse fato.

*Recusa* refere-se ao fato de o paciente continuar bebendo mesmo depois de ser alertado



que o uso diário de álcool pode, por exemplo, provocar-lhe sangramento de úlceras. "Ignorância" refere-se à persistência de tal comportamento por desconhecimento.

As técnicas para o paciente e o cônjuge buscam recrutar a cooperação do casal. O médico, porém, deve ficar atento para o fato de que o casal representa um *sistema balanceado* que comporta tanto as coisas ruins como as boas, relacionadas com o álcool. Por outro lado, deve cuidar para não fortalecer a tendência a considerar o paciente como o bode expiatório da família.

A técnica voltada somente para o cônjuge tem como meta permitir que o familiar verbalize sua percepção do problema e conscientizá-lo que a família pode obter ajuda independente do que ele pense ou faça. O AL-Anon parte de uma rede de autoajuda para os familiares. É um recurso disponível e representa o reconhecimento de que o alcoolismo afeta todas as pessoas relacionadas com o mesmo.

Os autores encerram o artigo, reafirmando as opções de tratamento para os familiares como o Al-Anon, a terapia e introduzem, ao final do texto, o que chamam de *dependência clínica*, sem contudo deixar claro a que este termo está se referindo mais especificamente.

#### TRABALHO n° 29:

WING, Donna Marie, HAMMER-HIGGINS, Paula. Determinants of denial: a study of alcoholics. *Journal of Psychosocial Nursing*, v.31, n. 2, 1993.

Artigo elaborado com três propósitos específicos: No primeiro, partindo da discussão da literatura selecionada sobre o mecanismo de defesa negação no contexto do alcoolismo, os autores a conceituam sob a perspectiva de seu papel no tratamento do alcoolismo. Em seguida os autores apresentam os resultados de estudos previamente realizados. E por último, discutem as implicações destes para a prática assistencial profissional.

Dentro do primeiro objetivo, a revisão da literatura nos mostra que, sob o ponto de vista do alcoolismo, a negação é a sincera falta de conhecimento e discernimento sobre a quantia de álcool consumido, sobre a própria dependência e sobre os problemas decorrentes de seu consumo (Tweed, 1989).

A negação é frequentemente representada como um mecanismo de defesa patológico que, via de regra, obstrui a capacidade para procurar tratamento. No entanto, há evidências de que a negação pode funcionar também como um mecanismo salutar na medida em que previne a ansiedade e a adaptação em um ambiente hostil, evita futuros traumas e acomoda informações de forma gradual e não ameaçadora; enfim, é salutar na medida em que *protege* a pessoa.

Prioritariamente este mecanismo tem sido discutido sob a perspectiva biológica e psicológica. Segundo os autores, deve-se incluir também o contexto sociológico, uma vez que o rótulo de *negação* é um processo externo, imposto por médicos, enfermeiros e outros profissionais, baseados em um rol de critérios pré-moldados.

Assim como o conceito de alcoolismo racionaliza a inevitabilidade da bebida, o conceito de negação racionaliza a aparente discrepância de opiniões entre a versão do bebedor e a de outras pessoas, a respeito da natureza e consequências do *beber*. A negação, portanto, reflete a natureza do relacionamento do paciente com os outros. Esse relacionamento é culturalmente determinado, uma vez que diferentes comunidades atribuem diferentes significados à condição de estar embriagado, determinando, com isto, a aceitação ou rejeição desta condição.

Podemos entender, portanto, que o rótulo de negação ocorre quando médicos,

enfermeiros ou a sociedade deixam de respeitar a explicação dada pela pessoa para justificar um comportamento inapropriado.

Em busca de uma reestruturação do conceito de negação em alcoolismo, os autores consideram que, se esta for tomada como uma tentativa individual encorajada pelo ambiente externo, de expor algum sentido no que está acontecendo, então ela pode ser entendida como uma saudável resposta a uma ameaça externa. No entanto, quando o processo de negação traz algum risco físico ou emocional ao indivíduo ou a outros, então ela é ineficaz ou não adaptativa a partir do ponto em que adia ou inibe a mudança e perpetua a situação de risco.

Diversos estudos, realizados no final da década de 80 e início da de 90 investigaram a correlação entre o *estado de negação* e os índices de conclusão do tratamento. Os resultados obtidos não permitem chegar a um consenso e, mesmo aqueles estudos que mostraram altos índices para conclusão do tratamento, tiveram aproximadamente 70% dos pacientes retornando a beber poucos meses após deixarem o centro de tratamento (Wing, 1991).

Os vários aspectos e a obscura maneira pela qual a negação se manifesta dificultam sua avaliação, e por esta razão, os autores incumbiram-se de um estudo para operacionalizar a *negação alcoólica*, através de seus aspectos observáveis. A interpretação dos autores detem-se nos efeitos prejudiciais para o indivíduo e a sociedade, e definem-na como um enfrentamento ineficaz relacionado com a incapacidade ou relutância em reconhecer a existência de um problema com o álcool.

Em um estudo qualitativo realizado em 1990 por uma das autoras, que desenvolveu uma categoria conceitual de negação, baseada na observação de pacientes internados que se recusavam a aceitar que tinham problemas com álcool, ela concluiu que a negação é uma fase implícita no processo de recuperação.

As autoras prosseguiram a partir deste estudo com o objetivo de identificar os determinantes do estado de negação. Para tanto coletaram dados, através de entrevistas, durante os vinte e um meses seguintes ao estudo original, buscando os comportamentos característicos dos pacientes em estado de negação.

Vinte e quatro comportamentos indicadores de negação foram, inicialmente, identificados. Utilizando-se do método de análise qualitativo (Chenitz, 1986), estes comportamentos foram categorizados, resultando em quatro determinantes, quais sejam:

\_\_ Motivação externa para procurar tratamento, cuja principal característica era o fato dos pacientes não terem procurado, voluntariamente, o tratamento, mas, de alguma maneira, haviam sido coagidos a fazê-lo, sob pena de sofrerem alguma punição caso o tratamento não fosse concluído.

\_\_ Defesas cognitivas, caracterizadas pela racionalização que impede de reconhecer a conexão entre os problemas da vida e a bebida, a conduta de culpar os outros por seus problemas, a intenção de minimizar a extensão e os efeitos da bebida e a *necessidade* da bebida para enfrentar o estresse, entre outras.

\_\_ *Acting out*, este determinante mostrava um comportamento marcado por atitudes agressivas, defender um valor e praticar outro, repetição de comportamentos inapropriados, irresponsabilidade, comportamento destrutivo, linguagem inaceitável, conduta imatura e petulante e críticas com o intuito de ridicularizar

\_\_ Comportamento incongruente com a intenção, caracterizado pela incoerência entre sentimentos e o comportamento expresso. De acordo com a literatura, os alcoolistas em estado de negação têm dificuldade em expressar a emoção apropriada e, portanto, quando identificavam um sentimento, apresentavam comportamento não compatível com essa emoção.

Depois dos dados analisados as autoras revisaram os determinantes para averiguar a possibilidade de identificar outros conceitos, além do *estado de negação* em alcoolismo.

Concluíram que pacientes com outros diagnósticos (desordens afetivas, distúrbios de

personalidade e outros) poderiam apresentar alguns dos determinantes, sendo necessário, portanto, a presença de todos os quatro determinantes, em conjunção com os critérios do DSM-III, para indicar o estado de negação em alcoolismo.

Outra constatação foi que, embora nem todos os pacientes tivessem todos os comportamentos, estes demonstravam ao menos um que poderia ser incluído dentro de cada um dos quatro determinantes levantados.

As implicações para a prática, extraídas das reflexões e dos dados apresentados, começam pela própria concepção de negação que, segundo os autores, é um conceito socialmente imposto, cuja definição é baseada nos efeitos prejudiciais para o paciente e a sociedade e representa um enfrentamento ineficaz relacionado com uma deficiência ou relutância em reconhecer que o problema com o álcool existe.

Preocupadas com o manejo da negação, as autoras orientam que:

\_\_\_ Os determinantes da negação devem ser manejados de tal modo que promova a responsabilidade individual, usando para isso informações objetivas e reais.

\_\_\_ Para promover uma construção mais objetiva da realidade, os profissionais devem questionar a participação do paciente nas atitudes que ele atribui apenas aos outros.

\_\_\_ Estabelecendo como meta de tratamento a ascensão do paciente a um estágio de responsabilidade pessoal e de percepção mais objetiva e acurada da realidade, é possível a utilização positiva do confronto e do questionamento realizado pela equipe e outros pacientes de tal forma que estimula um comportamento responsável e maduro.

\_\_\_ A utilização de situações semelhantes agem como crítica encorajando o paciente a perceber, através do outro, a realidade de uma forma mais efetiva.

\_\_\_ A observação e a identificação dos determinantes do estado de negação podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias efetivas para ajudar o paciente a perceber, de forma mais acurada, as realidades objetivas.

### TRABALHO n° 30:

McKAY, James R., LONGABAUGH, Richard, BEATTIE, Martha C., MAISTO, Stephen, MAISTO A., NOEL, Nora E. The relationship of pretreatment family functioning to drinking behavior during follow-up by alcoholic patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, New York, V. 18, n. 4, p. 445-460, 1992.

Este estudo teve por objetivo verificar, a partir da percepção das pessoas alcoolistas, se o funcionamento familiar anterior ao tratamento do alcoolismo é preditivo de recidivas após o tratamento. Como hipótese, os autores consideraram que os mais altos níveis de disfunções familiares, antes do tratamento, são preditivos de resultados mais pobres, particularmente, para pessoas com baixa autonomia. Essa hipótese foi primeiramente testada com análises de regressão múltipla hierárquica.

Os critérios para definir a amostra incluíam ter participado de um estudo realizado sobre tratamento de alcoolismo para pacientes externos, ter diagnóstico de abuso ou dependência de álcool de acordo com o DSM-III, não apresentar evidência de dificuldade orgânica grave e ter no mínimo 18 anos. Os participantes preencheram o FAD (*Family Assesment Device*) e relataram alcoolismo anterior à admissão no tratamento. Entre os participantes a média de idade era de 38,3 anos, mais de 90% eram brancos, 82% completaram o 2º grau, 18% completaram o 3º grau, 64%

tinham emprego em tempo integral 67% eram casados ou vivendo maritalmente, 18% viviam com a mãe, 12% com o pai, 38% tinham crianças em casa, 28% tinham outras pessoas em casa (amigos, ou outros parentes). O tempo médio de alcoolismo era de 20 anos.

As medidas utilizadas foram:

\_\_ "The Family Assessment Device" (FAD): um questionário com 60 itens que avalia a saúde/patologia familiar através de: a) detecção da capacidade da família para resolver problemas; b) clareza e objetividade da comunicação e o quanto está corretamente voltada para a pessoa a quem se dirige; c) O grau em que os papéis são desempenhados e corretamente distribuídos entre os membros da família; d) avaliação da responsabilidade afetiva, isto é, se os membros da família vivenciam apropriadamente seus afetos e são capazes de dividi-los uns com os outros; e) envolvimento afetivo, ou seja, se os membros da família demonstram interesse nas atividades e interesses dos outros; f) controle de comportamento, isto é, o grau em que a família está apta a fazer o controle do comportamento através da expressão e manutenção dos padrões de comportamento de seus membros.

\_\_ "Assertion of Autonomy": pessoas com altos escores negam dependência ou apego (ligação) e afirmam uma preferência por estar só e por comportamento independente. Acreditam também que sua autoestima não depende da aprovação dos outros.

\_\_ Drinking Measures: usadas para reconstruir o histórico do alcoolismo durante o acompanhamento. Os relatos que forneciam essas informações eram solicitados na entrevista inicial e depois, mensalmente, por telefone, e semestralmente, em entrevistas pessoais com o alcoolista ou a acompanhante significativa. Duas medidas de alcoolismo foram usadas, "percentagem de dias de abstinência" e "*número de drinques nos dias de bebida*". A confiabilidade dos relatos foi determinada pela comparação de relatos das pessoas estudadas e dos acompanhantes.

Os resultados desse estudo mostraram que:

\_\_ O funcionamento familiar da amostra foi relativamente não saudável e as áreas mais prejudicadas foram comunicação, envolvimento afetivo e controle do comportamento. Das famílias examinadas, 60% obtiveram escores na faixa patológica dessas escalas. Esses resultados estão de acordo com outros estudos que identificaram níveis mais altos de disfunção em famílias de alcoolistas

\_\_ Os graus mais altos de disfunção familiar prognosticaram menos dias de abstinência em sujeitos de baixa autonomia (embora não significativa no segundo semestre do acompanhamento) e episódios mais sérios de alcoolismo durante o primeiro ano. Em homens com alta autonomia a disfunção familiar não foi relacionada com comportamento alcoolista subsequente.

\_\_ Níveis mais altos de disfunção familiar foram associados com maior número de drinques em dias de bebida, ao longo do acompanhamento.

\_\_ A disfunção familiar foi um forte determinante para resultados mais fracos para os homens do que para as mulheres.

\_\_ Entre os homens com baixa autonomia, a disfunção familiar foi preditiva de menos dias de abstinência ao longo do acompanhamento, enquanto que, entre os homens com alta autonomia, o funcionamento familiar não estava relacionado ao comportamento alcoolista. Esses resultados geraram apoio à hipótese deste estudo, mas relacionada, apenas, aos homens da amostra.

\_\_ Entre as mulheres com alta autonomia, a maior disfunção familiar prognosticou mais dias de abstinência durante o acompanhamento, enquanto que nas mulheres com baixa autonomia, o funcionamento familiar não estava relacionado com ambas as medidas de comportamento alcoolista.

Como conclusão, este estudo deixou o seguinte:

\_\_ O grau de autonomia pode ser uma variável útil no ajustamento paciente-tratamento com alcoolistas homens.

Intervenções familiares intensas podem ser particularmente benéficas para pacientes homens de baixa autonomia, com famílias disfuncionais, porém, para homens com alta autonomia não está suficientemente claro se a intervenção familiar é o tratamento de escolha, uma vez que, aparentemente, eles não são tão negativamente afetados por dificuldades percebidas dentro de suas famílias.

#### TRABALHO n° 31:

KOSTEN, Thomas R., ROUNSAVILLE, Bruce J., KOSTEN, Therese A., MERIKANGAS, Kathleen. Gender differences in the specificity of alcoholism transmission among the relatives of opioid addicts. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Baltimore, v. 179, n. 7, p. 392-400, 1991.

Os dados apresentados são derivados de um estudo realizado com dependentes de ópio e seus familiares. O objetivo principal deste estudo foi avaliar as taxas de desordens na família de adictos com duplo diagnóstico (dependência de ópio e álcool) e contrastar estas taxas com outras de pessoas não dependentes. Especificamente, neste *paper*, foram examinadas duas questões relacionadas com a associação familiar entre esses paciente. A primeira, se havia alguma especificidade na transmissão do uso de substâncias. A segunda, se existia diferenças relacionadas ao gênero, entre os usuários, nas taxas de alcoolismo e uso de drogas, entre seus parentes.

Para avaliar a especificidade, os autores investigaram se as taxas de alcoolismo nos parentes de primeiro grau, dos pacientes em estudo, são mais altas entre aqueles adictos que também são alcoolistas. Nesta especificidade, também buscaram identificar alguma diferença de gênero. E, por último, voltaram-se para os irmãos dos pacientes em estudo, para examinar as conclusões alcançadas sobre estas duas questões.

A população em estudo era constituída de 201 dependentes de ópio que haviam procurado tratamento no *Substance Abuse Treatment Unit of the Connecticut Mental Health Center* e seus 877 parentes em primeiro grau, dos quais 477 eram irmãos. Esses irmãos foram examinados através de quatro categorias: álcool somente, droga somente, nenhum e ambos. Dos 877 parentes adultos (maiores de 18 anos), 234 foram entrevistados diretamente, 264 não foram entrevistados, mas foram diagnosticados com informações da história da família, fornecida pelos pacientes em estudo e ao menos um informante adicional, e 379 não foram entrevistados, sendo que o diagnóstico baseou-se apenas no relato do paciente em estudo.

A coleta de dados durou dois anos e utilizou entrevistas diretas e história familiar como instrumento.

Como resultado desse estudo, os autores encontraram uma forte associação de alcoolismo parental com alcoolismo entre os adictos em ópio e seus irmãos, sugerindo alguma especificidade na transmissão do alcoolismo.

Foi identificado que, entre os 477 irmãos, aqueles com alcoolismo somente não têm pais com abuso de drogas, e aqueles pais com abuso de drogas não têm filhos com alcoolismo somente.

Uma interessante diferença emergiu entre homens e mulheres estudados e o alcoolismo em um membro da família. Taxas de alcoolismo parental foram mais altas nas mulheres alcoolistas do que nos homens estudados. As mulheres alcoolistas tinham taxas duas vezes mais alta de alcoolismo nos pais e sete vezes entre as mães, quando comparadas às mulheres não alcoolistas, sugerindo que uma maior carga é necessária para que a mulher se torne alcoolista.

Esta *carga*, acrescida nas mulheres, também foi encontrada entre os irmãos, enquanto por sua vez, os pais alcoolistas pareciam transmitir uma tendência não específica ao abuso de drogas ou álcool as suas filhas mulheres. Assim seria exigido uma dose maior de transmissão parental para que a mulher desenvolva o abuso de substâncias assim como também a transmissão do alcoolismo pode ser específica nos homens, mas não nas mulheres. •

A diferença por sexo, na especificidade e na *carga familiar*, nesta população, sugere a necessidade de estudos posteriores para avaliar o papel dos fatores genéticos e psicossociais nesta diferença, uma vez que as diferenças identificadas podem estar relacionadas ao tipo de amostra utilizada.

### TRABALHO n° 32:

VELLEMAN, Richard. Intergenerational effects \_\_ A review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. II: the intergenerational effects of family disharmony. *The International Journal of the Addictions*, Washington, v. 27, n. 4, p. 367-389, 1992.

Este trabalho é uma revisão de literatura sobre a transmissão intergeracional da desarmonia familiar sob a perspectiva ambiental. Este é o segundo artigo de uma série de duas partes, sendo que a primeira revisou a literatura sobre transmissão intergeracional de problemas de álcool e concluiu que um sério candidato como responsável pela transmissão do alcoolismo e outros problemas era a desarmonia parental ou familiar. A revisão geral, realizada neste segundo artigo, confirma a importância dessa idéia. Este artigo se deteve, portanto, no exame da literatura mais ampla, a desarmonia familiar, antes de retomar questões específicas relacionadas com a existência de um dos pais com problema de alcoolismo.

Ao longo desta revisão o autor discorreu sobre questões que envolvem os efeitos da desarmonia parental e familiar sobre a infância, a adolescência e o ajustamento adulto de filhos de famílias com desarmonia parental e familiar. •

O autor identificou que os pesquisadores interessados em examinar ligações entre gerações parecem muito contrários a examinar questões que poderiam não ser, diretamente, espelhadas através das gerações, ou seja, eles examinaram o divórcio parental em relação a dificuldades conjugais atuais, mas nenhum parece examinar problemas de abuso ou mau uso de álcool como uma série de problemas de longo prazo.

Como resultados encontrou que há considerável evidência que as crianças crescidas em lares em que há clima de discórdia estão sob maior risco de desenvolver problemas na infância, e que resultados particularmente prováveis para meninos são padrões anti-sociais e distúrbios de conduta. Os achados também sugerem que pessoas criadas em um clima de discórdia estão com alto risco de desenvolver uma variedade de problemas, quando chegam à idade adulta e os efeitos negativos de ter um dos pais com problemas de bebida são mediados via desarmonia familiar, sendo que, na ausência dessa desarmonia, a descendência não será afetada.

O autor considera que, em âmbito geral, três questões permanecem ainda para serem clarificadas em pesquisas posteriores, quais sejam:

\_\_ A natureza da discórdia vivenciada pela criança, isto é, entre quem ocorre a discórdia (entre os pais, pais/criança, entre toda a família, etc...); como a discórdia é demonstrada (violência,

discussão, falta de cooperação, falta de compartilhamento, etc...); sobre ao que a discórdia se refere (dinheiro, sexo, papéis, etc...) e a duração da discórdia. Possivelmente o mais importante é a questão *entre quem ocorre a discórdia*.

\_\_ A segunda questão que demanda clarificação é o mecanismo através do qual os problemas são passados através das gerações, isto é, serão genéticos, ou conflito interpessoal, ou modelagem, ou outros?

As principais conclusões, relacionadas tanto a este artigo quanto ao anterior desta série, são:

\_\_ Há considerável evidência que crianças crescidas em *lares em que um dos pais abusa do álcool* têm maior risco de desenvolver problemas e distúrbios de infância. Há alguns indícios de que essas crianças são, particularmente, passíveis de desenvolver problemas relacionados à conduta.

A crescente suscetibilidade de ajustamento problemático na idade adulta é uma evidência ainda equívoca, e parece depender da fonte da amostra. A possibilidade de que esses adultos estejam sob maior risco de desenvolver problemas alcoólicos pode ter sido exagerado.

As considerações a respeito do ajustamento da prole adulta de alcoolistas, em outras áreas que não o alcoolismo, é ainda extremamente esparsa, embora áreas promissoras para pesquisas posteriores pareçam ser a auto-estima, depressão e satisfação de vida, formação e estabilidade do relacionamento, comportamento anti-social, comportamento de uso de drogas que não o álcool.

\_\_ Há também considerável evidência de que as crianças que crescem em *lares em que há clima de discórdia* também estão sob maior risco de desenvolver problemas de infância do que as do grupo de comparação e, nesse caso, é clara a evidência de que o comportamento anti-social e desordens de conduta são resultados particularmente prováveis para meninos. A evidência sugerindo ajustamento adulto problemático não é tão equivocada e sugere que adultos que cresceram num clima de discórdia estão ainda sob alto risco de desenvolver uma variedade de problemas, quando atingem a idade adulta.

\_\_ Problemas parentais, relacionados tanto ao álcool quanto à discórdia, aumentam o risco de uma criança (especialmente o menino) desenvolver um distúrbio de conduta. Isto é importante porque sabemos que esses problemas têm um prognóstico pobre e também porque os problemas parentais relacionados ao álcool são muito passíveis de serem associados com discórdia. Nestes casos as crianças estão expostas a ambos os fatores de risco.

\_\_ Há uma indicação de que, dos dois fatores de risco \_\_ alcoolismo parental e discórdia parental \_\_ o último é o mais deletério, tanto para a criança em desenvolvimento, quanto para o adulto já desenvolvido.

\_\_ Não se sabe se ter um dos pais alcoolista ou ter um lar desarmonioso causam esses problemas nas crianças, nem como tal criação causa problemas posteriores, de longo prazo, em adultos. Tem sido sugerido que os efeitos danosos de ter um dos pais alcoolista estão relacionados ao grau de desarmonia familiar ou parental dentro desse lar, mas os trabalhos de tal relacionamento não são conhecidos. Uma variedade de possíveis mecanismos sugere que esses mecanismos podem atuar em combinação, mas as especificidades de tais combinações não são conhecidas.

\_\_ Há uma variedade de tendências dentro da pesquisa, encontradas em ambas as literaturas. Estas incluem problemas de terminologia mal definida, falta conceitual de clarificação e tendência de sexo. Essa última é particularmente problemática.

\_\_ *Desarmonia familiar* é um conceito imprecisamente definido. Usualmente é medido de modo global, enquanto pode ser visto incorporando, no mínimo, quatro aspectos separáveis, tais como, entre quem é a discórdia, como a discórdia é demonstrada, sobre o que é a discórdia e o tempo de sua duração. Essa é uma área que requer esclarecimento posterior.

\_\_ Muitas pesquisas têm sido frustradas pela predominância de um determinado sexo, nas

amostras examinadas: os meninos têm sido muito mais extensivamente estudados que as meninas, problemas de alcoolismo paternal têm sido muito mais frequentemente examinados do que o maternal, e os tipos de comportamento problemático examinados em adultos e crianças têm sido mais frequentemente aqueles mais passíveis de serem apresentados por homens do que por mulheres.

\_\_ Uma variedade de metodologias de pesquisa global tem sido descrita, oscilando desde um exame de amostras de crianças com problemas/crianças da comunidade geral, até o estudo prospectivo de amostras de crianças e adolescentes com problemas/crianças e adolescentes da comunidade com acompanhamento até a idade adulta e incluindo estudos retrospectivos de populações com problemas atualmente definidos e estudos retrospectivos e "*cross-sectional*", de populações da comunidade. Todos esses métodos têm mostrado que têm seus inconvenientes e uma conclusão final desta revisão é que o melhor sistema para a busca nessa área deve envolver uma integração de informações de todas essas perspectivas. Pesquisas futuras devem examinar consequências tanto na infância como na idade adulta; deve examinar consequências relacionadas tanto ao comportamento alcoolista (ou de uso de outras drogas) quanto a comportamento adulto de ajustamento; deve procurar desembaraçar a relação entre alcoolismo parental e desarmonia na família de origem; e deve clarificar mais a questão dos mecanismos causadores que podem explicar porque a desarmonia parental leva a resultados pobres de infância e vida adulta.

### TRABALHO n° 33

FRITZGERALD, Hiran E., SULLIVAN, Linda A., HAM, Haazen P., ZUCKER, Robert A., BRUCKEL, Stefan, SCHNEIDER, Andrew M., NOLL, Robert B. Predictors of behavior problems in three-year-old sons of alcoholics: early evidence for the onset of risk. *Child Development*, Chicago, v. 64, n. 1, p.110-123, 1993.

Este estudo investigou fatores precoces de risco, preditivos de problemas comportamentais em filhos de pais alcoolistas. O objetivo primário era isolar variáveis críticas que podem ser preditivas de problemas comportamentais em homens filhos de alcoolistas, através da infância e adolescência. Este estudo, realizado na Universidade de Michigan, investigou 90 famílias de alcoolistas com filhos de três anos de idade e comparou os resultados com outras 90 famílias, também com filhos da mesma idade, mas sem problemas de alcoolismo. Os dois grupos não diferiram em *status* sócio-econômico, educação, tempo de casamento, tamanho da família ou funcionamento cognitivo. Foram examinadas as relações entre a psicopatologia parental, o funcionamento cognitivo e o *status* sócio-econômico e como estes podem relacionar-se com problemas comportamentais, funcionamento cognitivo e impulsividade nestas crianças. Estavam sendo testadas duas hipóteses: a primeira, os níveis de problemas de conduta e impulsividade é maior em crianças FA, de 3 anos de idade, se comparados com crianças de mesma idade, filhas de não alcoolistas. Além disso, o pai alcoolista deveria ter altos níveis de dificuldades relacionadas ao álcool e comportamentos anti-sociais mais intensos do que os não alcoolistas; a segunda, que a depressão é maior entre famílias de alcoolistas.

Os resultados apontaram o seguinte:

\_\_ A primeira hipótese, que os filhos de alcoolistas teriam mais problemas do que os filhos de pais não alcoolistas não foi confirmada.

\_\_ Comportamento anti-social e a depressão foram significativamente mais altos nas famílias



alcoolistas.

\_\_\_ As crianças de alto risco foram mais impulsivas (menor capacidade para retardar as gratificações) do que as crianças do grupo de comparação, mas não houveram diferenças na idade desenvolvimental, no QI ou problemas comportamentais.

\_\_\_ Uma porcentagem mais alta de crianças de risco foram classificadas na categoria clínica extrema para problemas de comportamento do que as crianças do grupo de comparação.

\_\_\_ As variáveis relacionadas ao pai falharam como preditivas de problemas comportamentais das crianças, enquanto que as variáveis maternas foram mais fortemente preditivas de problemas comportamentais nos filhos de 3 anos.

Como conclusão, os autores consideram que os resultados são consistentes com a literatura sobre epidemiologia do alcoolismo.

#### TRABALHO n° 34:

JARMAS, Audre L., KASAK, Anne E. Young adult children of alcoholic fathers: depressive experiences, coping styles, and family systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington, v. 60, n. 2, p. 244-251, 1992.

A amostra, utilizada neste estudo, era constituída de 207 estudantes universitários, sendo que 84 eram adultos jovens, filhos de pai alcoolista e 123 filhos provenientes de lares não alcoolistas. Estes dois grupos apresentavam características demográficas similares e foram investigados com relação à percepção de seus familiares, experiências depressivas e estilos de enfrentamento. Como referencial teórico os autores integraram os *conceitos de experiências depressivas de Blatt* com aspectos de funcionamento de famílias de alcoolistas. Neste estudo, as seguintes hipóteses estavam sendo testadas:

1. O alcoolismo paterno está associado com um tipo específico de experiência depressiva. Jovens adultos, filhos de pais alcoolistas, mostraram um grau de depressão introjetiva maior do que a geração de filhos de não alcoólicos, mas não tem diferenças com relação à depressão anaclítica. (Por depressão introjetiva entende-se aquela que envolve sentimentos de culpa, inferioridade, inutilidade e o senso de ter falhado com relação às expectativas, e por depressão anaclítica aquela caracterizada por intenso medo de abandono, sentimentos de inutilidade e desamparo).

2. Alcoolismo paterno também está associado com o desenvolvimento de defesas específicas. Comparados com pessoas de lares não alcoólicos, os adultos filhos de alcoolistas (AFA) mostrarão maior confiança/dependência em defesas agressivas e *intropunitivas*.

3. Jovens adultos, filhos de pai alcoolista perceberão suas famílias de origem diferentemente de adultos jovens de famílias não alcoolistas. Famílias de alcoolistas serão descritas como mais conflitivas, menos comunicativas, mais isoladas, mais orientadas para realizações, com menor clareza em sua organização e menos consistentes.

Para examinar e identificar os grupos, vários testes foram utilizados. Para coletar e analisar os dados, os pesquisadores utilizaram oito medidas (questionários estruturados, escalas de avaliação, entre outros).

Os resultados deste estudo apontaram o seguinte:

\_\_\_ Os adultos jovens, filhos de pais alcoolistas, mostraram um grau maior de depressão introjetiva do que os filhos de lares não alcoólicos, mas eles não demonstraram aumento na depressão

anaclítica, comprovando, com isso, a primeira hipótese deste estudo.

— Os filhos de alcoolistas diferem dos filhos de não alcoolistas com relação à percepção que têm de suas famílias. Os AFA perceberam suas famílias como tendo mostrado maior inconsistência, mais baixa coesão, menor significação, mais conflitos, menor organização e comunicação pobre.

— Os AFA demonstraram confiar mais em defesas agressivas do que os filhos de não alcoolistas.

A partir dos resultados, os autores concluem que os jovens adultos, filhos de pais alcoolistas, manifestaram distintas e identificáveis características emocionais e sugerem, por outro lado, que o *Modelo de Batt de Depressão* pode fornecer um contexto teórico útil para a compreensão de certos efeitos do alcoolismo parental.

### TRABALHO n° 35:

SCHUCKIT, Marc A., Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v. 151, n.2, p. 184-189, Feb, 1994.

Este artigo é parte de um estudo original que investiga atributos mensuráveis de pessoas que podem ser classificadas como de risco para desenvolver o alcoolismo. Este grupo original era constituído por estudantes e equipe não acadêmica de uma Universidade. Destes, 227 eram filhos de alcoolistas severos, com idade ao redor de 18 e 25 anos, bebedores, mas não dependentes de álcool, que apresentavam semelhanças com relação às características demográficas, uso de drogas e história de bebida. Os outros 227 do grupo de comparação não tinham conhecimento sobre a existência de parentes alcoolistas, eram de mesma faixa etária e com características demográficas semelhantes.

A hipótese, inicialmente considerada, era que os baixos níveis de resposta para o álcool, na fase de adultos jovens, seria preditivo de alcoolismo uma década mais tarde. Os dados foram colhidos através de entrevistas pessoais, investigação da história (antecedentes), exame toxicológico da urina e determinação de níveis sanguíneos de álcool. Quarenta por cento (40%) dos homens de alto risco para alcoolismo e menos de 10% das pessoas do grupo de comparação demonstraram baixa intensidade de respostas para o desafio do álcool.

Este artigo relata os resultados de 10 anos de acompanhamento das primeiras 223 pessoas com história familiar positiva e negativa, originalmente testadas com o "*desafio ao álcool*". Estas 223 pessoas foram inicialmente testadas entre maio de 1979 e dezembro de 1983 e acompanhadas até janeiro de 1992.

Oito a doze anos mais tarde do início da investigação as pessoas foram contactadas por telefone e novamente examinadas e avaliadas. Os homens estavam com uma média de idade de 32,8 anos e 98% eram brancos. Este grupo estava constituído de 124 pessoas com história familiar positiva e 98 do grupo de comparação. Uma pessoa havia descoberto que era adotado e, neste caso, o *status* sócio-econômico não poderia ser determinado. Sessenta e sete por cento (67%) dos homens estavam casados e 95% haviam cursado a Universidade. Desde o teste original, virtualmente todos os sujeitos haviam tido alguma experiência com álcool e 70% haviam usado alguma droga ilícita, mais frequentemente a maconha (68%) ou a cocaína (41%).

Os dados revelaram uma forte relação entre respostas menos intensas ao desafio do álcool e o desenvolvimento de abuso ou dependência ao álcool mais tarde. Neste estudo, baixos níveis de respostas para o álcool, na idade dos 20 anos, estava associado com o quádruplo de probabilidade de futuro alcoolismo tanto nos filhos de alcoolistas, quanto no grupo de

comparação. Cinquenta e seis por cento (56%) dos filhos de alcoolistas com menor resposta ao álcool desenvolveram alcoolismo durante a década subsequente (comparados com 14% dos homens neste grupo, os quais tinham respostas altamente sensíveis). Por outro lado, nem a história familiar de alcoolismo, nem respostas para o álcool foram preditivas de qualquer outro diagnóstico psiquiátrico, ao longo da década subsequente e nenhum foi preditivo significativo de qualquer outra desordem ou uso de quaisquer substâncias.

Como conclusão, os autores consideram que numa sociedade em que a bebida é intensamente consumida, uma sensibilidade mais baixa para doses modestas de álcool está associada com um aumento significativo de risco para alcoolismo futuro, possivelmente é através do aumento de chances que as pessoas beberão mais pesadamente e mais frequentemente.

### **TRABALHO n° 36:**

GRAHAM, Antonette V., BEROLZHEIMER, Nathan, BURGE, Sandra. Alcohol abuse: a family disease. *Primary Care*, v. 20, n. 1, p. 121 - 130, March, 1993.

O objetivo desta publicação era apresentar a concepção dos autores a cerca da doença alcoolismo, de tal forma que pudesse ajudar os médicos que prestam cuidados primários a entender, reconhecer e tratar famílias de alcoolistas. As principais idéias abordadas neste artigo são:

\_\_ A família que vivencia o alcoolismo é vista como uma família doente.

\_\_ O uso/abuso do álcool é focalizado como um problema que extrapola o individual, atingindo a família como um todo e constituindo-se, portanto, numa fonte de estresse desencadeadora de problemas físicos e emocionais em outros membros da família.

\_\_ A predisposição ao uso/abuso de álcool pode ser transmitida através das gerações.

\_\_ A família pode ser vista como uma unidade tolerante que apóia ou mesmo encoraja o bebedor protegendo-o das consequências naturais da doença. "Enabling" é o termo usado para caracterizar esta postura protetora e encorajadora.

\_\_ Com relação à transmissão familiar do alcoolismo, os autores discorrem sobre os vários estudos que focalizam os aspectos genéticos, estudos com gêmeos, estudos com filhos adotados.

\_\_ Consideram que a presença de alcoolismo em um membro da família é um forte indicativo de fator de risco. As pesquisas realizadas e consideradas neste estudo direcionam a concepção de alcoolismo como uma doença heterogênea, determinada não só por fatores genéticos, mas também culturais. Alguns desses estudos levantam a questão da interação genético-ambiental na determinação do alcoolismo.

\_\_ Com relação ao ambiente familiar, o problema do alcoolismo em uma pessoa faz com que a interação familiar torne-se disfuncional, levando-a a conviver com uma legião de problemas que envolve dificuldades financeiras, problemas físicos e emocionais, discórdia matrimonial, abuso físico com a esposa e os filhos e mesmo incesto.

\_\_ O início insidioso, gradual e progressivo é uma característica confusa e assustadora para os familiares que percebem o comportamento, que uma vez fora considerado normal, transformar-se em disfuncional.

\_\_ O desenvolvimento de mecanismos de defesa e o isolamento social são recursos que normalmente os familiares usam para proteger, a si mesmos e ao dependente, da vergonha e da dor emocional que experimentam.

\_\_ A negação, a racionalização, a projeção e a minimalização são os mecanismos mais frequentemente vistos na prática clínica. Minimalização é entendida como um mecanismo usado para diminuir o impacto das ações da pessoa dependente.

\_\_ O isolamento social da família, associado ao caráter *sigiloso* de seu cotidiano, sustentam uma visão distorcida da realidade e facilita a aceitação de um padrão disfuncional como algo *normal*.

\_\_ Tem sido observado um aumento das taxas de violência física, verbal e de abuso sexual.

\_\_ Clinicamente as famílias de alcoolistas apresentam uma verdadeira constelação de papéis que incluem, em geral, o de alcoólico, o chefe "*enabler*", o herói da família, o bode expiatório, a criança perdida e o mascote da família. Esses papéis são elementos vitais na manutenção do equilíbrio familiar, viabilizando a sobrevivência de seus membros em um sistema disfuncional.

\_\_ Frequentemente os membros da família podem adotar regras e papéis que inadvertidamente podem encorajar (*enable*) a pessoa que faz uso/abuso de álcool a continuar com o problema de comportamento. Assim como os papéis, as famílias de alcoolistas, adotam regras que lhes permitem suportar um cotidiano habitualmente permeado de promessas não cumpridas. Estas regras incluem "*não falar*", "*não confiar*", "*não sentir*" e podem ser passadas de geração para geração.

\_\_ Com relação à transmissão do alcoolismo, os autores pontuam várias explicações possíveis:

a) que o alcoolismo promove um certo tipo de adaptação que reforça o comportamento bebedor ao ajudar a desviar a atenção de outros problemas que permeiam a vida familiar;

b) apesar da força potencialmente disruptiva, muitas famílias se mantêm juntas, às vezes conseguindo bloquear sua transmissão para outras gerações;

c) as famílias conseguem manter um equilíbrio dentro do seu próprio contexto, isto é, se mantêm juntas e numa forma de equilíbrio associado com o comportamento intoxicado; quando este comportamento apresentado pelo alcoolista rompe com as tradições da família, então as crianças são mais propensas a desenvolver esta doença ao longo da vida.

\_\_ A identificação correta do diagnóstico, tão cedo quanto possível, é um elemento chave para intervir na progressão da doença. Como recursos para esta identificação existem as "*red flag*" (sinais de alerta), a aplicação do CAGE adaptado à família e a obtenção da história familiar.

Os autores encerram o artigo, fazendo considerações sobre o tratamento e as estratégias que podem ser de utilidade para os médicos que se deparam com famílias de alcoolistas, em sua prática.

### TRABALHO n° 37:

WING, Donna Marie. A field study of couples recovering from alcoholism. *Issues in Mental Health Nursing*, v. 13, n.4 Oct-Dec., p. 333-348, 1992.

Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de apreender como os casais que vivenciam a questão do alcoolismo progredem através da recuperação e como eles alcançam suas metas conjuntamente. O modelo de "*Recovering Alcoholics' Behavior Stages and Goal Setting*" foi usado como referencial teórico. Este modelo, constituído de 4 fases, ilustra os comportamentos e as metas selecionadas em cada um destes estágios durante o processo de recuperação ou recaída. O estágio 1, caracterizado pela negação do problema de bebida, tem como meta aceitar a responsabilidade pelo seu beber e permanecer abstinente. O estágio 2 é o da dependência e a meta

é sustentar alguma coisa, como por exemplo, o emprego ou o relacionamento. O estágio 3 relaciona-se às mudanças comportamentais e tem como meta a busca do autocrescimento. O estágio 4 caracteriza-se pelo planejamento de vida, ocorre depois que o alcoolista tem pelo menos um mês de sobriedade e inclui como meta a carreira, a família e a educação.

Duas perguntas nortearam esta pesquisa: a primeira questiona-se as esposas de alcoolistas seguem um processo similar de estágios e metas de comportamento conforme o modelo ou se este deveria ser modificado para elas; a segunda investiga como os efeitos interativos dos estágios e das metas do alcoolista e do cônjuge influenciam na recuperação.

O trabalho de campo foi a metodologia utilizada nesse estudo. Para coletar os dados, o pesquisador utilizou-se de múltiplas técnicas como a observação direta, a observação participante, entrevistas fechadas e revisão de literatura.

A população estudada era constituída de 28 casais em processo de recuperação do alcoolismo, todos eram heterossexuais e, de acordo com os critérios, mantinham um relacionamento íntimo, coabitando no mínimo há seis meses. Destes casais, 20 homens e 8 mulheres eram alcoolistas.

Como resultado desta pesquisa, a autora desenvolveu o "*Model of Alcoholic Spouses' Behavior Stages and Goal Setting*", o qual foi minuciosamente descrito em seu relatório. Este modelo foi construído a partir das respostas dadas às questões norteadoras. Referindo-se à primeira questão, os dados acusaram que as esposas seguem os estágios do modelo comportamental, porém, as metas específicas por estágios, variaram ligeiramente. O estágio 1, caracterizado pela negação, manifesta-se através da recusa em participar do tratamento, ou quando o relacionamento termina, envolver-se, então, com outro alcoolista. Este estágio tem como meta aceitar que a pessoa significativa é um alcoolista. No estágio 2, o da dependência, é caracterizado pela baixa auto-estima, falta de autoidentificação e organização da vida ao redor do alcoolista. Esta dependência pode levar ao extremo de abdicar das próprias necessidades. Este comportamento pode ser um indicador de codependência e sua meta é aprender como tratar o alcoolista e controlar a recuperação. No estágio 3, mudanças de comportamento foram similares e teve como meta aprender sobre os comportamentos necessários para atingir a maturidade emocional, tais como a auto-estima positiva e o aprendizado de como desprender-se do alcoolista. No estágio 4, as metas eram integrar mudanças de comportamento com planos familiares, profissionais e educacionais.

A segunda questão de pesquisa, isto é, como o efeito interativo dos estágios e das metas afetam a recuperação foi respondida através da combinação entre o tipo de relacionamento encontrado em cada um dos estágio e suas metas correspondentes, de tal forma que a negação gerou um relacionamento baseado na negação, a dependência promoveu um relacionamento dependente, a mudança de comportamento determinou um relacionamento baseado em mudanças de comportamento, a negação associada à dependência gerou um tipo de relacionamento marcado pela negação-dependência, a negação associada com mudança de comportamento gerou relacionamento marcado por essas características e o dependente associado com mudança de comportamento gerou relacionamento dependente-mudança. O estágio 4 foi excluído porque não foi observado nos participantes, pois o planejamento da vida começou a acontecer depois que a sobriedade aconteceu.

Ao encerrar o artigo, a autora faz referências às implicações desta pesquisa para o planejamento dos cuidados de enfermagem, determinando quando intervir individualmente ou conjuntamente e identificando indicadores de recaída.

**TRABALHO n° 38:**

McKAY, James R., LONGABAUGH, Richard, BEATTIE, Martha C., MAISTO, Stephen A., NOEL, Nora E. Changes in family functioning during treatment and drinking outcomes for high and low autonomy alcoholics. *Addictive Behaviors*, v.18, n. 3, p. 355-363, 1993.

Neste estudo, os autores procuraram expandir os resultados já obtidos em estudo anterior e voltam-se para examinar a percepção dos alcoolistas com relação às mudanças no funcionamento familiar e o papel destas na determinação do comportamento relacionado à bebida.

A hipótese investigada considerava que baixos níveis de autonomia e percepção do alcoolista com relação à melhora no funcionamento familiar são preditivas de menor ingestão de bebida durante o acompanhamento subsequente.

O total de pacientes selecionados para este estudo era de 78, sendo 59 homens e 19 mulheres, com uma média de idade de 39,1 anos, 95% eram brancos, 83% tinham o segundo grau completo, 21 % cursaram a Universidade e 72% tinham emprego de tempo integral. Dentre eles, 65% dos pacientes eram casados ou viviam com companheira, 17% viviam com as mães, 12% viviam com seu pai, 44% responderam ter filhos em casa, 26% informaram que outras pessoas viviam em sua casa e o tempo médio de bebida era de 9,7 anos.

Os pacientes foram avaliados com relação à quantidade de bebida ingerida e responderam a questionários avaliando a função familiar no aspecto psicológico além de completarem o "*measures of drinking*". Estes pacientes foram submetidos a um tratamento constituído, no máximo, de 20 sessões ambulatoriais semanais. Seis meses depois foram novamente avaliados com relação aos mesmos itens. Pacientes e familiares foram entrevistados mensalmente e investigados com relação à ingestão de bebida no período de acompanhamento subsequente, que durou seis meses.

Os resultados deste estudo mostraram que, para os alcoolistas com baixa autonomia, a percepção de melhora no funcionamento familiar foi preditivo de melhores resultados com relação à bebida, enquanto que naqueles casos de alta autonomia, as mudanças no funcionamento familiar não estavam relacionadas ao comportamento com relação à bebida.

As áreas do funcionamento familiar nas quais as mudanças foram preditivos significativos de voltar a beber dizem respeito, primariamente, à qualidade das interações entre os membros da família.

Sexo, comorbidade psiquiátrica e o tipo de tratamento realizado não moderaram o relacionamento entre mudanças no funcionamento familiar e os resultados da bebida.