LUMEN ET VIRTUS
ISSN: 2177-2789

PSICOLOGIA E ALCOOLISMO: CONTRIBUIÇÕES DE UM ESTUDO DE CASO NO GRUPO ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

https://doi.org/10.56238/levv15n41-015

Data de submissão: 02/09/2024 **Data de publicação:** 02/10/2024

Ily Luna Melani
UniCURITIBA
E-mail: ily.luna@gmail.com
ORCID: 0009-0000-8573-6081

Alexia Ferreira Nogueira
UniCURITIBA
E-mail: alexiafnogueira00@gmail.com
ORCID: 0009-0009-4375-1908

Bruno Gadonski Cordeiro
UniCURITIBA
E-mail: bgadonski@gmail.com
ORCID: 0009-0007-4407-9143

Isabela Thais Javorski Bara
UniCURITIBA
E-mail: isabela.jbara@gmail.com
ORCID: 0009-0007-6046-0286

Thiffany Silva
UniCURITIBA
E-mail: cunhatif@gmail.com
ORCID: 0009-0005-1826-1350

RESUMO

Com uma história de 89 anos e presença em 180 países, a organização Alcoólicos Anônimos promete auxiliar a recuperação de alcoolistas com reuniões semanais e um protocolo baseado em 12 passos fundamentais. Para compreender a atuação desta modalidade no processo de remissão de sintomas de indivíduos com Transtorno por Uso de Álcool, tendo em vista conhecimentos de psicologia baseada em evidências, na abordagem Terapia Cognitivo-Comportamental, e psicopatologia, este artigo apresenta uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, com o método de estudo de caso. Foram acompanhadas 12 reuniões de um grupo do Alcoólicos Anônimos, nos meses de março e abril de 2024, e foi realizada uma pesquisa de revisão de literatura para delinear aspectos relevantes do processo de tratamento de alcoolistas e comparar práticas baseadas em evidências com os processos realizados pelo grupo. Os resultados demonstram que não há um aprofundamento nas causas do transtorno no Alcoólicos Anônimos, bem como são desconsiderados aspectos subjetivos e particulares, e que a inserção no grupo pode funcionar como uma parte do tratamento completo, especialmente no que tange às estratégias de prevenção de recaída, mas não como suporte integral.

Palavras-chave: Alcoólicos Anônimos. Alcoolismo. Terapia Cognitivo-Comportamental. Psicologia.

1 INTRODUÇÃO

O Alcoólicos Anônimos (AA) do Brasil é uma associação civil de direito privado, sem objetivos econômicos e sem fins lucrativos, com sede na Cidade de São Paulo e jurisdição em todo o território nacional. Definida como "uma Irmandade de pessoas que compartilham, entre si, suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo" (AA, 2024), a entidade trabalha com grupos de apoio geridos por ex-dependentes de álcool, nas modalidades online e presencial, em todo o país. Atualmente, o Alcoólicos Anônimos está presente em 180 países e a inserção no Brasil completou 76 anos em 2023 (AA, 2024). O trabalho nos grupos do AA é fundamentado em 12 passos e 12 tradições, explicitados no livro-base de atuação "Os Doze Passos e as Doze Tradições" (JUNAAB, 2019). A ideia do grupo é que um alcoólico recuperado a partir dos 12 passos repasse sua história para aqueles que desejam alcançar a sobriedade e auxilie no processo de recuperação e entendimento do processo.

Para compreender a atuação do grupo na remissão de sintomas em indivíduos com transtornos relacionados ao abuso de álcool é necessário delinear o entendimento da psicologia e da psiquiatria sobre o assunto. O alcoolismo é uma patologia de ordem da saúde mental com alta prevalência mundial e alto índice de mortalidade e comorbidades (CORDEIRO et al, 2021). De acordo com a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), o consumo de álcool foi responsável por 85 mil mortes por ano no período entre 2013 e 2015 nas Américas, localidade em que o consumo per capita é 25% maior do que a média global. A maioria dos óbitos decorrentes do consumo de álcool (64,9%) ocorreu em pessoas com menos de 60 anos de idade e as principais causas de morte foram doença hepática (63,9%) e distúrbios neuropsiquiátricos (27,4%) – em que se inclui o alcoolismo (OPAS, 2021). Um levantamento intitulado "Álcool e a Saúde dos Brasileiros - Panorama 2023", realizado pelo CISA (Centro de Informações sobre Saúde do Álcool), demonstrou que 45% dos brasileiros consomem bebidas alcoólicas em eventos sociais e em casa. Os grupos de jovens (de 18 a 24 anos) e de adultos jovens (25 a 34 anos) foram os que apresentaram maior uso da substância, declarando consumo semanal. Os dados do levantamento demonstram que 27% dos brasileiros fazem consumo moderado de álcool e 17% fazem consumo abusivo, ainda que mais de 75% dos que fazem consumo abusivo acreditem que são consumidores moderados (ANDRADE, 2023).

O consumo de álcool é considerado moderado quando há ingestão de no máximo duas doses por dia, ou 14 doses por semana, para homens, e uma dose por dia, ou sete doses por semana, para mulheres - considerando-se que cada dose representa 14g de álcool puro (o que corresponde no Brasil a 350ml de cerveja com 5% de álcool, 150 ml de vinho com 12% de álcool e 45 ml de bebida destilada, como vodka, uísque, cachaça ou gin, com 40% de álcool) (ANDRADE, 2023). O consumo abusivo, também intitulado BPE (Beber Pesado Episódico), é definido pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como o consumo de 60g ou mais de álcool puro, o que equivale a quatro ou mais doses, em pelo

menos uma ocasião no último mês (OMS, 2018). Nas pesquisas Vigitel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizadas pelo Ministério da Saúde, o consumo abusivo é estabelecido de forma similar como a ingestão de cinco ou mais doses em uma única ocasião no último mês para homens e quatro ou mais doses em uma única ocasião no último mês para mulheres (BRASIL, 2023).

O alcoolismo é um transtorno mental classificado como "Transtorno por Uso de Álcool" no DSM-5-TR (APA, 2023) e como "Dependência de Álcool" no CID-11 (OMS, 2022). No DSM-5-TR (APA, 2023), a classificação do transtorno estabelece critérios que definem se trata-se de um transtorno leve, caracterizado pela presença de dois a três sintomas; moderado, com a presença de quatro a cinco sintomas; ou grave, com a presença de seis ou mais sintomas. Há uma diferença clínica entre os critérios de consumo para mulheres e homens, estabelecida devido a diferenças metabólicas entre os gêneros, e uma lista de 11 critérios para determinar o diagnóstico clínico do transtorno. Além disso, o DSM-5-TR (2023) estabelece critérios de remissão precoce, quando depois de diagnóstico anterior há um período de pelo menos três meses sem os sintomas; e remissão sustentada, quando depois de diagnóstico anterior há um período de pelo menos 12 meses sem os sintomas, com um especificador para sinalizar caso o indivíduo esteja em ambiente controlado, onde o acesso de álcool é restrito. O DSM-5-TR (2023) define o Transtorno por Uso de Álcool como "um conjunto de sintomas comportamentais e físicos, como abstinência, tolerância e desejo" (APA, p.769). A abstinência alcoólica é caracterizada por "sintomas que se desenvolvem aproximadamente de 4 a 12 horas após a redução da ingestão após ingestão prolongada e pesada de álcool" (APA, 2023, p.770). Por se tratar de uma reação desagradável e intensa, os indivíduos podem continuar a consumir álcool mesmo com as consequências adversas no intuito de evitar ou aliviar os sintomas de abstinência. Já o desejo por álcool é descrito como "um forte desejo de beber que torna difícil pensar em qualquer outra coisa e que muitas vezes resulta no início da bebida" (APA, 2023, p.770).

Indivíduos portadores de transtorno por uso de álcool tendem a manter o consumo de álcool ainda que tenham conhecimento dos riscos do uso constante, tais como problemas físicos significativos, psicológicos, sociais ou interpessoais (APA, 2023). Por ser frequentemente associado a outros transtornos semelhantes, como o de Abuso de Substâncias (cannabis, cocaína, heroína, anfetamina, sedativo, hipnóticos, ansiolíticos, entre outros), o manual sinaliza que o uso do álcool pode ser um recurso utilizado para "aliviar os efeitos indesejados dessas outras substâncias ou para substituí-las quando não estiverem disponíveis" (APA, 2023, p. 770). Ademais, a explicação contempla que problemas de conduta, ansiedade, insônia e depressão constantemente compreendem o uso excessivo de álcool e em alguns casos o precedem (APA, 2023). No item sobre desenvolvimento e curso do transtorno, o DSM-5-TR aponta que o transtorno por uso de álcool "é muitas vezes erroneamente percebido como uma condição intratável, talvez com base no fato de que os indivíduos que se

apresentam para tratamento geralmente têm uma história de muitos anos de problemas graves relacionados ao álcool" (APA, 2023, p.772).

Por se tratar de uma patologia complexa e multifatorial, as diretrizes nacionais de tratamento baseiam-se, atualmente, em diversas frentes a partir do perfil do portador do transtorno, considerando-se situação socioeconômica, território, gravidade dos sintomas e comorbidades. Dentre os tratamentos recomendados, a estratégia de redução de danos é indicada para aumentar a qualidade de vida e instaurar comportamento de autocuidado em usuários abusivos de álcool (BRASIL, 2004; 2007), bem como terapia breve motivacional, terapia comportamental com abordagem de 12 passos contra o alcoolismo, terapia cognitiva-comportamental e terapia multidimensional familiar (AMB, 2012). Em casos mais graves, a internação para desintoxicação e manejo de sintomas de abstinência com medicamentos é proposta como alternativa para acompanhamento estruturado com foco na prevenção de recaídas e na saúde geral do paciente (HEATHER; STOCKWELL, 2004). No âmbito da psicologia baseada em evidências, o método padrão-ouro de tratamento é a Terapia Cognitivo- Comportamental - em que se inclui terapia familiar, treinamento em habilidades sociais e estratégias de prevenção de recaídas; e a Análise do Comportamento com o tratamento de gerenciamento de contingências (GC) com programa Beber Moderado – baseado em princípios de treinamento de autocontrole comportamental (SOCIETY OF CLINICAL PSYCHOLOGY, 2024). Dentro deste cenário, o questionamento que se segue é: qual seria então a verdadeira efetividade do AA no tratamento do Transtorno por Uso de Álcool?

2 METODOLOGIA

Para a produção deste estudo foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, com o método de estudo de caso, que oferece uma relação entre teoria e prática por meio da compreensão de um fenômeno a partir da aderência das evidências do caso com a teoria proposta de antemão (CESAR, 2005). A abordagem qualitativa, com o tipo de pesquisa de estudo de caso, foi escolhida por propiciar a análise em profundidade de um objeto, neste caso o grupo Alcoólicos Anônimos, com exame detalhado de uma situação em particular, que seria a compreensão do papel do grupo no contexto do alcoolismo (GODOY, 1995). Neste caso, a investigação em uma perspectiva integrada foi determinante para capturar a complexidade e a riqueza de informações necessárias para analisar o contexto pretendido. O aporte teórico foi fundamentado em pesquisa de revisão de literatura, que promove encontro de pesquisas semelhantes e propicia uma perspectiva histórica sobre o tema (DORSA, 2020). A pesquisa foi dividida em três etapas, conforme apresentado a seguir.

Na 1ª Etapa foram observados 12 encontros de um grupo online do Alcoólicos Anônimos nos meses de março e abril de 2024. Para ter um panorama geral da dinâmica do grupo, os encontros foram assistidos em horários e com temas diferentes (há uma programação mensal disponibilizada pelo grupo

com os temas trabalhados nas reuniões em cada horário). Para cada encontro acompanhado, dois estudantes foram responsáveis por fazer o registro da reunião, a fim de comparar o conteúdo relatado para maior precisão dos dados. Para manter o sigilo dos participantes, os nomes foram substituídos por letras em ordem alfabética (A; B; C; D.; E; F; e assim por diante) nos relatos registrados. Os responsáveis pelo grupo do Alcoólicos Anônimos foram avisados previamente da presença de estudantes de psicologia como observadores nas reuniões e, quando solicitado, os próprios estudantes identificaram-se nas reuniões para todos os participantes.

Na 2ª Etapa iniciou-se a busca literária para o aporte teórico do trabalho. O recorte escolhido para este estudo foi o alcoolismo pelo prisma da psicopatologia, o impacto da patologia no Brasil e o tratamento a partir da Terapia Cognitivo- Comportamental. Para compreender o transtorno de uso de álcool pelo viés da psicopatologia foram consultados manuais de doenças atualizados, como o DSM-5-TR e a CID-11, em que foram analisados os critérios diagnósticos e as especificidades do transtorno. Em busca de dados sobre a influência do consumo abusivo de álcool no cenário brasileiro, foram selecionadas como fontes, usando critério de credibilidade, a OMS (Organização Mundial da Saúde), a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e o CISA (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool). Por fim, para compreender a ação da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do alcoolismo, buscou-se artigos científicos datados dos últimos dez anos com os descritores DeCs e MeSh, com os termos “alcoolismo”; “transtorno por uso de álcool”, “terapia cognitivo- comportamental”, “*alcoholism*” e “*cognitive behavorial therapy*”, na plataforma Scielo, e livros de referência da Terapia Cognitivo-Comportamental voltados ao tema proposto.

A 3ª Etapa compreendeu os resultados e a discussão da pesquisa, em que se analisou as informações obtidas a partir das observações realizadas em busca de conectá-las com princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental para tratamento de abuso de álcool, a fim de obter um comparativo do que é realizado pelo AA e o que é recomendado pela psicologia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O papel do psicólogo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na reabilitação de pessoas com Transtorno por Uso de Álcool envolve conduzir o processo de psicodiagnóstico e fornecer tratamento psicoterapêutico, tanto em sessões individuais quanto em grupos, com o objetivo de identificar e abordar aspectos relacionados às funções cognitivas, comportamentais e de personalidade (BECK, 2013). Segundo Pires (2017), o tratamento busca a compreensão das causas subjetivas relacionadas ao uso de substâncias, facilita o conhecimento a respeito do trajeto trilhado no curso da vida do usuário, além de trabalhar os conflitos, as emoções e a maneira de se relacionar com eles. Comparativamente, a partir das observações realizadas, o trabalho realizado no AA não abrange as causas interligadas ao consumo de álcool e desconsidera aspectos particulares de cada dependente, de

maneira a aplicar uma fórmula preestabelecida para todos os integrantes do grupo. No encontro do dia 16 de março, uma participante do grupo do AA, que aqui chamaremos de A, comentou em sua partilha sobre causas e consequências do alcoolismo e dificuldades de relacionamento ocasionadas pelo abuso do álcool.

Ela disse: "A bebida é uma doença emocional que se traduziu no alcoolismo e existe desde que me entendo por gente. O grupo me ajuda a superar meus problemas, mas pedir perdão não me faz voltar a ser 'branca como a neve'. Acredito e amo muito o 'Poder Superior', mas ele não resolve minha vida por mim. Preciso querer mudar e me movimentar para isso" (SIC). A psicologia visa contribuir para a ressocialização e o processo de reabilitação de pacientes, auxiliando-os na compreensão dos conflitos e emoções que desencadeiam o uso de substâncias. Isso envolve analisar as características individuais do dependente, o contexto em que vive e as particularidades do vício, reconhecendo a singularidade de cada pessoa e as diferentes razões que as levam à dependência (SILVA, 2019). No relato da participante B, também no encontro do dia 16 de março, sentimentos e motivações estavam no centro da fala e demonstram que pode haver uma necessidade de aprofundamento nestas questões: "A tristeza e o cansaço me ajudam a me manter no caminho. A tristeza porque me faz tentar entender o motivo e o cansaço me ajuda a me manter firme. Sinto saudades dos lugares e do tempo em que eu bebia, mas sei que a doença sempre volta" (SIC). Em outra reunião, no dia 04 de abril, a participante C relatou dificuldades em lidar com suas emoções: "Me achava feia, errada, toda cheia de complexos. Para disfarçar isso, eu bebia e era grandiosa. Minhas emoções são uma gangorra, tenho que policiar meus pensamentos e meus atos. Nunca mais recaí, mas tive crises, menti, manipulei, tenho que me cuidar muito porque se eu não mudar meus maus hábitos não vou ficar sóbria" (SIC).

Nas reuniões do AA, os participantes compartilham seus relatos, chamados de "partilhas", mas não recebem orientações específicas sobre o manejo de sintomas apresentados ou sobre outros aspectos de sofrimento relacionados à doença. A escuta do grupo, em que se inclui o participante organizador da reunião em cada dia, é passiva. Silva (2019) salienta que o tratamento psicológico não se limita a combater a patologia, mas busca, a partir da identificação de causas e comportamentos associados, facilitar a reintegração social e promover uma relação saudável entre o paciente e sua família. Este processo se dá também na compreensão das responsabilidades do paciente dentro das relações conflituosas em que pode estar inserido, para que não haja um processo de "terceirização" da culpa (ZAITTER; LEMOS, 2012). A esse respeito, o participante D compartilhou, na reunião do dia 23 de março, um relato que exprime a intenção de não se auto responsabilizar por seus atos: "O alcoolismo é como um vendaval, começa aos poucos e vai ficando mais agressivo, quando se vê restam os destroços, aí você percebe que o problema inicial não é você, não é o vendaval em si, mas o que vem antes dele, sendo assim, o que veio antes de mim" (SIC). Na reunião do dia 04 de abril, o participante E também falou sobre a responsabilidade de seus atos ser atribuída em sua totalidade ao uso de álcool: "O álcool

me fez ser uma pessoa ruim, me fez perder dois casamentos, ficar afastado dos meus filhos. O álcool é uma desgraça" (SIC). Neste sentido, os próprios 12 passos do AA exprimem a ideia de retirar a culpa dos indivíduos por suas escolhas e atitudes, depositando-a em fatores externos como o álcool ou fatores subjetivos como "defeitos de caráter" e "imperfeições", com afirmativas como: "admitimos que éramos impotentes perante o álcool" (SIC), "viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade" (SIC), "prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter" (SIC), e "humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições" (SIC) (AA, 2024).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é frequentemente descrita como uma abordagem terapêutica breve, focalizada nos problemas atuais do paciente, com o objetivo de modificar padrões de pensamento e comportamento considerados disfuncionais (KNAPP; BECK, 2008). Um dos pilares dessa abordagem é a compreensão individualizada, em que se inclui crenças específicas e padrões comportamentais do paciente, a partir da qual o terapeuta trabalha para promover mudanças em busca de gerar transformações emocionais e comportamentais sustentáveis (BECK, 2013). De acordo com Zanelatto e Laranjeira (2013), o tratamento da TCC para a dependência em substâncias psicoativas, em que se inclui o álcool, é dividido em três fases: inicial, intermediária e final. Na fase inicial, o processo envolve a avaliação psicopatológica completa do paciente, inclusive para buscar eventuais comorbidades; a busca por estratégias de desintoxicação; a análise dos motivos por trás do comportamento de consumo; e a realização de psicoeducação, que é uma intervenção psicológica sistematizada e estruturada que visa ampliar o conhecimento do paciente a respeito da patologia que o acomete. Na fase intermediária ocorre a reestruturação cognitiva, em que o terapeuta ensina o paciente a reconhecer pensamentos que promovem a abstinência e os que podem levar a uma recaída. Para tanto, são utilizadas técnicas como a do Registro de Pensamento, que permite ainda substituir pensamentos distorcidos por respostas mais adaptativas; o Questionamento Socrático; o planejamento de mudança de estilo de vida, em que se inclui a organização da rotina diária; e o Plano de Metas. A fase final compreende uma expansão do foco para além da reestruturação cognitiva e das técnicas comportamentais, com implementação de novas abordagens para auxiliar os dependentes de álcool, tais como Treinamento de Habilidades Sociais e estratégias de apoio social e familiar.

A prevenção de recaída na TCC abrange dois grandes polos: a autoeficácia, que compreende o reajuste da percepção do indivíduo a respeito da sua dificuldade de organizar e estabelecer regras de consumo do álcool, e o controle ambiental, que busca minimizar contextos favoráveis ao uso da substância (RANGÉ; MARLATT, 2008). O AA atua de certa maneira no apoio da prevenção de recaídas ao inserir na rotina semanal do participante a presença no grupo de apoio e ao estabelecer o lema "mais 24 horas", que incentiva a manter-se abstinente com foco em cada dia isoladamente - o que pode ser considerada uma meta realista de planejamento. No entanto, não há aprofundamento em

estratégias objetivas que atuem na manutenção da sobriedade e o recurso mais utilizado neste sentido, tanto na literatura do AA quanto nos encontros, é o incentivo da fé. O uso do termo "Poder Superior" e do próprio nome de "Deus" esteve presente em todas as reuniões observadas, sempre de modo a responder questões colocadas pelos participantes que buscavam alguma maneira de continuar sem fazer uso de álcool. Um exemplo disso foi a partir do relato da participante F, em reunião do dia 16 de março, que falou: "É o meu segundo dia no grupo e chego aqui muito machucada interna e externamente. Todos somos iguais. Já fiquei grandes períodos sem beber, mas sempre volto. Preciso de muita ajuda, não sei falar em sobriedade" (SIC). Após esta fala, o coordenador do grupo, G, respondeu: "O 'Poder Superior' é o que mais ajuda a não beber" (SIC). Após esta resposta, vários outros participantes abriram o microfone para concordar com ele.

A respeito da fé presente na filosofia do AA, alguns participantes demonstraram incômodo com a necessidade de aceitar este ponto de vista. Em reunião no dia 19 de abril, o participante H falou: "Não tenho nenhuma religião e tenho dificuldade em aceitar o 'Poder Superior', mas enxergo muito isso aqui no grupo" (SIC). Em resposta a ele, o participante I disse: "se você enxerga espiritualidade no grupo é porque existe espiritualidade em você" (SIC). No encontro do dia 12 de março, a participante J também opinou a respeito do uso do "Poder Superior" como recurso: "Nem tudo precisa ser pensado igual dentro da fé e espiritualidade, é assim que eu penso. Não precisa acreditar em tudo, eu mesma não acredito" (SIC). Todas as reuniões do AA acompanhadas neste projeto iniciaram-se com a "prece da serenidade", também intitulada por eles como "oração da serenidade" que é declamada pela pessoa responsável pela condução do grupo naquele dia, seguida por um pequeno momento de silêncio. A prece diz: "Concedei-nos, Senhor, a Serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, Coragem para modificar aquelas que podemos, e Sabedoria para distinguir umas das outras" (AA, 2024). Em várias situações, participantes do AA exaltaram esta prece e reforçaram a importância do papel de espiritualidade do grupo. Na reunião do dia 06 de abril, o participante K comentou: "A oração da serenidade ajuda demais, porque nosso grupo é um grupo espiritual. Eu sigo a fórmula que vocês passam e foi isso que me salvou" (SIC). Nesta mesmo encontro, o coordenador L falou: "O programa funciona e eu sinto muito alegria de estar nas reuniões. O programa promete uma vida feliz e livre e o 'Poder Superior' me permite estar sempre longe do primeiro gole, assim como qualquer participante" (SIC).

Temas relacionados à psicologia apareceram algumas vezes em reuniões distintas. Participantes relataram fazer terapia e afirmaram que seus psicólogos os incentivaram a ingressar no AA. A participante M, em reunião do dia 20 de abril, relatou: "Eu vivia recaindo, parava de beber um tempo e depois voltava com tudo. A minha psicóloga falou que se eu não entrasse no AA ela pararia de me atender, foi assim que eu vim" (SIC). O participante N, na mesma reunião, citou: "Eu também vim porque meu psicólogo indicou para me ajudar a ficar sóbrio, foi a melhor coisa que eu fiz" (SIC). No

encontro do dia 12 de março, a participante O estava presente como "madrinha convidada" (uma alcoólica em recuperação há mais tempo no grupo que poderia auxiliar quem estivesse começando). Ela contou que trabalha como psicóloga clínica e que demorou bastante tempo para admitir o seu problema com o álcool: "Mesmo sendo da área da saúde eu me recusava a reconhecer que tinha problemas com bebida. Depois que eu admiti e resolvi aceitar a ajuda do AA minha vida mudou completamente. O AA funciona" (SIC). Ela falou ainda sobre o folheto do AA para profissionais da saúde, que seria uma maneira de aproximar a filosofia do grupo das pessoas que trabalham com indivíduos que tenham transtornos por uso de álcool: "A gente precisa que o pessoal da saúde conheça e indique nosso grupo, isso é muto importante" (SIC). No dia 12 de abril, outra participante do grupo que trabalha como psicóloga foi convidada para orientar os participantes na reunião. O tema trabalhado neste dia foi o "ressentimento" e a psicóloga P falou: "O Bill fala no livro que o ressentimento mata mais alcoólico que qualquer outra coisa. Ele é um peso que nos aprisiona". Ela seguiu seu relato com algumas informações sobre dependência e co-dependência emocional que, segundo ela, seriam problemas que "todos os alcoólicos têm" (SIC).

Os principais pontos positivos observados nas reuniões acompanhadas dizem respeito ao espaço seguro para que os participantes possam compartilhar sentimentos e vivências, com escuta empática e sem julgamentos dos outros membros; e ao senso de comunidade e pertencimento, desenvolvido a partir da inserção em um grupo de apoio com indivíduos que vivenciam situações similares. A garantia de sigilo nos encontros favorece a segurança emocional dos membros do grupo, que podem escolher nas reuniões, por exemplo, se desejam abrir a câmera, compartilhar seus nomes verdadeiros, e participar com falas ou apenas como ouvintes. A facilidade de entrar nas reuniões, sem que seja necessário cadastro prévio e pagamento de qualquer valor, também contribui para a adesão, bem como os horários e dias diversificados de encontros oferecidos. O sentimento de comunidade, também intitulado sentido psicológico de comunidade, fornece variados benefícios a partir da ideia de ser parte de uma rede de relações de suporte mútuo, que está sempre à disposição, e da qual pode-se depender de alguma forma (SARASON, 1974). Dentre os benefícios, destacam-se a satisfação e qualidade de vida, o bem-estar, a autoconfiança, a maior capacidade de resolução de problemas e o fortalecimento de redes comunitárias e do apoio social. "Isso demonstra a importância das articulações entre pessoas e grupos unidos em prol de um objetivo comum, ampliando as possibilidades de desenvolvimento pessoal e local e de enfrentamento das adversidades cotidianas" (NEPOMUCENO, et al, 2017, p.75).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado oferece uma análise detalhada do papel do grupo Alcoólicos Anônimos (AA) no tratamento do Transtorno por Uso de Álcool. A pesquisa qualitativa, conduzida por meio de observação de reuniões do AA e revisão de literatura, revela que enquanto o AA oferece um suporte

comunitário essencial e incentiva a abstinência por meio de partilhas e um sistema de crenças centrado em um “Poder Superior”, ele pode não abordar de forma suficiente as particularidades individuais dos dependentes de álcool. A metodologia do AA se baseia em um formato padronizado e na ideia de uma força externa para a resolução dos problemas, o que pode limitar a compreensão e a responsabilidade pessoal dos participantes sobre suas ações e emoções.

Os relatos das reuniões do AA mostram que, embora ofereça um ambiente seguro para que as pessoas expressem seus sentimentos e experiências, o grupo frequentemente não fornece soluções específicas para os problemas discutidos ou planos abrangentes para evitar recaídas, além do apoio espiritual. Como resultado, a abordagem do AA oferece um suporte emocional e um senso de comunidade, o que a torna uma abordagem complementar ao tratamento clínico. No entanto, pode não ser suficiente como tratamento único para todos os dependentes de álcool. Embora o AA contribua para a manutenção da sobriedade através da criação de uma rotina de apoio e do lema “mais 24 horas”, a falta de estratégias concretas de intervenção comportamental e cognitiva pode limitar a eficácia do programa para alguns indivíduos. Portanto, a combinação do apoio emocional e social oferecido pelo AA com abordagens terapêuticas baseadas em evidências, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), pode potencialmente proporcionar um tratamento mais completo e eficaz para o transtorno por uso de álcool.

Além disso, a inclusão de elementos e estratégias da TCC dentro das reuniões do AA poderia potencializar os resultados e contribuir para a qualidade de vida dos participantes. O treinamento de habilidades sociais, a reestruturação cognitiva e a psicoeducação sobre o transtorno por uso de álcool poderiam ser incorporados nas sessões do grupo, oferecendo ferramentas práticas e estratégias de enfrentamento para os participantes. Assim, mantendo seus princípios de apoio comunitário e espiritual, o AA pode se beneficiar de uma abordagem mais integrada enquanto adota práticas baseadas em evidências para lidar com a complexidade do alcoolismo. É relevante frisar que é importante que sejam realizados mais estudos sobre o tema, a fim de compreender a atuação do AA no tratamento de desordens ocasionadas pelo uso de álcool.

REFERÊNCIAS

AA. (2024). Portal dos Alcoólicos Anônimos do Brasil. Disponível em https://www.aa.org.br/ial (aa.org.br)

AMB. (2012). Projeto Diretrizes: Abuso e Dependência de Álcool. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependenia_de_alcool.pdf

ANDRADE, Arthur Guerra de (org.). (2023). Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2023 / Organizador: Arthur Guerra de Andrade; Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. - 1. ed. - São Paulo, SP: CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2023. 112 p.; figs.; gráfs.; tabs.; fotografias. E-book: 5 Mb; PDF.

APA. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5.ed. rev. Porto Alegre: Artmed. BECK, J. (2013). Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 414p.

BRASIL. (2004). A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. (2007). Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 5, mai. 2007. Seção 1.

BRASIL. (2023). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 131 p.

CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho. (2005). Método do estudo de caso (case studies) ou método do caso (teaching cases): uma análise dos dois métodos no ensino e pesquisa em Administração. REMAC - Revista Eletrônica Mackenzie de Casos, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 129-143.

CORDEIRO, Ketlen Patrycia Alves, et al. (2021). Alcoolismo: impactos na vida familiar. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, 17(1), 84-91. https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.168374

DORSA, A. C.. (2020). O papel da revisão da literatura na escrita de artigos científicos. Interações (campo Grande), 21(4), 681–683. https://doi.org/10.20435/inter.v21i4.3203

GODOY, Arilda Schmidt. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo,
v. 35, n. 2, p. 57-63.

HEATHER, Nick; STOCKWELL, Tim. (2004). *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. Chichester: John Wiley & Sons.

JUNAAB. (2019). Os doze passos e as doze tradições. São Paulo: JUNAAB.

KNAPP, P.; BECK, A.T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Brazilian Journal of Psychiatry, 30, s54-s64.

NEPOMUCENO, Bárbara Barbosa, et al. (2017). Bem Estar Pessoal e Sentimento de Comunidade: um estudo psicossocial da pobreza. Psicologia em Pesquisa, 11(1), 1-2.

OMS. (2022). CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade. Disponível em https://icd.who.int/browse/2024-

OMS. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 478 p.

OPAS. (2021). *Alcohol and mortality in the Americas*. SSA. Disponível em https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.15475

PIRES, Fabíola Stenhaus. (2017). O papel da psicologia nos casos de dependência das drogas. Disponível em: https://www.sesc-sc.com.br/saude/artigo-
-o-papel-da-psicologia-nos-casos-de-dependencia-de-drogas

RANGÉ, B. P.; MARLATT, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. Brazilian Journal of Psychiatry, 30, s88–s95. https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006

SARASON, S. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology.* San Francisco: Jossey-Bass.

SILVA, Alane Cristine. (2019). Psicologia na Saúde: A atuação do psicólogo na reabilitação de dependentes de álcool e drogas. 21 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Unopar, Londrina.

SOCIETY OF CLINICAL PSYCHOLOGY. (2024). Division 12. Disponível em https://div12.org/

ZANELATTO, Neide A., LARANJEIRA, Ronaldo. (2013). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais [recurso eletrônico]: um guia para terapeutas/ Organizadores – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed.

ZAITTER, Menyr Antônio Barbosa; LEMOS, Meillyn Hasenauer Zaiter. (2012). Psicologia aplicada à reabilitação. Curitiba: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, Educação a Distância.