

GRUPO DE APOIO DO AA: EXISTE MUDANÇA POSITIVA DO COMPORTAMENTO DO USUÁRIO?

Projeto de Pesquisa apresentado à professora Gleicimara Araújo Queiroz, como requisito de crédito para a disciplina Pesquisa em Psicologia I, do Curso de Psicologia – UNIME, 3º Semestre

2010

Amanda Pereira Sobral

Graduanda do curso de Psicologia da UNIME - Itabuna (Brasil)
amandasobral6@hotmail.com

Débora Dias Nolasco

Graduanda do curso de Psicologia da UNIME - Itabuna (Brasil)
debynolasco@hotmail.com

Islana Oliveira Santos

Graduanda do curso de Psicologia da UNIME - Itabuna (Brasil)
isakatrinna@hotmail.com

RESUMO

A pesquisa é qualitativa, os métodos utilizados são o etnográfico e o método clínico. Pretende observar e analisar como os usuários incorporam os 12 passos e como usam esse instrumento para resistir à abstinência do álcool. Os pacientes variam de grau quanto ao reconhecimento do consumo como problemático e na sua prontidão pessoal de mudar. A iniciativa de procurar tratamento foi ocasionada pelas perdas afetivas e sócias. Além do A.A. existem outras formas de tratamentos eficazes na recuperação dos adictos, e na reconquista da autonomia do sujeito.

Palavras-chave: Alcoolismo, alcoólicos anônimos, recuperação

REFERENCIAL TEÓRICO

A presente pesquisa verificou a influência na recuperação de acordo com a percepção de alcoolistas que freqüentam o grupo do A.A. (Alcoólicos Anônimos) e seus mecanismos, e a

existência de outros elementos que contribuem para a remissão desse usuário. Portanto buscamos compreender: até que ponto o grupo dos Alcoólicos Anônimos e sua terapia dos 12 passos têm influência na recuperação dos seus usuários?

O Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV) define a dependência como um conjunto de sintomas que indicam que uma pessoa usa compulsivamente uma ou mais substâncias apesar dos problemas que esse comportamento possa estar lhe causando, ou seja, é um comportamento que escapa ao controle do indivíduo e causa prejuízos ao mesmo.

A visão da dependência de drogas como doença prevalece fortemente nos dias de hoje. O DSM-IV substituiu a palavra “doença” por “transtornos”, mas a segunda tem como significado implícito a primeira. A distinção entre adicção e consumo excessivo proposta por Jellinek é usada no DSM-IV sob os termos “dependência” e “abuso”, respectivamente. Dessa forma, “a perda de controle” continua sendo a premissa fundamental que define a dependência como doença. (MIJARES,2006).

Os pacientes variam de grau quanto ao reconhecimento do consumo como problemático e na sua prontidão pessoal de mudar. Prochaska & DiClemente (1982) propuseram um *continuum* de estágios de prontidão para mudança. Esse *continuum* varia do estágio de pré-reflexão, no qual uma pessoa não reconhece um comportamento como problemático, ao da reflexão, onde a pessoa começa a considerar que um padrão de comportamental pode ser problemático, e daí ao estágio da ação, no qual uma pessoa está pronta pra mudar seu comportamento para tratar de um problema. Seguindo á ação, está o estágio de manutenção, ou estágio da recaída, se a pessoa voltar ao comportamento problemático.

Miller (1985) sugeriu que vários fatores influenciam a prontidão de uma pessoa para a mudança, inclusive consciência da gravidade do problema, consciência das conseqüências positivas da mudança comportamental e percepção das opções na realização das mudanças. O estágio de mudança aparente do cliente e sua autopercepção de seus problemas deveriam orientar a abordagem inicial do clinico ao tratamento e ao seu planejamento. Tratamentos específicos para aumentar a motivação têm sido desenvolvidos e avaliados.

Prochaska, DiClemente & Norcross propuseram, (1992) , que há diversos estágios relacionados a comportamentos adictivos que definirão a prontidão de um indivíduo em abandonar o uso de substâncias.

De acordo com eles, primeiro há um estágio chamado de *précontemplação*, no qual há uma negação da existência do problema (“*Quem* tem um problema? *Eu* não!”). Segundo, há um estágio de *contemplação* (“*Isto está começando a me trazer problemas*”); depois vem o estágio de *preparação* (no qual a pessoa começa a fazer planos concretos para atingir a mudança); depois desse momento pode ter início o estágio de *ação* (redução real e cessação do uso de substância); e finalmente, um estágio de *manutenção*, no qual mudanças de atitudes e estilo de vida em longo prazo resultarão na recuperação contínua ou em uma nova recaída.

As técnicas básicas da terapia cognitiva para o abuso de álcool/drogas demandam, em primeiro lugar, fortalecimento da aliança terapêutica através de um entendimento empático do problema do cliente, em combinação com aceitação incondicional. A relação terapêutica e a conceitualização de casos desempenham um importante papel. É através delas que um terapeuta pode entender a dor e o medo por trás da hostilidade e resistência do paciente.

Muitos estudos confirmaram a efetividade da terapia cognitivo comportamental no tratamento do alcoolismo. O desenvolvimento de habilidades para enfrentamento efetivo precisa envolver habilidades sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas.

Como base para o treinamento de habilidades, duas categorias de fatores deveriam ser consideradas como predisponentes para o uso de álcool: fatores interpessoais (suporte social, relações conjugais e familiares, relações no trabalho) e fatores intrapessoais (processos cognitivos e estados de humor).

Existem também tratamentos farmacológicos eficazes na recuperação dos alcoólicos. Os medicamentos é um grande aliado na recuperação dessas pessoas, usa-se o dissulfiram que quando a pessoa ingeri o álcool causa reações desagradável assim evitando recaídas, o acomprosate e a naltrexona que reduzem o desejo pela bebida. Mas os três medicamentos devem ser considerados como adjuntos a programas psicossociais para intensificar a eficácia do tratamento.

No modelo do A.A., portanto, o alcoolismo é entendido como um mal que o indivíduo traz em si mesmo, que é parte dele, mas que pode ser controlado, desde que ele aceite a existência da doença e a impossibilidade de enfrentá-la sozinho. O fato é que a maioria dos alcoólicos, por razões ainda obscuras, perde o poder de decisão diante da bebida. Nossa assim chamada “força de vontade” torna-se praticamente inexistente. O A.A. é uma irmandade mundial de homens e mulheres voluntários, vindos de todas as camadas sociais, que se reúnem para alcançar e manter a sobriedade. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de beber, não havendo a necessidade de pagar taxas ou mensalidades (JUNAAB, 2000).

Ao longo dos anos, o A. A. tem afirmado e fortalecido a tradição de ser completamente auto-suficiente. O programa de A. A. espiritual de total abstinência do álcool. Os membros simplesmente evitam o primeiro gole, um dia de cada vez. A sobriedade é mantida através do compartilhar de experiências, forças e esperanças nas reuniões de grupos. (JUNAAB, 2000).

O A. A. também trabalha com a terapia dos doze passos que são esses: o primeiro passo os alcoólatras tem que admitir que são impotentes perante o álcool e perdiam o domínio sobre suas vidas; O segundo passo precisam acreditar em um Poder superior que pudesse ajudar a devolver a sobriedade; O terceiro passo entregar suas vidas e suas vontades aos cuidados de Deus; O quarto passo fazer um minucioso inventário moral; O quinto passo admitir perante Deus a natureza exata das falhas; O sexto passo se prontificar para que Deus removesse os defeitos de

caráter; O sétimo passo é pedir humildemente a Deus para Ele livrar das imperfeições; O oitavo passo fazer uma relação de todas as pessoas que prejudicaram e dispuser a reparar os danos causados; O nono passo reparar os danos causados a tais pessoas; O décimo passo continuar fazer o inventário moral; O décimo primeiro passo melhorar o contato com Deus rogando apenas o cumprimento da Sua vontade em nossas vidas; O décimo segundo passo é transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as suas atividades (JUNAAB, 2000).

Esses passos representam, assim, um momento fundamental para a reconstrução da subjetividade, através do reconhecimento de que o indivíduo não é uno, mas antes múltiplo, pois há nele forças que o guiam e o controlam independentes do ego. Com efeito, assiste-se a uma subjetivação da doença alcoólica, isto é, a uma construção subjetiva marcada pela patologia do alcoolismo (CAMPOS, 2009).

RODRIGUES e ALMEIDA criticam o cumprimento do primeiro passo dos doze passos do programa do A.A.. Eles questionam que quando o A.A. fala de impotência e de uma admissão de uma falência completa da existência, nós enxergamos a resistência do mundo, sobre a qual se exercerá a liberdade. Eles chegam a conclusão que se a programação dos doze passos tem sido repleta de êxitos é porque ela, mesmo sem dar-se conta, vem trabalhando exatamente com a dimensão da escolha, que permite que cada um possa, a todo momento determinar seu destino.

METODOLOGIA

O estudo está inserido no campo da Psicologia. Buscaram através dessa pesquisa informações importantes a respeito da situação psicossocial dos usuários do grupo de Apoio dos Alcoólicos Anônimos de Itabuna e como a terapêutica dos Doze Passos influencia e traz mudanças significativas para o sujeito.

A pesquisa é qualitativa, que favorece colher informações no ambiente natural, tem como objetivo interpretar o fenômeno observado, promover maior familiaridade com o problema estudado, tornando-o mais explícito, para tanto é necessário a observação dos relatos dos sujeitos diretamente ligados ao problema e utilizou-se também levantamento bibliográfico para um embasamento científico. Os procedimentos utilizados foram o método etnográfico e clínico.

O método etnográfico nos auxiliou na observação participativa no local que as reuniões acontecem, possibilitando investigar um aspecto de um problema em profundidade dentro de um período de tempo limitado. Aplicado na observação do grupo de usuários dos alcoólicos anônimos, e buscamos ver como o grupo incorpora os Doze Passos e como usam esse instrumento para abster-se do álcool e impedir as recaídas verificando as interações entre eles.

O método clínico é um estudo teórico de investigação de um conjunto de métodos científico, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentimentos e

significados dados aos fenômenos e relacionamentos à vida do indivíduo (TURATO, 2000). Este método promoveu suporte no uso das investigações, com artigos científicos contribuindo na verificação dos resultados.

Para a prática de coleta de dados foi realizada num primeiro momento uma conversa informal com os dirigentes, para saber sobre a dinâmica das reuniões, e informamos como seria nossa coleta de dados, foi solicitada participantes que freqüentava o grupo a partir de três anos e que gostariam de participar voluntariamente, caracterizando uma amostra não aleatória de voluntários. No segundo momento, tivemos com os usuários, foi utilizada entrevista semi-estruturada.

O roteiro de entrevista que pretendeu entender o funcionamento e a realização das reuniões como também é feita a manutenção para evitar recaída, a importância do AA para cada um deles, e observar o discurso verbal e não-verbal. No formulário continha perguntas sociodemográficos, quando começou a beber, como o álcool interferia nas relações sócias, a freqüência no AA, e quais dos doze passos achavam mais significativos. A junção de todas essas informações possibilitou entender a importância do AA, como ele auxilia na recuperação e quais mudanças positivas ocorrem no comportamento do usuário.

RESULTADOS

Os resultados mostraram alguns fatores influenciou tanto para a iniciação do consumo do álcool quanto na iniciativa e continuação nas reuniões do A.A. (Alcoólicos Anônimos). As categorias que foram identificadas na pesquisa foram amigos, família, trabalho, e a importância do grupo em suas vidas.

A influência de amigos, familiares para o consumo do álcool é muito comumente falada entre os usuários. O sujeito A quando entrevistado relatou “comecei a beber por diversão, pois para mim a diversão é consequência da bebida, pois sou muito tímido”. Enquanto que os sujeitos B e C começaram a beber socialmente por influências de amigos e familiares.

A psicóloga Roberta Tito Pereira (2010), afirma que tal atitude também gera curiosidade nas crianças, mas ressalta que o importante é a maneira como os pais se relacionam com a bebida: *“a bebida alcoólica deve entrar na vida dos pais como um dos lazeres possíveis e deve ser ingerida moderadamente. Este modelo influencia positivamente, passando para os filhos a idéia de que apesar da bebida dar prazer, ela tem um tamanho limitado na vida das pessoas”*.

O trabalho é uma das primeiras causas a ser afetada e prejudicada pelo consumo abusivo do álcool. Pode-se notar uma correlação entre os sujeitos em relação ao trabalho prejudicado pelo consumo do álcool. No relato dos três indivíduos o consumo abusivo do álcool trouxe sérios problemas para suas vidas. No sujeito A o uso da bebida fez com perdesse o respeito perante as pessoas, pois ao término do expediente saía em direção a um bar para beber. Campana (in

Ramos, Bertolote et al, 1997) afirma que pesquisas realizadas em empresas demonstram que o absentismo, principalmente por atestados médicos, acidentes, queda de produtividade e sobrecarga do sistema de saúde, guarda uma relação direta com o consumo de álcool, com diminuição da qualidade de vida do trabalhador. Os sujeitos B e C descrevem seu relacionamento no ambiente de trabalho como ruim, pois o álcool estava trazendo prejuízos tanto no rendimento do trabalho quanto no relacionamento perante as pessoas.

A partir da tomada de consciência das perdas tanto social/financeiras quanto familiar acumuladas durante o tempo do contato com a bebida alcoólica, é que o sujeito (usuário) se dá conta de que está dominado pelo álcool, e que é incapaz de para de beber sozinho, sendo, portanto, um “dependente da bebida alcoólica”.

Com relação à família pode-se perceber uma simultaneidade entre os sujeitos, o que mais prejudicou fazendo com que realmente tomassem a decisão de para de beber foi saber que podiam perder a família. O alcoolismo é uma doença “da família”, A compulsão pela bebida afeta o bebedor como toda sua rede social.

No relato do sujeito A, precisou vir às perdas, as decepções, o sofrimento. A decisão em parar de beber partiu de um episódio aonde certo dia embriagado chegou a casa e faz suas necessidades fisiologias no meio da sala perante sua filha mais velha. O sujeito B, conta que chegou ao ponto de deixar filhos e esposa com fome, passando necessidade, pois o dinheiro que tinha era para o consumo e o Sujeito C, relata que depois de muitas ofensas, desrespeito a família decidiu para de beber devido basicamente a problemas de saúde. O alcoolismo faz “brotar a irresponsabilidade nos territórios por excelência da responsabilidade, notadamente, a família e o trabalho” (Campos, 2004).

Pode-se dizer que as entrevista feitas com os usuários, fundamentam-se nas experiências intransferíveis da dor e do sofrimento, compartilham um código comum e específico para expressar os dilemas e embaraços da prática social, e o confronto cotidiano entre as situações vividas e os valores próprios da vida em sociedade.

Todos os sujeitos entrevistados demonstram certo grau de dependência com o grupo AA. O grupo é muito importante na vida dos usuários, pois o convívio com outros usuários, os relatos, as trocas de experiências faz com que estes se tornem freqüentes e não se sintam sujeitos únicos, pois o retorno a sociedade, a conquista da família, o respeito, a moral são fenômenos que com o vício são perdidos. A freqüência para alguns usuários tornasse freqüente e diária, pois o está sozinho faz com que tornem vulneráveis ao vício. O sujeito A freqüenta o grupo há dois (2) anos e desde então não bebeu mais, não teve recaídas. Identifica-se com o grupo através dos depoimentos dos colegas e este tem um significado muito importante. “Não tenho palavras para descrever o que o AA significa na minha vida”. Através do grupo renasceu, recuperou aos poucos o respeito por si próprio, da família e de outras pessoas.

Sujeito B frequenta o AA há dois (2) anos e seis (6) meses, durante esse período nunca teve recaídas. É um frequentador assíduo, ou seja, participa diariamente. O apoio que a irmandade oferece é essencial. “o AA é a minha vida, sem ele já tinha morrido”.

Sujeito C frequenta o grupo AA há três (3) anos, incluindo recaídas, participa das reuniões de quarta-feira e aos sábados e durante a semana as tardes quando para não sentir-se só. “Se tivesse reuniões todos os dias eu viria todos os dias, pois o AA é uma companhia para mim que sou uma pessoa só”.

O grupo é de total importância na vida dos usuários, pois desempenha um papel fundamental na significação do conceito “doença” e seu tratamento. E segundo os usuários a irmandade lhes dá força para continuar e muitas vezes é a única companhia, por isso que fazem questão de minimizar o vazio que sentem. Segundo os representantes “quem dá as costas para o A.A. fica em frente ao bar”. E assim a importância de não faltar nenhuma das reuniões.

“As reuniões de recuperação do grupo AA é um importante mecanismo para a prática dos princípios da associação, pois possibilita aos usuários construir uma interpretação tanto de si quanto do seu vício. Por meio das reuniões, dos depoimentos os usuários constroem e expressam suas aflições, permitindo a elaboração de um sentido para suas experiências da doença, estendendo as possibilidades de produção dos significados, a partir das trocas de experiências vividas.” (CAMPOS, 2004).

CONCLUSÃO

Como vimos o alcoolismo é uma doença que gera grandes problemas biopsicossociais na vida do sujeito, gerando sofrimento não apenas para o alcoolista, mas também para toda sua família. Ademais, gera transtorno na vida afetiva, profissional e psíquica.

Os doze passos do A.A trazem elementos que fazem com que o usuário reconheça sua doença e que sozinho não conseguirá a remissão do problema. Os alcoólicos anônimos é uma instituição que proporciona esse acompanhamento de forma gratuita e presta serviço em muitas cidades. O poder público ainda não despertou para esse problema de saúde pública que aumenta drasticamente em todos os níveis sócias. O único programa que atende a essa demanda é o CAPS AD, porém não está implantado em todos os municípios, o que dificulta o acesso a informação e ao tratamento. O A.A dá suporte onde o Estado deixa a desejar.

Essa irmandade, cuja essência é de natureza religiosa, não é organizada em torno de uma metodologia terapêutica sistêmica e científica, o que não retira seu mérito, haja vista a indubitável verificação de sua eficiência nas atividades a que se dedica. Além do A.A, outros métodos sistematizados mostram se também eficazes. Terapia cognitiva comportamental tem mostrado a técnica mais efetiva no tratamento do alcoolismo, trabalhando na modificação das representações que o álcool tem na vida do sujeito, proporcionando progressivamente a mudança

de atitude e do comportamento, promovendo ações educativas, com a finalidade de conscientizar os familiares sobre o caráter patológico do problema.

Dito isso, não restam dúvidas que a atuação dos Alcoólicos Anônimos é de extrema importância para a reinserção social dos usuários, sendo necessária a sensibilidade do poder público, no sentido de conceder apoio e subsídios para a eficiente operacionalidade desse problema, que tanto diminui os riscos que a doença provoca, quanto colabora para o desenvolvimento social inclusivo.

Bibliografia

BARLOW, David H. Manual clínico dos transtornos psicológicos/David H. Barlow; trad. Maria Regina Borges Osório. - 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 1999.

GIL, Antonio Carlos, 1946 – Como elaborar projetos de pesquisa/ Antonio Carlos Gil. – 4. Ed. – 8. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2006.

PORTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Álcool - da diversão ao vício. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=557. Acesso 20/08/2009.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Bebidas alcoólicas: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/alcool_.htm.

Psicologia em Estudo, Maringá, v. 7, n. 1, p. 113-120, jan./jun. 2002
<http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdTexto=b46bdae79bc7485c1005294cf3328e74&ret=&>

CISA - CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL

Roberta Tito Pereira, Psicóloga

Evelina Holender, Assessora pedagógica e coordenadora do Projeto Adolescência e Saúde do Colégio IL PERETZ;

Flávio Frasseto, Procurador da Vara da Infância e Adolescência de São Paulo;

Vera Zimmermann, Psicanalista, psicóloga clínica, professora do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina e coordenadora do Ambulatório do Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA-UNIFESP);

Ronaldo Torres, Psicólogo clinica do Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) do IPQ-HC-FMUSP e coordenador de projetos de Associação Veredas- Políticas Públicas em Álcool e outras Drogas;

Sandra Scivoletto, Psiquiatra especialista em adolescentes, chefe do Ambulatório de Adolescentes e Drogas do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) do IPQ-HC-FMUSP e presidente do Conselho Científico do CISA;

Mauro Sancovski, Médico especialista em ginecologia e obstetrícia, e professor da Faculdade de Medicina do ABC.

CAMPOS, Edemilson Antunes de. O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, suppl., pp. 267-278. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232005000500027.