

Resposta da pessoa doente alcoólatra frente à sua doença: perspectivas de pacientes e familiares

Joaquín Salvador Lima-Rodríguez¹

María Dolores Guerra-Martín¹

Isabel Domínguez-Sánchez²

Marta Lima-Serrano³

Objetivos: conhecer as perspectivas de pessoas doentes alcoólatras e familiares sobre as características do comportamento da doença, identificando as dificuldades para modificar o comportamento aditivo e motivar a recuperação. Método: pesquisa etnográfica baseada na antropologia interpretativa, mediante observação participante e entrevista em profundidade com as pessoas doentes alcoólatras e seus familiares, membros dos Alcoólicos Anônimos e Al-anon, na Espanha. Resultados: o desenvolvimento do comportamento da doença no alcoolismo é complexo, dadas as dificuldades para interpretar o modelo de consumo como sinal de doença. Usualmente, as pessoas doentes permanecem por longos períodos de tempo na etapa de pré-contemplação, atrasando a demanda de assistência, a qual costuma chegar sem a aceitação da doença pela própria pessoa doente. Isso dificulta a recuperação e relaciona-se à consideração social do alcoolismo e à auto estigma em alcoólatras e familiares, levando-os a negar a doença, a condição de doente e a ajuda. O trabalho dos grupos de ajuda mútua e a implicação dos profissionais da saúde são fundamentais para sua recuperação. Conclusão: conhecer o desenvolvimento do comportamento da doença e o processo de mudança do comportamento aditivo pode ser útil para as pessoas doentes, familiares, e profissionais da saúde, permitindo-lhes atuar de forma específica em cada etapa.

Descritores: Consumo de Bebidas Alcoólicas; Papel do Doente; Comportamento Aditivo; Grupos de Autoajuda.

¹ PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, Espanha.

² Enfermeira, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, Espanha.

³ PhD, Professor Assistente, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, Espanha.

Correspondência:

María Dolores Guerra-Martín
Universidad de Sevilla. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Departamento de Enfermería
C/ Avenzoar nº 6
CP: 41009, Sevilla, España
E-mail: guema@us.es

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

O alcoolismo constitui-se em um problema de saúde pública em nível mundial, estimando-se que afeta 10% da população, produzindo 2,5 milhões de mortes anuais. A Europa, com 23 milhões de alcoólatras, é a região com maior consumo de álcool, com 195.000 mortes anuais⁽¹⁻³⁾. O álcool constitui-se na substância aditiva com mais consequências negativas, em termos de proporção de casos e mortalidade e na mais frequentemente relacionada com violências, tanto em homicídios como em mortes por acidentes automobilísticos⁽³⁻⁵⁾.

Apesar disso, o álcool faz parte da vida social e cultural e dos estilos de vida em países ocidentais, onde existe uma excessiva permissividade para seu consumo^(2,5). Socialmente, aceita-se aquele que bebe moderadamente e exclui-se aquele que bebe descontroladamente, considerando que as pessoas podem fazer uso adequado e normal, sem levar em consideração que o álcool pode anular sua vontade e levar progressivamente ao alcoolismo. Assim, deposita-se a responsabilidade do alcoolismo na pessoa que tem essa doença, ao invés de depositá-la sobre os efeitos do álcool, e exclui-se e marginaliza-se a pessoa doente incapaz de controlá-la⁽⁶⁻⁷⁾. Portanto, estamos diante de uma doença que afeta em nível somático, psicológico e social, carregada de forte desaprovção social, o que influencia no modo que a pessoa desenvolve o comportamento da doença e sua difícil abordagem terapêutica⁽⁸⁻¹⁰⁾.

O termo "comportamento da doença" refere-se à disposição estável da pessoa em responder de forma determinada diante da doença, como resultado da interação entre variáveis pessoais e sociais. Desenvolve-se seguindo as seguintes etapas: (1) inicial, na qual percebem-se e interpretam-se os sintomas, (2) aceitação do papel de pessoa doente após interpretar os sintomas como doença, (3) busca de assistência para resolver o problema, (4) aceitação do papel de paciente aceitando as recomendações, e (5) recuperação ou aceitação da doença em caso de cronicidade⁽¹¹⁻¹²⁾.

A partir de outro enfoque, é possível identificar os níveis de predisposição de uma pessoa a modificar seu comportamento aditivo⁽¹³⁾. O Modelo Transteórico de Prochaska considera a mudança de comportamento como um processo que desenvolve-se em cinco etapas: 1) Pré-contemplação, em que a pessoa não tenta atuar em um período imediato, 2) Contemplação, em que a pessoa tenta mudar nos próximos seis meses, 3) Preparo, quando a pessoa está disposta a realizar

ações em menos de um mês, 4) Ação, quando foram realizadas mudanças durante os últimos seis meses, 5) Manutenção, quando a pessoa confia nas mudanças e tem menor probabilidade de voltar ao comportamento não desejado⁽¹⁴⁾.

É necessário levar em consideração que múltiplos fatores influenciam o desenvolvimento deste comportamento, destacando-se as crenças, expectativas e opiniões sobre a doença do grupo ao qual pertence, pois, a vivência total da enfermidade é moldada pela sociedade e pela cultura⁽¹⁰⁾. Isso tem um resultado importante especialmente nas doenças socialmente estigmatizadas^(2,6), como no caso do alcoolismo, podendo dar lugar à autoestigma na pessoa doente na família, levando-os a reduzir sua autoconfiança e autoestima, ao isolamento social, falta de interesses em adquirir conhecimentos sobre a doença e diminuição da esperança na recuperação⁽¹⁵⁾. É habitual que tenham dificuldades para identificar-se como pessoas doentes e solicitar assistência terapêutica.

As enfermeiras são o grupo profissional com maior participação no cuidado de pacientes com adição a substâncias como o álcool, e sua posição permite-lhes ajudá-los^(7,16) a adotar de forma imediata o papel de pessoa doente, ajudando-os a passar da pré-contemplação às etapas seguintes no processo de mudança de comportamento. Para isso, é fundamental a compreensão do comportamento da doença a partir do ponto de vista do paciente e da família, pelas conotações psicossociais que essa doença tem. Com base no exposto, e dado o escasso número de estudos localizados sobre este tema, para acrescentar ao corpo de conhecimentos disciplinar de enfermagem e poder melhorar a atenção a estes pacientes, nos propomos a conhecer as perspectivas das pessoas doentes alcoólatras e de seus familiares, sobre o desenvolvimento do comportamento da doença e identificar as principais dificuldades que encontram para modificar o comportamento aditivo e realizar a recuperação.

Métodos

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, seguindo o guia COREQ para a descrição da metodologia⁽¹⁷⁾. A população de estudo foram as pessoas doentes alcoólatras e seus familiares dos grupos das associações de Alcoólicos Anônimos (AA) e Al-anon da província de Sevilha (Espanha), localizados nos cenários onde acontecem os processos de recuperação⁽¹⁸⁾. A seleção foi realizada por amostra de conveniência, buscando casos

de pessoas doentes alcoólatras que se encontrassem na última etapa do comportamento da doença e do processo de mudança do comportamento aditivo, contando também com seus familiares. Portanto, foram incluídas pessoas doentes em recuperação e seus familiares. Para interpretar os significados do consumo de álcool, do desenvolvimento do comportamento da doença e do processo de mudança do comportamento aditivo, foi utilizado o método etnográfico, o qual permite entender aspectos sociais e culturais de grupos que compartilham características, descobrindo os significados das práticas, as motivações e as concepções, integrando-as no contexto cultural, a partir da antropologia interpretativa baseada no paradigma hermenêutico⁽¹⁷⁾.

O estudo enquadra-se em uma linha de investigação na qual se pretendia descrever a gestão da enfermidade, no contexto dos grupos de ajuda mútua. Previamente, a equipe de pesquisadores entrou em contato com os responsáveis pelos grupos de AA e Al-anon participantes, aos quais foram explicados os objetivos do estudo e as razões do mesmo.

As técnicas de coleta de dados incluíam a observação participante e entrevistas em profundidade. Foram elaborados roteiros para ambos os tipos de técnicas, em consonância com os objetivos do estudo, de acordo com consenso dos membros da equipe de pesquisa. Como entrevistadores, participaram dois membros da equipe de pesquisa, homem e mulher, com formação antropológica e títulos de Doutor e de Mestre, respectivamente.

A observação foi realizada mediante participação em cinquenta reuniões fechadas e abertas nos espaços onde acontecem o programa de recuperação dos grupos de AA e Al-anon e finalizado no ano 2013. Compareciam um número de 40 pessoas, 25 pessoas doentes alcoólatras e 15 familiares. Do AA, 80% das pessoas que participavam eram homens, a idade variava entre 25 e 65 anos, sendo o grupo mais numeroso aquele entre 40 e 60 anos de idade. Do Al-Anon, 90% mulheres, idade entre 30 e 65 anos e o grupo mais numeroso foi aquele entre 35 e 50 anos de idade. Realizaram-se cinco entrevistas presenciais com três pessoas doentes (homens de 43, 61 e 67 anos de idade) e dois familiares (mulheres de 38 e 50 anos de idade), no domicílio e no centro de trabalho dos pesquisadores. As entrevistas tiveram ente 90 a 12 minutos de duração e foram gravadas e transcritas literalmente. As observações e entrevistas foram realizadas com ausência de outros atores não envolvidos na pesquisa. A finalização da coleta de dados foi determinada pelo critério de saturação de

informações, na medida em que a informação coletada se repetia, não surgindo conhecimento novo e relevante. Finalmente, as entrevistas e os resultados do estudo foram apresentados aos participantes para obtenção de comentários ou correções.

Na análise dos dados, participaram dois membros da equipe de pesquisa. Foram realizadas após leitura exhaustiva das transcrições das entrevistas, as notas de campos coletadas a partir das observações, e dos depoimentos oferecidos durante a participação nas reuniões. Sabendo-se que o comportamento da doença é o resultado da interação entre variáveis pessoais e sociais, para a codificação dos dados foram considerados como temas principais as etapas de tal comportamento, considerando-se também o processo de mudança do comportamento aditivo de acordo com o Modelo Transteórico de Prochaska, e outros fatores socioculturais que influenciam na vivência da doença. Foram estabelecidos núcleos ou unidades de significação, nos quais buscavam-se as semelhanças e diferenças oferecidas pelos participantes, seguindo os termos da interpretação hermenêutica⁽¹⁷⁾. A apresentação dos resultados é realizada com base nos depoimentos (D) coletados nas reuniões e daqueles manifestados nas entrevistas (E).

Foi solicitado consentimento informado aos responsáveis de ambas as associações e aos participantes, sendo garantido o anonimato, confidencialidade e a proteção dos dados. O estudo foi autorizado pelo Comitê Ético de Pesquisa da Universidade de Sevilha (Espanha).

Resultados

Etapa inicial ou de percepção e interpretação dos sinais de doença

As pessoas alcoólatras participantes na pesquisa acostumavam iniciar o consumo do álcool em idades muito jovens, contribuindo para isso o fato de haver convivido com outras pessoas que bebiam, ou em um ambiente no qual o consumo era bem aceito. Em muitos casos, nota-se que as esposas de alcoólatras haviam vivido experiências similares: *Eu trabalhava desde pequeno "rodeado" de homens mais velhos e na hora de almoçar, enchiam um copo com vinho e eu bebia...* (D1). *Meu pai era alcoólatra e quando me casei, aconteceu que meu marido também é alcoólatra, e por sua vez, o pai dele também é alcoólatra* (E4).

Durante os primeiros anos, o consumo de álcool dessas pessoas fazia parte da diversão, do tempo ocioso, das relações sociais, ajudando-os a vencer certos

problemas de personalidade, insegurança, timidez ou melhorar suas relações com amigos, pessoas do outro sexo, etc..., o que levava-os a encontrar benefícios no consumo. *O álcool era como um remédio que me ajudava a resolver meus problemas de personalidade, minha timidez, minha vergonha, meus medos (D2). A princípio, tomava uma "tacinha" e soltava a língua, falava, contava piadas, era muito mais divertido, e para mim isso era muito bom, eu gostava (E4).* Este modelo de consumo, apesar de tornar-se excessivo em algumas ocasiões, costumava ser considerado normal pelo consumidor e sua própria família: *Meu marido bebia nos fins de semana e em algumas ocasiões perdia os documentos. Mas, como eu também sempre tinha visto muita gente assim, pois pensava que era o normal (E5).*

Nesta primeira etapa, pré-contemplativa, os futuros alcoólatras consideravam-se bebedores sociais, capazes de controlar, o que os impedia de perceber ou interpretar seu modelo de consumo de álcool como sinal ou sintoma de doença, apesar de a maioria afirmar que reconhecem desde o início, que sua forma de consumir era diferente da de outras pessoas: *Eu me lembro de que enquanto os jovens bebiam de boa dois "goles", eu bebia a taça inteira. Me dava conta de que bebia mais e bebidas mais fortes (E1).* Desta maneira, o consumo ia aumentando progressivamente, levando-os à perda do controle sobre o consumo, até ultrapassar o que denominavam "linha invisível", que separa o bebedor social, capaz de controlar, do bebedor incapaz de fazê-lo. Passar essa linha significava perder a possibilidade de retornar a um consumo controlado e caminhar para o desenvolvimento progressivo da enfermidade: *Essa linha invisível é como se você usasse uma escada para passar um muro muito alto e, quando tivesse passado, vê que do outro lado, não há escada e já não pode voltar atrás (D3).*

Perdida a capacidade de controlar o consumo, começa a negação. Essa negação era produzida também nas famílias que ocultavam a existência do problema e da pessoa doente: *Sabiam que bebia, mas acreditavam que não bebia tanto, porque minha mulher também escondia o assunto (E1).* Com frequência, essas pessoas normalizavam o consumo excessivo de álcool e desconheciam a existência da doença: *Desde que era muito pequena, sempre rodeada de pessoas que bebiam muito álcool, meu pai, inclusive meu avô. Eu, na realidade não sabia que meu pai era alcoólatra até que comecei a frequentar os grupos de Al-anon (E4).*

O aumento progressivo do consumo levava o alcoólatra a colocar o álcool antes de outras responsabilidades familiares, laborais, sociais, e era acompanhado por uma série de problemas que afetavam as esferas de sua vida e de sua família: *Esta doença é*

como uma poça d'água, que quando é pisada, espirra em todos que a rodeiam (D4). Aumentava seu alcoolismo e eu ia piorando cada vez mais no que se refere a meu comportamento e acabava descontando nas crianças, sempre as repreendendo (E5).

A falta de desempenho dos papéis conjugal ou parental, por parte do alcoólatra, ia afetando cada vez mais o conjunto da unidade familiar: *As relações sexuais eram um sacrifício. Sabe Deus, que eram um sacrifício, porque o cheiro que saiu de uma pessoa que tem este problema é indescritível (E4). Quando eu chegava em casa, meus filhos se escondiam, saiam de perto (D5). Já não é meu marido, nem o pai dos meus filhos, já não atua como tal (D6).*

Os problemas com a justiça, as infrações de trânsito, por dirigir bêbados, os acidentes com lesões de terceiros, que às vezes levam à prisão, os problemas laborais e os problemas de saúde derivados do consumo são habituais nesta etapa da doença: *Tive um acidente enorme que é quando me colocaram por dois anos na prisão e sem trabalho e continuei bebendo e mais que isso (E1). Te afeta o fígado, o pâncreas, os tremores, os suores, os pesadelos. Precisava de comprimidos para dormir (E3).*

No entanto, era frequente que as pessoas doentes participantes não relacionassem estes problemas com o consumo de álcool, mas responsabilizavam por isso sua família, chefes, amigos, etc..., com os quais iam rompendo relações, provocando uma situação de isolamento. Além disso, costumavam utilizar estes problemas como justificativa para continuar bebendo: *A culpa de eu beber era dos outros. Se chegasse em casa e minha mulher se irritasse porque era tarde, então voltava ao bar e continuava bebendo (E3). E no final você fica sozinho, seus amigos, sua família, todos te abandonam (D7).*

Nesta fase, a família costumava tomar consciência da existência do problema, tentando fazer com que a pessoa doente também tivesse a tomada de consciência, pressionando-a para deixar de consumir ou diminuir o consumo. No entanto, era frequente que a pessoa doente continuasse negando-o: *Você quer fazer com que essa pessoa perceba e essa pessoa não percebe e te fala que não, que você é quem está louca, que isso não é assim, que o que tomou foram somente duas cervejas e que não (E5).* Também algumas pessoas doentes que solicitavam assistência ou ingressava, em um centro de recuperação contra sua vontade e por pressões familiares, uma vez que se diminuía as pressões, voltava a consumir: *Me internaram no centro de recuperação à força, e a primeira coisa que fiz quando saí dali foi me dar uma "celebração" (D9).*

As pressões familiares podem levar o alcoólatra a realizar tentativas para abandonar o consumo, geralmente por sua conta e sem solicitar ajuda para isso,

chegando, em ocasiões, a permanecer algum tempo sem consumir, até que finalmente voltasse a ter recaída: *Quando estava sóbrio, dizia que já não beberia mais e que ia deixar de beber, e, no máximo, ficava três meses sem beber, mas três meses amargurado e perdido* (E4). *Eu tentei muitas vezes. Deixava de beber e depois de algum tempo, começava de novo com a cerveja sem álcool e, quando já estava confiante, tomava com álcool e em pouco tempo já estava "viciado"* (D8). Estes depoimentos coletados ajudaram a entender que se encontravam entre duas forças divergentes, por um lado a vantagem derivada do consumo como ajuda para fugir de seus problemas ou evitar os sintomas associados à abstinência, e por outro, as consequências negativas (entre as quais destacavam, junto aos problemas já apontados, o sofrimento espiritual característico desta etapa). *Com o álcool me sentia eufórico, me esquecia dos problemas com o trabalho, a família, era como uma fuga* (D10). *Me levantava da cama e tudo rodava, as mãos tremiam, umas fadigas horrorosas, e quando tomava duas taças me sentia com um bom corpo* (D11). *É o sofrimento, depois de uma bebedeira, e a comisseração, e o arrependimento, mas você se sente tão mal que em seguida voltava a beber* (D12).

Tomar consciência da doença

Pontualmente, depois de uma bebedeira, uma forte ressaca, ou um acidente, apareciam sentimentos de autculpa e arrependimento, que os fazia tomar uma leve consciência de sua situação, e elaborar o desejo de abandonar o consumo, podendo chegar à fase de contemplação e preparo, dependendo do caso: *É uma doença da alma, que te enche de sofrimento. Quando tinha consciência do que havia feito, sentia dor e remorso e jurava que não ia beber mais* (E3). *Quer deixar de beber, mas não pode porque o álcool te fez seu escravo* (D13). Em muitos casos, a pessoa alcoólatra acabava "chegando no fundo" e aceitar que seu modelo de consumo era a fonte de seus problemas. *Você aceita quando já tudo parece igual, quando já não te resta nada a perder, quando ao final "chega ao fundo do poço"* (D14). Para os participantes, chegar ao fundo estava relacionado a deixar de perceber o álcool como aliado, para vê-lo como causa de seus problemas, deixar de encontrar sentido para uma vida ingovernável pela doença e os problemas que o ocasionam: *E você já se dá conta que não, que na sua casa não é ninguém, que não tem controle de "nada", não sabe "nada", te dá vergonha chegar a casa* (D15). *Aquela noite quando voltei bêbado para casa, minha mulher tinha mudado a fechadura e fiquei três dias dormindo na van. Estive a ponto de perder a minha família, então, pedi ajuda* (D16). Desta

maneira, a pessoa doente vai adentrando a etapa de preparo dentro do processo de mudança, que a levou à busca de assistência.

A busca por assistência

Em muitos casos, as pessoas alcoólatras buscavam ajuda sem ao menos considerar-se doentes. *Eu dizia: O alcoólatra é o pobrezinho que está vivendo debaixo de uma ponte, que tem as mãos tremendo, que tem vômitos e calafrios pelas manhas, em mim, isso, não havia acontecido* (E2). Assim, em muitos casos, não planejava deixar de consumir álcool, somente queriam aprender a controlar o consumo: *Eu não vim ao A.A. para deixar a bebida, mas para aprender a beber. Porque eu não era alcoólatra, alcoólatra era aquele que estava com a embalagem na mão, ou jogado na rua bebendo* (D17).

Aceitação do papel de paciente

As pessoas que participavam pela primeira vez das reuniões de AA levavam um tempo para considerarem-se doentes. O processo de aceitação deste papel começava com uma mudança na imagem que tinham do alcoólatra: *Eu pensava, enquanto ia para a primeira reunião, ali me encontro com um montão de bêbados bebendo e dizendo bobagens* (D18). A mudança era produzida ao observar nas reuniões, numerosas pessoas doentes alcoólatras, cuja imagem se distanciava daquela que eles tinham da pessoa doente alcoólatra: *Eu vi pessoas que sorriam, que estavam alegres, enquanto eu já estava há muito tempo sem sorrir* (D19). Após mudar sua imagem pré-concebida, para a de pessoa normal que sofre de uma doença, fica facilitado o início de um processo de identificação com aqueles iguais, que participavam da reunião e que, em seus depoimentos, narravam experiências e problemas similares aos que eles tinham: *Você chega a um lugar com muitos problemas, como emocional, sentimental, um transtorno, tremia todo o meu corpo. Pessoas que não te conheciam, que nunca tinham te visto em sua vida, e parecia que me conheciam desde sempre* (E1). *Quando eu fui às primeiras reuniões, pensei que alguém havia contado minha vida aos que estavam ali, porque eu me vi refletido em tudo o que eles contaram* (D20). Igualmente, nas reuniões eram feitas referências ao alcoolismo como doença crônica: *O alcoolismo é uma doença crônica, progressiva e mortal, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde* (D21).

As pessoas que compareciam costumavam descrever como estavam no momento em que o chegara pela primeira vez no AA, refletindo um estado similar

ao da pessoa recém-chegada, e também mostravam as mudanças em suas vidas com a recuperação, transmitindo ao recém-chegado que havia solução para seus problemas, ajudando-o a ver o alcoolismo como enfermidade que tem recuperação.

Etapa de recuperação

Conforme a última etapa do comportamento da doença essa é precedida da aceitação do papel de paciente. Observa-se que a primeira medida na recuperação era o abandono total do consumo: *Para mim, duas garrafas de whisky não fazem mal, o que me faz mal é a primeira taça, porque não posso parar, porque uma pequena dose de álcool no organismo ativa imediatamente o processo da doença e entra em funcionamento. É como um trem, que arranca a máquina e vai levando todos os vagões adiante* (E2). O processo de recuperação dos participantes tinha como objetivo desenvolver um regime de vida em abstinência e evitar as recaídas: *Para se recuperar do alcoolismo, é necessário deixar de beber e mudar atos e atitudes* (D22). *É um programa de vida, não para deixar de beber, isso está claro. Mas para manter-se, você precisa uma reeducação da vida, que é do que se trata* (E1). Nesta etapa, é fundamental o trabalho dos grupos de ajuda mútua para manter a pessoa doente alcoólatra nas etapas de ação e manutenção do comportamento de saúde que substituiu o comportamento aditivo.

Discussão

Observou-se que o perfil dos membros que comparecem às reuniões do grupo de AA estudado é similar ao de outros grupos espanhóis⁽¹⁹⁾.

Sabendo-se que no comportamento da doença intervêm fatores pessoais e sociais, a combinação do enfoque teórico que proporciona o Modelo Transteórico de motivação da mudança de Prockaska com o método etnográfico permite captar a influência destes fatores sobre o desenvolvimento de tal conduta. De fato, observou-se que a pessoa doente alcoólatra pode apresentar alguma motivação para a mudança, como o reconhecimento de um padrão de consumo diferente e superior ao da maioria das pessoas à sua volta. No entanto, são encontradas numerosas barreiras para modificar seu modelo de consumo, destacando-se as vantagens associadas ao modelo, em termos de diversão, lazer, melhoria nas relações sociais⁽²⁰⁾, e a negação do problema, desde a crença de que este modelo de consumo não é problemático e são capazes de controlá-lo. Essas barreiras dificultam a identificação

da doença⁽²¹⁾ e o avanço para as seguintes etapas do comportamento da doença e da motivação para a mudança⁽¹³⁻¹⁴⁾, mantendo-se com frequência na fase pré-contemplativa.

Como dizíamos, um tema nuclear no comportamento da doença da pessoa doente alcoólatra e seus familiares é a negação do problema. Esta negação poderia estar intimamente relacionada ao estigma social associado ao alcoolismo, que os leva a ocultar sua situação para evitar a vergonha, a marginalização, e a exclusão social^(2,6,15). As consequências refletem-se na dificuldade para demandar informação e ajuda, chegando inclusive a excluí-la quando lhe é oferecida, pois é contraditório negar a existência de um problema e, ao mesmo tempo, buscar ajuda para resolvê-lo. Logo, percebe-se a importância de uma abordagem social do alcoolismo que elimine o estigma sobre as pessoas doentes e seus familiares⁽¹⁸⁾.

Há uma "linha invisível" que separa aquele que bebe socialmente da pessoa doente alcoólatra que está relacionada à capacidade de controlar o consumo. É a diferença entre poder dizer não quero beber mais, e continuar bebendo de forma compulsiva, até perder a conta⁽²⁰⁾. O consumo compulsivo e a perda de controle são características fundamentais dessa doença, pois tomar uma só taça ativa tal modelo de consumo. Assim, são recomendados programas de abstinência para a recuperação dessas pessoas doentes frente aos programas de consumo controlado de álcool⁽⁵⁾.

Os transtornos devido ao uso do álcool geram uma carga enorme para a família, provocando conflitos interpessoais em grande escala^(2,21), pois o alcoolismo inunda o âmbito da pessoa doente para instalar-se no sistema familiar. A ocorrência desses conflitos é interpretada de forma diferente por parte do alcoólatra e da família. O primeiro não os relaciona com o consumo, se mantendo na negação e responsabilizando aos demais por seus problemas. Devido aos conflitos, a família começa a tomar consciência da existência de um problema no modelo de consumo, e inicia a busca por soluções, geralmente pressionando ao alcoólatra para que o abandone ou diminua. Por pressões familiares, as pessoas doentes podem aceitar a busca por assistência, mas a mudança não será efetiva se ainda se encontrarem na etapa de pré-contemplação. Em outros casos, tais pressões propiciam a consciência sobre a doença e o avanço na recuperação, o que demonstra a importância de implicar a família no citado processo⁽²⁾.

Apesar disso, é costume haver recaídas no consumo, que podem estar relacionadas à falta de ajuda ou de

recursos, sanitários e/ou sociais, necessários para a recuperação e para a passagem para as etapas de ação e manutenção⁽¹³⁾. É fundamental o apoio dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiras, psicólogos) ou pertencer a grupos de ajuda mútua que facilitem o processo de recuperação^(5,16,22). Outra causa das recaídas poderia ser a não aceitação do papel de pessoa doente. Tal aceitação é favorecida pelo reconhecimento de que o álcool o deixa vulnerável, produz dano e, então, pode começar a afrontá-lo⁽⁴⁾. A aceitação do papel aparece ao deixar de considerar o álcool como aliado, para identificá-lo como causa de seus problemas, o fato de “chegar no fundo”, e o trabalho familiar que favorece a demanda de ajuda, e da passagem à ação^(2,9,19,23).

A busca inicial por assistência costuma ser acompanhada por falta de informação sobre a doença do alcoolismo, e de uma imagem social do alcoólatra que dificulta que estas pessoas assumam o papel de pessoa doente e iniciem a recuperação. Essa situação poderia ser explicada pela consideração social de que o alcoolismo não é uma doença, mas sim, um comportamento ilegítimo, pela qual a pessoa alcoólica tampouco o considera uma enfermidade^(2,4,6). Como consequência, é frequente que, ao solicitar ajuda, essas pessoas doentes não planejem abandonar o consumo, mas sim, aprender a controlá-lo, o que é inapropriado para os programas de abstinência alcoólica⁽⁵⁾. Portanto, o processo de aceitação do papel de pessoa doente e a mudança de comportamento começam com uma modificação na imagem que se tem do alcoólatra. Após observar outras pessoas doentes que comparecem às reuniões, inicia-se um processo de identificação com aqueles iguais, assistentes às reuniões, que narram, como parte do programa de recuperação de AA, suas próprias experiências⁽²⁴⁾, em muitos casos, similares às suas. Identificar-se como pessoa doente supõe uma liberação, pois a pessoa doente não se considera responsável por sua doença, que é um acontecimento que vai mais além de sua capacidade de controle. Para o alcoólatra, ser considerado uma pessoa doente supõe um “raio de luz” no seu “túnel” de perdição e pessimismo, que o libera da carga de culpa que o acompanha. A partir desse momento, entende-se que não é um depravado imoral, mas sim, uma pessoa doente, e isto favorece a mudança de comportamento, pedir ajuda e assumir o papel de paciente^(6,18).

Assumida a consideração de pessoa doente, esta é confirmada com cada afirmação e depoimento exposto diariamente nas reuniões. Por isso, são de grande utilidade os grupos de ajuda mútua⁽²²⁾, em que

se trocam, em um ambiente terapêutico, estratégias de enfrentamento e a busca de soluções apropriadas⁽²⁵⁾, facilitando a aquisição do papel de paciente. Nesse sentido, destaca-se o trabalho desenvolvido por AA e Al-anon, pois o objetivo de deixar de consumir é muito difícil se não contam com a ajuda de amigos e família^(2,22).

Como limitação, os resultados deste estudo podem carecer de validade externa, e ainda que estes grupos constituam um dos principais recursos para a recuperação de pessoas doentes alcoólatras e familiares em nível internacional, as unidades de observação pertencem a um contexto sociocultural concreto de Sevilha (Sul da Espanha), fato pelo qual dever haver cautela ao extrapolar os achados para outras realidades socioculturais diferentes.

Conclusões

O comportamento da doença nos alcoólatras tem características próprias, destacando-se as dificuldades na etapa inicial por numerosas fontes de resistência, como a forte negação, que se convertem em barreiras para aceitar a doença, levando-os a permanecer durante longos períodos na etapa de pré-contemplação do comportamento aditivo sem avançar em mudança e, portanto, na recuperação. O progresso do comportamento da doença é complexo por causa da dificuldade para assumir o papel de pessoa doente, e alcançar a etapa de preparo, sendo habitual que solicitem ajuda antes de assumir o papel de pessoa doente e nestes casos, a mudança de comportamento não é efetiva. Destaca-se também a importância da família, em duplo sentido, como recurso que pode favorecer a reabilitação da pessoa doente alcoólatra e como grupo que requer ajuda para enfrentar os problemas derivados do alcoolismo de alguns de seus membros, sendo fundamental o trabalho dos grupos de ajuda mútua em todo o processo de recuperação.

Esta pesquisa tem implicações para a prática e para a pesquisa. É fundamental aprofundar o conhecimento do comportamento da doença do alcoolismo, que, apesar de ter graves consequências para a sociedade e para a saúde pública, com frequência, ainda é negada, e apresenta dificuldades em sua abordagem terapêutica, fundamentalmente no âmbito das instituições de saúde. Neste sentido, as descobertas são de interesse para os profissionais de saúde e para as enfermeiras em particular, para melhorar a qualidade do processo terapêutico, pois podem adaptar suas intervenções considerando as características do comportamento da

doença, e as motivações e dificuldades associadas a cada etapa do comportamento.

Referências

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7.
2. Oliveira GF, Luchesi LB. The discourse on alcohol in the Brazilian Journal of Nursing: 1932-2007. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(spe):626-33.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2014 [acesso 1 mar 2015]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
4. Rodríguez-Díaz FJ, Bringas-Molleda C, Villa Moral-Jiménez MV, Pérez-Sánchez B, Ovejero-Bernal A. Relationship between psychoactive substance use and family maltreatment: a prison population analysis. *Anales Psicol*. 2013;29(2):360-7.
5. Menéndez EL, di Pardo RB. Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos*. 2006;20:29-52.
6. Lima JS, Lima M, Jiménez N, Marín AM. Importancia de la consideración del sistema social en la aceptación del rol de enfermo alcohólico y en la búsqueda de asistencia. *Parainfo Digital*. [Internet]. 2009; 7. [acesso 1 mar 2015]. Disponível em: <http://www.index-f.com/para/n7/048d.php>
7. de Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. *Rev Bras Enferm*. 2010;6(36):1028-34.
8. Hill JV, Leeming D. Reconstructing 'the Alcoholic': Recovering from Alcohol Addiction and the Stigma this Entails. *Health Addiction*. 2014;12:759-71.
9. Wallhed Finn S, Bakshi AS, Andréasson S. Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Subst Use Misuse*. 2014;49(6):762-9. doi: 10.3109/10826084.2014.891616.
10. Van Boekel LC, Brouwers EP, Van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1-2):23-35. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018.
11. Galán A, Blanco A, Pérez MA. Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *An Psicol*. 2000;16(2):157-66.
12. Mechanic D. Illness Behaviour: an overview. In: McHugh S, Vallis M, editors. *Illness Behavior: a multidisciplinary model*. New York: Plenum Press; 1986. p. 101-9.
13. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editors. *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint; 1997. p. 99-120.
14. Morales Z, Pascual LM, Carmona J. La validez del Modelo Transteórico a través de diferentes variables psicológicas. *Health Addictions*. 2010;10(2):47-66.
15. Schomerus GL, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug Alcohol Depend*. 2011;114(1):12-7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013.
16. Vargas D, Luis MAV. Development and validation of a scale of attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(5):895-902.
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
18. Palacios J. La construcción del alcohólico en recuperación: Reflexiones a partir del estudio de una comunidad de Alcohólicos Anónimos en el norte de México. *Desacatos*. 2009;29:47-68.
19. Alcohólicos Anónimos. Encuesta de los miembros de Alcohólicos Anónimos [Internet]. Avilés: Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos [acesso 1 mar 2015]. Disponível em : http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp?te=203
20. Castillo CO, Silva MC. Meanings regarding the use of alcohol in families of a venezuelan poor community. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(Spe):535-42.
21. Reinaldo AM, Pillon SC. Alcohol effects on family relations: a case study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(Spe):529-34.
22. Witbrodt J, Ye Y, Bond J, Chi F, Weisner C, Mertens J. Alcohol and drug treatment involvement, 12-step attendance and abstinence: 9-year cross-lagged analysis of adults in an integrated health plan. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(4):412-9. doi: 10.1016/j.jsat.2013.10.015.
23. Campos EA. Why are alcoholics anonymous? Anonymity and identity in treating alcoholism. *Interface-Comunicação Saúde Educ*. 2009;13(28):19-30.
24. Lederman LC, Menegatos LM. Sustainable Recovery: The Self- Transformative Power of Storytelling in Alcoholics Anonymous. *J Groups Addiction Recovery*. 2011;6(3):206-27. doi:10.1080/1556035X.2011.597195
25. Giffoni FAO, Santos MA. Community Therapy as a Method to Address the Problem of Alcohol Abuse in Primary Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(Spe):821-30.

Recebido: 3.9.2014

Aceito: 3.5.2015