

MARIA CELEIDA FERREIRA BUENO

mariaceleida@hotmail.com

**Estudo do impacto da doença do alcoolismo em
grupos de familiares, São Paulo, SP, Brasil
(familiares de 7 a 21 anos)**

Cátedra

*Ciência, Tecnologia e Atividade
Econômica na América Latina*

Catedrático responsável

Hernan Chaimovich

Memorial da América Latina

São Paulo, Brasil

Novembro 2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Hernan Chaimovich, pelo incentivo.

Agradeço aos representantes do Escritório dos Serviços Gerais do Al-Anon do Brasil pelo apoio e informações.

Agradeço aos participantes dos grupos aqui estudados que gentilmente se prontificaram a participar da pesquisa.

Agradeço a Dra. Maria Cristina Carvalho do Espírito Santo pela atenção e revisão.

Agradeço a existência dos grupos de ajuda a familiares e a felicidade de tê-los descoberto.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Situação do consumo de drogas no hemisfério e principais desafios.....	1
1.2. A doença do alcoolismo na América Latina.....	2
1.3. Alcoolismo - doença da família.....	5
1.4. Alcoolismo - Modificações neurofisiológicas que afetam a família.....	8
1.5. Alcoolismo em mulheres.....	14
1.6. Características da família com a doença do alcoolismo.....	17
1.7. Tipos de filhos e a doença da família.....	19
2. METODOLOGIA	25
3. RESULTADOS	27
4. DISCUSSÃO	40
5. CONCLUSÃO	47
6. ANEXOS	49
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição por faixa etária - Al-Anon.....	27
Gráfico 2	Distribuição por faixa etária - Alateen.....	28
Gráfico 3	Distribuição por sexo - adultos e adolescentes.....	29
Gráfico 4	Distribuição por região - capital e interior.....	30
Gráfico 5	Estado civil - adultos.....	31
Gráfico 6	Nível de instrução - adultos/adolescentes.....	32
Gráfico 7	Etnia - adultos/adolescentes.....	33
Gráfico 8	Atividade econômica - adultos/adolescentes.....	34
Gráfico 9	Filhos que moram na mesma casa do dependente, potenciais familiares afetados pela doença.....	35
Gráfico 10	Parentes com a doença do alcoolismo - adultos/adolescentes.....	36
Gráfico 11	Impacto da doença em casa, escola e trabalho.....	37
Gráfico 12	Maior responsável pela primeira reunião do membro (somente membros de menos de 2 anos responderam).....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Atividade Econômica.....	34
Tabela 2	Quem são os alcoólicos de suas relações.....	36
Tabela 3	Maior responsável pela primeira reunião do membro (somente membros de menos de 2 anos responderam).....	38

RESUMO

Ferreira-Bueno, MC. *Estudo do impacto da doença do alcoolismo em grupos de familiares, São Paulo, SP, Brasil (familiares de 7 a 21 anos)* [monografia]. São Paulo, 2009. 70p.

Desde 1956 a Associação Médica Americana reconheceu o alcoolismo como uma doença grave e progressiva. Os grupos anônimos de ajuda a familiares e amigos de alcoólicos, desde 1951, defendem que ela é também uma doença da família, podendo afetar física e emocionalmente alguns ou todos os seus membros. O número de pessoas que sofrem com a doença da família é estimado em 4 a 5 familiares que gravitam em torno do dependente. Estes grupos de ajuda-mútua podem influenciar nos tratamentos convencionais, oferecendo uma complementação e/ou alternativa ao tratamento ou pós-tratamento profissional. Neste contexto, foi realizada uma pesquisa visando avaliar e comparar o impacto da doença em Grupos de Familiares de Alcoólicos no Estado de São Paulo-SP, Brasil, com Grupos de Familiares de Alcoólicos equivalentes nos Estados Unidos e Canadá. No que diz respeito ao tratamento não convencional de alcoolismo, em geral, a terapia de grupos tem sido relatada como muito eficiente e menos dispendiosa do que a terapia tradicional liderada por profissionais.

Descritores: 1. Alcoolismo 2. Dependência 3. Filhos de Alcoólicos 4. Abuso 5. Al-Anon 6. Alateen 7. Reabilitação

SUMMARY

Ferreira-Bueno, MC. *Study of the impact of the disease of alcoholism in family groups, São Paulo, SP, Brazil (family members from 7 to 21 years old)* [monograph]. São Paulo, 2009. 70p.

Since 1956, American Medical Association has acknowledged alcoholism as a serious and progressive disease. Anonymous groups of family members and friends of alcoholics, since 1951, have claimed it as a family disease that can have physical and emotional impact on some or all of its members. The number of people who suffer with this family disease is estimated at about 4 to 5 family members that gravitate around a dependent. Those self-help groups can influence conventional treatments working as a complement and/or as an alternative to professional treatment or post-treatment. In this context, a survey was conducted aiming to evaluate and compare the impact of the disease on Groups of Family Members of Alcoholics of the State São Paulo (Brazil) with equivalent Groups of Family Members of Alcoholics from the U.S. and Canada. In regards to unconventional treatment of alcoholism, in general, group therapy has been reported as highly efficient and less expensive than traditional therapies conducted by professionals.

Keywords: 1. Alcoholism 2. Dependency 3. Alcoholics children 4. Abuse 5. Al-Anon 6. Alateen 7. Rehabilitation

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem a finalidade de colocar em discussão o consumo de forma nociva do álcool e outras drogas, no enfoque de doença que afeta pessoas que convivem com o dependente. Por outro lado, as atitudes dos familiares, colegas de trabalho e pessoas que se importam de alguma forma com o dependente podem influenciar e contribuir para o êxito ou fracasso do tratamento. Ações e posicionamentos de pessoas em torno do doente podem boicotar e/ou contribuir para a manutenção da dependência, além de impedir que o alcoólico se conscientize de sua necessidade de ajuda no caso de tratamento em atividade, interrupção do tratamento ou tratamento não iniciado. De acordo com informações da Organização Mundial de Saúde (2004), o consumo de bebidas alcoólicas é um dos fatores que mais contribuem para a diminuição da saúde mundial. O documento resumido abaixo, produzido pela CICAD (Comissão Interamericana para o Controle de Abuso de Drogas) em novembro de 2009 relata a situação atualizada do consumo de drogas e álcool em nosso hemisfério, apresentando o cenário no qual este estudo se desenrola.

1.1. Situação do consumo de drogas no hemisfério e principais desafios (Anexo I)

O documento publicado em 13 de Novembro de 2009 pela CICAD (Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas) informa

sobre as diferentes manifestações no hemisfério do problema de abuso de drogas e variações quanto ao tipo de drogas. Apresenta o álcool como droga de maior consumo atual chegando, em alguns países, a mais de 50%, como Colômbia (50,3%), República Dominicana (51,6%), Uruguai (54,7%), Argentina (59,8%) e Santa Lúcia (60,8%).

Com relação ao consumo comparado de álcool por sexo, em geral a tendência é de os homens consumirem em maior proporção que as mulheres, apesar de haver alguns países onde foi declarada maior ingestão de álcool pelas mulheres.

O consumo problemático de álcool afeta uma parte importante da população no hemisfério. Mediante o uso de instrumentos internacionalmente reconhecidos pode-se determinar que, dependendo do país, entre 5% e 18% da população adulta apresenta características de consumo problemático de álcool.

1.2. A doença do alcoolismo na América Latina

Muitos estudos abordam as consequências adversas e comprometimento do consumo nocivo de bebidas alcoólicas em relação à saúde mundial. O percentual de 3,2% de todas as mortes é creditado ao uso indevido do álcool, bem como 4% de todos os anos de vida útil perdidos. A situação se agrava com relação à América Latina, onde o índice da média mundial é quatro vezes maior. Neste continente, cerca de 16% dos anos de vida útil são perdidos em função do uso indevido do álcool.

Apesar das diferenças regionais e dificuldades de obtenção de números atualizados relacionados ao universo de envolvidos, pode-se afirmar, de acordo com o Observatório Interamericano de Drogas da Comissão Interamericana para Controle do Abuso de Drogas (CICAD), que cerca de 9% da população do nosso hemisfério pode ser classificada nas categorias de abuso ou dependência de álcool e drogas (Anexo II). Equivale dizer que 1 a cada 10 pessoas no nosso continente tem problemas com álcool. Estimando-se que cada dependente afeta no mínimo 4 pessoas em seu entorno, emocional e muitas vezes fisicamente, o número de familiares e amigos afetados destaca a necessidade e importância de se abordar o assunto no viés de doença da família com mais profundidade.

No Brasil, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 2005, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), aponta que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool. O estudo indica também o consumo de álcool em faixas etárias mais precoces, e aponta a necessidade de revisão de medidas de controle, prevenção e tratamento.

Usando dados de levantamento recente e já divulgados pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (OBID), o Ministro do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, Jorge Armando Félix, disse que o álcool, além de ser a droga mais consumida no Brasil, tem o maior índice de dependência. Há, segundo

ele, cerca de 19 milhões de dependentes de álcool no país. Na pesquisa, 45% disseram que problemas familiares ou conjugais estavam relacionados ao hábito de beber de um parente. As informações são do I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo do Álcool publicado em 2007. Este estudo gerou um banco de dados que está disponível para consulta nos sites www.obid.senad.gov.br (OBID) e www.uniad.org.br (UNIAD).

Os pesquisadores têm dado especial atenção à dependência do álcool e outras drogas no aspecto clínico, sendo considerada geradora de incapacidade e colocada como patologia crônica importante.

Em setembro de 2009, especialistas representantes dos países vinculados à Organização dos Estados Americanos reunidos no México, através da Comissão Interamericana para Controle do Abuso de Drogas (CICAD), debateram suas experiências relacionadas ao tratamento e recuperação de pessoas dependentes de álcool e drogas em suas múltiplas formas. As opções de tratamento apresentadas por especialistas, sugerindo a participação da família e de outros atores que interagem com o dependente no processo terapêutico, reforçam a visão dos grupos aqui estudados, da contribuição para o êxito do tratamento e redução de ansiedades e frustrações dos familiares.

Vale acrescentar que estudos revelam a possibilidade de relação do álcool consumido de forma abusiva ou nociva com o uso de outras drogas, podendo ocorrer o consumo de forma alternada. Estes estudos indicam a possibilidade do álcool ser a droga de escolha inicial para alguns dependentes, hoje cada vez mais jovens, que escolhem outra droga como

principal para uso, após algum tempo de abuso do álcool. Neste caso, o impacto nos familiares é o mesmo, acrescido de dificuldades que o envolvimento com drogas ilegais acarreta.

1.3. Alcoolismo - doença da família

O alcoolismo é uma doença da família. Esta doença afeta todos aqueles que se relacionam com a pessoa que consome álcool de forma problemática. Muito esforço é necessário para ajudar os familiares no sentido de vencer a frustração e o desamparo causado por estarem vivendo ou por terem vivido com um alcoólico. A compulsão pela bebida afeta o comportamento do bebedor. A família reage ao comportamento dele, preocupando-se, focando no que ele faz, onde ele está, o quanto ele bebe. As pessoas próximas ao doente tentam controlar seu beber, por ele. Assumem a culpa e a vergonha que realmente pertencem ao bebedor. O familiar se torna dependente do alcoólico, como o alcoólico é dependente do álcool. Nesta dinâmica, as pessoas que convivem com o dependente se tornam também doentes. Abaixo, quadro com descrição original da doença do alcoolismo obtido no site referência dos grupos aqui estudados: www.al-anon.alateen.org.



FAMILY DISEASE

How do alcoholics affect families and friends?

Alcoholism is a family disease. The disease affects all those who have a relationship with a problem drinker. Those of us closest to the alcoholic suffer the most, and those who care the most can easily get caught up in the behavior of another person. We react to the alcoholic's behavior. We focus on them, what they do, where they are, how much they drink. We try to control their drinking for them. We take on the blame, guilt, and shame that really belong to the drinker. **We can become as addicted to the alcoholic, as the alcoholic is to alcohol. We, too, can become ill.**

<http://www.al-anon.alateen.org/>

Numa família bem equilibrada, os objetivos de segurança, lazer e criatividade dos membros são obtidos sem maiores conflitos. A família é responsável pela alimentação, teto, necessidades de ordem material para seus membros, bem como defesa contra ansiedades. Colabora ainda formando a identidade pessoal de cada membro como parte integrante de uma unidade amorosa e tranquilizadora. Outras funções da família incluem a educação dos filhos para desempenho de seus papéis na vida futura: trabalho, relacionamentos, sexo, desenvolvimento social e criativo.

No ambiente com a doença do alcoolismo existe muita tensão, que pode causar impacto em todos os membros. Em muitos lares, o pai pode ter se tornado tão ausente que é tido como o “homem esquecido” e a mãe pode ter se tornado o chefe da casa. Ela parece forte, autoconfiante e agressiva. Na realidade, pode estar inconscientemente ressentida e desapontada por não

poder contar mais com o marido quanto à autoridade e responsabilidade compartilhada na educação dos filhos e administração do lar. Ela fica muitas vezes confusa e amedrontada. As crianças sofrem com esta mudança de papéis.

Quando uma mudança de papéis causa atrito entre os pais, os filhos ficam expostos às discussões e tensões familiares. Sentem necessidade de fugir, caindo na solidão ou saindo de casa de uma vez à procura de companheirismo por caminhos muitas vezes indesejáveis e perigosos. Os filhos de qualquer idade retraem-se: não falam, não ouvem, não sentem. Evitam falar para evitar discussões ou agressões verbais e físicas. Evitam olhar para não ver o caos em que se encontram vivendo. Fingem que não sentem a insegurança e o medo que permeia o ambiente.

As crianças e adolescentes desenvolvem padrões de comportamento e atitudes que são úteis no processo de fuga da realidade. Estas atitudes continuam tendo na vida adulta e em relacionamentos posteriores, os mesmos padrões de respostas frente aos novos desafios, mesmo quando não são mais necessários. É o que estudiosos vêm como o impacto nas gerações futuras. Por isso, a importância do tratamento dos familiares, mesmo se o dependente não está mais no ambiente ou está em recuperação bem sucedida.

O quadro apresentado no Anexo III, publicado em 2008 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através da Organização Panamericana da Saúde, mostra o documento onde trata do Álcool e Cuidados de Saúde Primários, utilizando Informações Clínicas Básicas para

Identificação e Gestão de Riscos e Problemas, relaciona danos que podem ser associados direta e indiretamente a familiares adultos, crianças e adolescentes que convivem com a doença do alcoolismo, reforçando a importância e necessidade de estudos aprofundados a respeito.

1.4. Alcoolismo - Modificações neurofisiológicas que afetam a família

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) reconheceu a gravidade dos problemas de saúde mental, transtornos mentais e neurológicos relacionados ao abuso de substâncias, como álcool e drogas.

A bibliografia sobre o assunto revela que em matéria de tratamento, percentuais de 78% estariam ligados a transtornos por consumo de álcool.

As modificações neurofisiológicas que acometem o bebedor de forma progressiva, como desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, piora da capacidade de julgamento e diminuição da coordenação motora, contribuem para comprometer os relacionamentos familiares e agravar a doença da família.

A dinâmica nas famílias afetadas começa com a tendência natural de culpar o bebedor compulsivo ou o usuário de drogas por todos os problemas familiares. É óbvio que a situação contribui para divórcio, delinquência juvenil e doenças mentais, mas isso também acontece em lares onde não existe o problema do abuso do álcool e outras drogas.

Na realidade, o que acontece é que o dependente age e o familiar reage de forma descontrolada.

Enquanto o alcoólico continuar bebendo, sua vontade de beber aumentará mais. Sofre emocionalmente e usa o álcool para eliminar este sofrimento.

Os alcoólicos dependem tanto do álcool que realmente acreditam que não podem viver sem ele. Ficam tremendamente obsessivos. Ao tentarem parar de beber, os sintomas de abstenção são tão arrasadores que voltam a consumir a bebida como forma de escapar do sofrimento. É a dependência emocional da droga mostrando a sua força.

A compulsão é o outro aspecto cruel da doença, pois os alcoólicos gastam tempo e esforço tentando controlar sua maneira de beber. Prometem a si mesmos parar de beber em determinadas situações, mas acabam bêbados, não honrando a promessa feita a si próprios. Por outro lado, a compulsão afeta tanto o bebedor quanto todos os seus relacionamentos. As pessoas mais próximas e as que se preocupam são as mais atingidas pelo comportamento do alcoólico. Percebem que a maneira de beber está fora de controle e tentam controlá-la.

As cenas em público geram desconforto e vergonha ao familiar, que no particular tenta controlar a situação. Na sequência sente-se culpado, assume as dores, os medos e o sentimento de culpa do alcoólico.

1.4.1. Desinibição comportamental

Apesar de seus efeitos adversos o consumo do álcool moderado pode ter enfoque positivo na sociedade em geral. Estudos indicam que pequenas

quantidades de álcool podem proteger contra doenças coronárias. Este efeito se observa apenas em alguns países, em homens com mais de 35 anos e mulheres pós-menopausa. Nos mesmos países o impacto geral do álcool é negativo.

Nas reuniões sociais o álcool pode funcionar como elemento que pode contribuir para o bem estar de algumas pessoas, pelo seu efeito desinibidor. Para o bebedor com doses menores é assim que acontece. O alcoólico se apresenta muito sociável, simpático, alegre e é considerado como companhia agradável. Com o agravamento da doença, e sem autocensura, o comportamento se torna inadequado, gerando no familiar um extremo mal-estar. Se a família fica muito transtornada tende a ficar socialmente isolada, com o resultado de que seus membros também se isolam.

Para crianças e adolescentes da família as cenas vexatórias em público geram muita vergonha. Numa fase de mudanças profundas ocorrendo no aspecto físico, no desenvolvimento intelectual e no reconhecimento social, sentir que a determinação da própria identidade de familiar pode estar associada ao bebedor é motivo de frustração, raiva e ressentimento. As situações comuns de violência verbal e física, agressões, desmerecimento das qualidades dos filhos e outros familiares, além de críticas jocosas criam raízes que permanecem na idade adulta.

1.4.2. Comprometimento cognitivo

Os bebedores compulsivos muitas vezes parecem indiferentes à destruição que provocam em si mesmos e em seus familiares. Os familiares são extremamente sensíveis aos danos que eles causam.

Aqueles que se preocupam com o alcoólico nesta situação o considera egoísta, arrogante, irresponsável e sem consideração. Há a reprovação pelo tempo que o bebedor passa fora do lar e por deixar de cumprir suas obrigações para com a família. Repreendem o alcoólico por não saber lidar com o dinheiro e reprovam sua despreocupação relacionada ao futuro. Os familiares podem, em vista da situação, comprometer a comunicação com cinismo, crítica e desenvolver atitudes negativas, desesperadas e vingativas. O cônjuge não alcoólico, profundamente descontente com a situação, pode se tornar apático com relação à possibilidade de mudanças, abrindo espaço para a autopiedade.

Os filhos, muitas vezes se sentem incapazes de recorrer ao pai à procura de apoio e orientação e indecisos para recorrer à mãe em busca de amor e compreensão. O efeito nas crianças e adolescentes é a perda de referência do que pode ser considerado saudável.

1.4.3. Diminuição da atenção

A instabilidade emocional é uma constante no lar com a doença do alcoolismo. O humor do alcoólico flutua da intolerância à permissividade.

Tem atitudes sérias e moralistas. É perfeccionista e crítico. Por outro lado, nega favores à família ao mesmo tempo em que se submete a terceiros.

Não podendo contar com o marido, devido ao seu beber excessivo, a mãe assume a responsabilidade de educar os filhos e resolver problemas financeiros, se sobrecarregando com atividades que em famílias mais saudáveis são compartilhadas. O marido sente sua autoridade na família usurpada.

Os filhos são afetados por esta mudança de papéis dos pais. O pai, a quem possam tratar com respeito, está ausente e a mãe, a quem possam amar sem reservas, está ocupada tentando transformar instabilidade financeira em certeza prática e imediata.

Quando o filho perde o respeito pelo pai pode afastar-se das tendências masculinas normais, desenvolver uma dependência da mãe e talvez uma identificação com ela. Quando uma filha vê o pai numa situação degradante ou vexatória, pode afinar-se com ele e culpar sua mãe pela situação.

1.4.4. Piora da capacidade de julgamento

Os relacionamentos externos da família com alcoolismo podem ser tão prejudicados quanto o relacionamento no lar. A oposição agressiva às convenções sociais leva ao isolamento do alcoólico e de toda a família. Quando as regras de conduta são quebradas pelo alcoólico, aqueles que lhe são próximos tentam defendê-lo, mesmo quando sua conduta não tenha defesa.

As pessoas conhecidas que não se importam, não falam a respeito dos incidentes. Simplesmente se afastam da situação embaraçosa, evitando qualquer contato com o alcoólico e a família. Os familiares, antecipando esta rejeição, afastam-se dos contatos sociais. Quanto mais se afastam, mais frustrados e isolados os familiares se sentem.

O sentimento de rejeição nas crianças e adolescentes pode ter reflexos no rendimento escolar, evidente no comportamento distante e não comprometido que alguns assumem na escola. Alguns filhos de alcoólicos, com a finalidade de evitar atritos ou confrontos, preferem não participar de atividades opcionais em grupos de escolares. Outros evitam chamar atenção sobre si, quando preferem não trazer amigos para casa, por ser o ambiente familiar imprevisível e instável. Por outro lado, há também aqueles que são extremamente dedicados e utilizam os méritos escolares para camuflar a busca intensa de aprovação e aceitação.

1.4.5. Diminuição da coordenação motora

A diminuição da coordenação motora como reação neurofisiológica na doença do alcoolismo também tem reflexos na doença da família. A exposição de si mesmo e de familiares a qualquer tipo de acidentes é uma constante. Se o alcoólico ainda está em atividade funcional pode significar riscos expandidos. Por exemplo: aviadores, motoristas de transportes coletivos, operadores de máquinas pesadas, etc.

A vulnerabilidade das crianças e adolescentes que andam de automóvel com um motorista que esteve bebendo, por exemplo, é acompanhada de desconfortante sensação de impotência e possivelmente pânico em acompanhantes e, adicione-se a isto, a culpa no familiar adulto não alcoólico, por não impedir situações previsíveis de danos ou acidentes.

1.5. Alcoolismo em mulheres

As mulheres são mais vulneráveis ao álcool que os homens. Quando comparadas aos homens, as mulheres atingem concentrações sanguíneas de álcool mais altas e mais rapidamente, com as mesmas doses. A explicação pode ser o fato das mulheres terem uma quantidade inferior de água corporal em relação a seu peso (Swift, 2003). Vale destaque para o I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, publicado em 2007. O estudo aponta a prevalência de uso nocivo do álcool por sexo na proporção de 1 feminino para 5 masculino. No Anexo IV, quadro do Levantamento Nacional referido no parágrafo anterior, ilustrando o uso nocivo por sexo, idade e região.

1.5.1. Alcoolismo em mulheres e a doença da família

Existem diferenças entre a situação de um homem esposo de uma alcoólica e a da esposa de um alcoólico, mas o problema é o mesmo na essência. A experiência tem demonstrado que a possibilidade do homem

abandonar sua companheira alcoólica é maior que o inverso. O homem, em muitos lares é o que mantém a família financeiramente. A companheira de um alcoólico suportará situações incríveis se depender economicamente dele, principalmente se houver filhos.

Quando a esposa é a alcoólica, o marido se revolta por ver o dinheiro que ganhou com esforço do trabalho desperdiçado com bebidas. A companheira com a doença do alcoolismo pode comprometer a carreira do marido por conduta irresponsável diante do empregador, clientes ou colegas de trabalho.

Os familiares de alcoólicos relutam em receber visitas em casa, quer seja o homem ou a mulher. Entretanto, o marido tem uma vantagem sobre a esposa. Ele pode evitar expor a esposa ou evitar situações constrangedoras no seu próprio lar, convidando os amigos e levando-os para restaurantes.

Visitar outras pessoas também traz problemas. O marido não tem certeza se sua esposa manterá o compromisso que ambos assumiram. No evento social com bom início, o casal pode ter que retirar-se devido ao comportamento constrangedor da companheira alcoólica. O marido se sente envergonhado quando percebe que outras pessoas param de convidá-los para reuniões sociais. Não quer ser visto como fraco ou pouco viril.

Quando o casal tem filhos, é tão difícil para o homem quanto para a mulher assumir o papel de ambos, pai e mãe. O tempo que o marido pode ficar em casa para resolver os problemas domésticos parece nunca ser suficiente. O marido muitas vezes tem que fazer alguma coisa pelos filhos

que se encontram refugiados num quarto, trancados, com medo de sair ou doentes, com febre, com desintéria, sem ninguém que cuide deles.

Para crianças e adolescentes com mãe alcoólica e sem a presença do pai, a situação se agrava extremamente. Sem o provedor, a situação financeira é caótica. As necessidades básicas de sobrevivência são comprometidas. O clima de confusão e insegurança é vivenciado ao extremo. As crianças e adolescentes são infelizes dentro do lar, e muitas vezes se sentem da mesma maneira fora dele. Podem ser ridicularizados pelos colegas na escola e expostos à piedade dos adultos.

Para crianças e adolescentes com pai ou mãe alcoólica que tem companheiros diferentes dos pais biológicos das crianças, as situações de extremismos são mais frequentes. Pelo fato de todos estarem comprometidos pelo impacto da doença do alcoolismo na família, a média alta de violência física, o abuso de menores, agressões verbais, a negligência, o descaso quanto às emoções e sentimentos é multiplicado e dificilmente percebido. A dinâmica angustiante e injusta é realimentada, tornando-se extremamente destrutiva e com reflexos que podem ser irrecuperáveis.

O prejuízo e o impacto na auto-estima dos filhos de alcoólicos são reconhecidos por muitos profissionais. Estas crianças, por conviverem diariamente com o medo, a falta de alimentos ou refeições em condições e horários saudáveis, ausência de sono restaurador, bem como a falta de orientação e afeto familiar, estão expostas a riscos maiores de desenvolver alcoolismo elas mesmas e outros problemas de saúde mental. O resultado é

que podem se tornar retraídas ou abertamente agressivas, com consequências imediatas no rendimento escolar e laboral, além de distúrbios emocionais e comportamentais na idade adulta.

1.6. Características da família com a doença do alcoolismo

Existe ainda muita desinformação sobre as dificuldades emocionais que os familiares vivenciam na convivência com o alcoolismo. A negação é o grande obstáculo para a recuperação de qualquer um dos integrantes da família, quer seja o dependente ou o familiar. O dependente fracassa ao tentar controlar a droga. O familiar fracassa ao tentar controlar o dependente. Tanto um lado como o outro só adicionarão mais qualidade às suas vidas quando admitirem a situação não saudável que estão vivendo. A raiva, angústia, depressão, ressentimento, culpa, autopiedade, orgulho e desespero são sentidos pelos dois lados.

Os relacionamentos são extremamente afetados sob o impacto desta doença. A dinâmica de jogos emocionais, agressões, competitividade, crítica e controle são constantes e realimentadas. Os integrantes da família elaboram mecanismos de defesa na tentativa de resguardar que sua própria fragilidade seja descoberta. As situações de conflito neste contexto apontam riscos elevados de doenças mentais, sintomas psicossomáticos associados ao uso nocivo e dependência do álcool. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) reconheceu a necessidade de se tomar medidas para promover programas que prestem assistência a pessoas com transtornos

mentais, neurológicos e por abuso de substâncias. Atualmente a saúde mental está também na agenda global de saúde pública.

A flexibilidade em cada integrante da família pode ser o primeiro passo para a alteração da percepção e início da conscientização desta dinâmica criada para camuflar a realidade na família.

Existem características presentes em famílias com a doença do alcoolismo que contribuem para a manutenção de relacionamentos e comunicação não saudáveis. Este é o cenário onde todos os integrantes da família são influenciados e ao mesmo tempo influenciam com seus comportamentos e atitudes. Estudiosos relacionam alta dose de imprevisibilidade, inconsistência, instabilidade, comunicação agressiva, rigidez, controle, resistência a mudanças, distância emocional, dificuldade de expressão de sentimento, tensão constante, cultura da tragédia, radicalização de emoções, preconceito e humor comprometido na dinâmica familiar destas pessoas.

Estas características são percebidas em situações não muito claras, quase sempre como reflexo de acontecimentos relacionados à noite anterior ou após uma discussão, outras vezes em situação de estresse de algum membro da família, ou ainda com a ansiedade relacionada à antecipação de algum acontecimento importante ou data comemorativa.

1.7. Tipos de filhos e a doença da família

Milhões de crianças e adolescentes convivem com algum parente alcoólico no Brasil. As estatísticas mostram que eles estarão mais sujeitos a serem negligenciados em suas necessidades básicas, e com maior chance de desenvolverem problemas emocionais e psiquiátricos do que a população desta faixa etária não exposta ao problema, mas não significa que todos eles serão afetados. Num estudo longitudinal de filhos de alcoólicos os investigadores verificaram que, apesar de 41% das crianças ter desenvolvido sérios problemas de confronto e superação aos 18 anos de idade, 59% não desenvolveu problemas.

Estas crianças que conseguem ultrapassar estes desafios partilhavam várias características que contribuíram para o seu sucesso, incluindo a capacidade de acreditar que podiam desenvolver a própria força, corrigir as próprias atitudes e acreditar na auto-ajuda. Este é o contexto de atuação, quase sempre com sucesso, dos grupos de ajuda a familiares.

O primeiro problema que podemos citar é a baixa auto-estima e auto-imagem com consequentes repercussões negativas sobre o rendimento escolar e demais áreas do funcionamento mental, inclusive em testes de QI. Estes adolescentes e crianças, quando examinados tendem a subestimarem suas próprias capacidades e qualidades. Outros problemas comuns em filhos e parentes de alcoólicos são persistência em mentiras, roubo, conflitos e brigas com colegas, vadiagem e outros problemas comportamentais

(http://alcoologia.net/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=81&Itemid=35)

A maioria dos livros publicados sobre o assunto Filhos Adultos ou Crianças Adultas concordam que certos tipos de personalidade são comuns em famílias com a doença do alcoolismo ou famílias disfuncionais. Alguns dos livros os chamam por nomes diferentes e nem todos os tipos são encontrados em todos os livros. Estes tipos podem ser identificados como resposta a certas situações ou desafios, podendo haver combinação de outros tipos para uma mesma pessoa.

Cada um dos tipos de personalidade tem necessidades especiais na recuperação, e cada tipo pode ser restaurado se eles aceitarem o risco ao acreditar que podem mudar e se recuperar. Um filho adulto pode ter diversas dessas características de uma vez ou atuar em diferentes papéis dentro da família em diferentes idades ou dependendo da pessoa com a qual ele se relaciona quando adulto.

Os papéis e características dos tipos listados abaixo foram parcialmente retirados de Adult Children of Alcoholics and Disfuncional Families (ACOA), um grupo de auto-ajuda divulgado nos Estados Unidos e Inglaterra (Filhos Adultos de Alcoólicos e de Famílias Disfuncionais).

1.7.1. O Herói da Família

Este tipo é um realizador, vencedor, às vezes o filho mais velho. Muitas vezes é um compulsivo pelo trabalho que pode identificar as necessidades

dos outros e as suprir, mas sem entender suas próprias necessidades. Tem baixa tolerância às frustrações. A imagem que passa para o mundo exterior é que tudo "está bem", mas ele mesmo não tem como sentir os benefícios de suas conquistas materiais ou profissionais. Na realidade se sente como uma fraude e está propenso a depressões, que esconde daqueles que o rodeiam. Na ausência, substitui o pai na família, desbancando a autoridade materna.

1.7.2. O Salvador

Parecido com o Herói da Família. Porém, este tipo não tem o sucesso visível. O "Salvador" encontra facilmente pessoas em necessidade, e por vezes se casam com elas, ou encontra um trabalho no qual possa suprir as necessidades de outros e é muito compreensivo em relação a traições constantes. Estas pessoas se doam demais e têm tendência a se sentirem inadequadas por não terem a capacidade de aceitar ajuda para suas próprias necessidades.

1.7.3. O Mascote

Frequentemente é o filho mais novo, que usa o humor ou outro comportamento atrapalhado para tirar o foco da família de seus problemas. Pode contar uma piada no momento certo para desviar a atenção dos problemas e manter os familiares afastados da dor da realidade. É o tipo que tem necessidade de platéia e aplausos.

1.7.4. O Organizador

Este tipo nunca é perturbado pelo que está ocorrendo. Estas crianças nunca se ligam muito a um objetivo ou um desejo porque aprenderam a mudar de direção a qualquer momento. Eles sabem que algo está errado, mas lidam com isso, frequentemente com sucesso. Em situações desafiadoras e estressantes desenvolvem a capacidade de entregar sua identidade às necessidades do momento.

1.7.5. O Capacho

Este é o tipo da criança que foi abusada e que sobrevive deixando os outros passarem por cima dela, preferindo esse comportamento a um desagradável e às vezes perigoso confronto. Estes filhos entendem muito bem as necessidades que os outros têm em abusá-las, mas não conseguem identificar seus sentimentos sobre o abuso no passado ou no presente.

1.7.6. O Rebelde

Este filho entra em ação ao menor sinal de provocação, como um herói agindo para prevenir um abuso a outra pessoa, talvez distraindo o abusador ou para protegê-los mesmos. Este é o filho que é mais visível para o mundo externo, e que pode vir a se tornar um adicto ou ter outro comportamento compulsivo como uma afronta ao sistema familiar.

1.7.7. O Bode Expiatório

É neste tipo que se concentra a culpa e a vergonha pelas ações de outros membros da família, por ser a pessoa que tem a mais visível disfuncionalidade. Este filho serve a família sendo o louco ou doente que permite aos outros membros da família ignorar seus próprios problemas. Esse é também o filho que mantém a família junta, pois esta se reúne para ajudar o Bode Expiatório. Estes tipos aprendem a permanecer problemáticos para continuar a receber a pequena atenção disponível num lar disfuncional.

1.7.8. A Ameaça

Este filho é frequentemente vítima de abuso físico, sexual e/ou emocional, e com sucesso faz a transição mental para deixar de ser a vítima e passar a ser o abusador. Muitas vezes "A Ameaça" está realmente arrependido de seus atos, pela dor e sofrimento causado aos outros, mas continuará a infligir esse abuso para não ter que se confrontar com a própria dor de ter sido abusado.

1.7.9. A Criança Perdida

É frequentemente um jovem ou o mais novo dos filhos. Este tipo de personalidade aprendeu a ficar fora do caminho, não fazer com que suas necessidades sejam reconhecidas e a não esperar nada. Eles evitam sentir,

negando que possuem sentimentos. Eles adotam qualquer comportamento que permita a continuidade do seu “ficar invisível” no meio da família, do trabalho, da escola ou em algum relacionamento. Esse é o filho que pode assumir qualquer personalidade que pareça menos ameaçadora para aqueles que os rodeiam.

1.7.10. A Última Esperança

Parecido com a criança perdida, “A Última Esperança” é um cuidador para a família quando os outros membros se tornaram incapazes de continuar em seus papéis. Frequentemente “A Última Esperança” cresce ouvindo coisas do tipo “você não vai conseguir me ferir como fulano ou siclano”. Este filho pode se sacrificar demais tentando fazer o que lhe dizem que é certo, não interessando o quanto isso o prejudique.

2. METODOLOGIA

2.1. Casuística

O estudo foi desenvolvido na população de 35 pessoas que frequentam grupos de ajuda a familiares e amigos de alcoólicos - Al-Anon e Alateen - no estado de São Paulo, Brasil. Assim, do total de 35 entrevistas, 16 foram realizadas com adultos frequentadores de grupos Al-Anon e 19 com adolescentes na faixa etária de 7 a 21 anos frequentadores de grupos Alateen.

2.2. Instrumento de avaliação

Aplicação de questionário adaptado do relatório de Al-Anon Family Groups Headquarters (2006), com informações dirigidas à comunidade de profissionais e disponível na Web para demais interessados.

O questionário objeto deste trabalho foi elaborado a partir dos resultados daquele relatório, apresentados pelos grupos nos Estados Unidos e Canadá, traduzido e adaptado a realidade brasileira nas informações relacionadas à demografia e educação. Nas demais informações a semelhança foi resguardada.

A amostra foi dividida em dois grupos iniciais, a saber, frequentadores adultos de grupo Al-Anon e frequentadores crianças e adolescentes de grupo Alateen.

O universo de participantes Alateen foi observado em três categorias de acordo com o tempo de permanência no grupo, isto é, amostra de frequentadores há mais de 3 anos, amostra de frequentadores de 1 a 3 anos e amostra de frequentadores até 1 ano.

2.3. Método

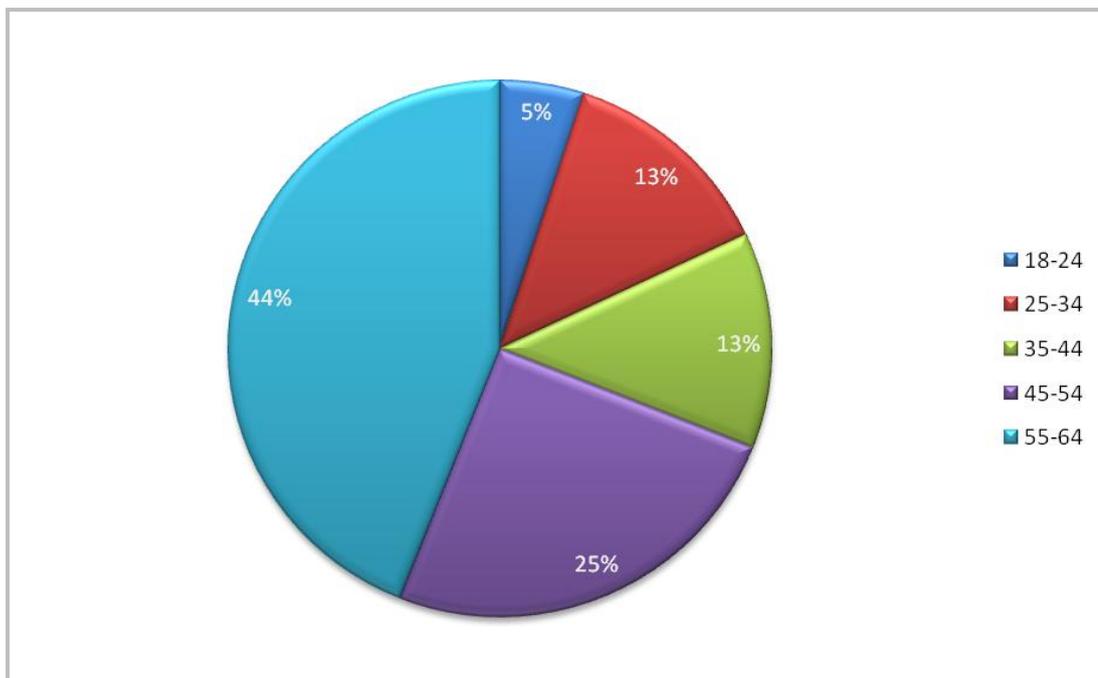
Pessoas frequentadoras dos grupos que voluntariamente se propuseram a participar e responderam completamente as perguntas. As respostas foram obtidas através de questionário impresso e meio eletrônico.

3. RESULTADOS

De forma geral, respeitando as diferenças sociais e culturais, a doença da família tem impacto semelhante nas populações comparadas.

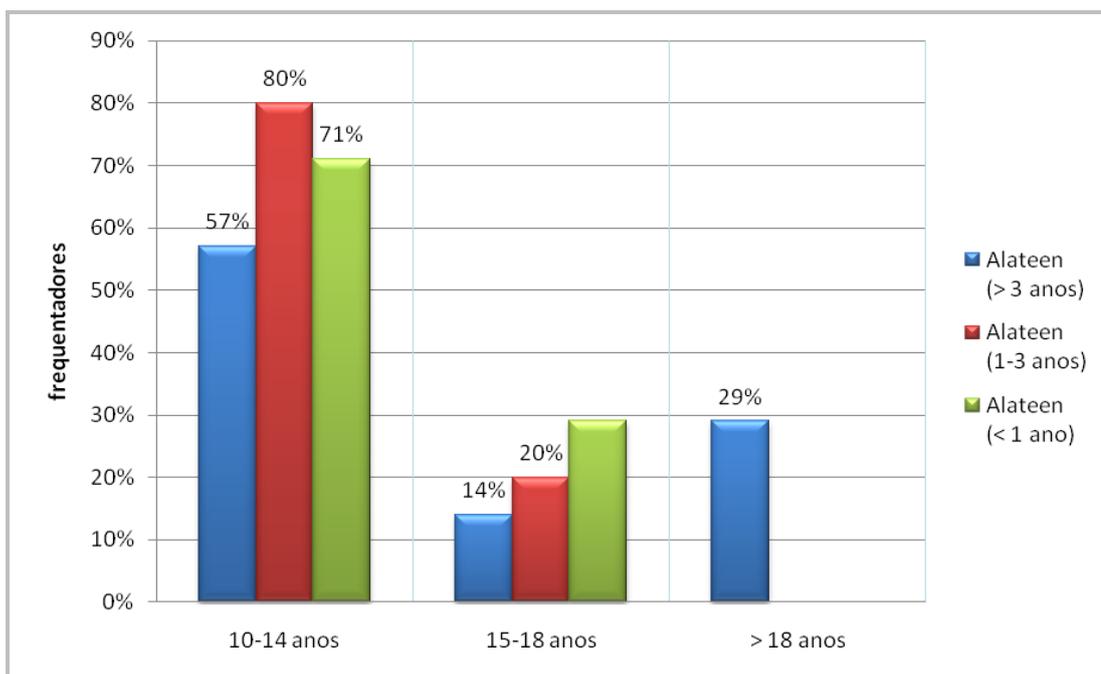
A seguir os gráficos de dados demográficos e outras informações encontradas, identificadas nas populações separadas, isto é, de adultos maiores de 18 anos frequentadores de grupo de ajuda a familiares e amigos de alcoólicos (Al-Anon), e a amostra de crianças e adolescentes frequentadores de grupo de ajuda a familiares e amigos de alcoólicos (Alateen).

Gráfico 1 - Distribuição por faixa etária - Al-Anon

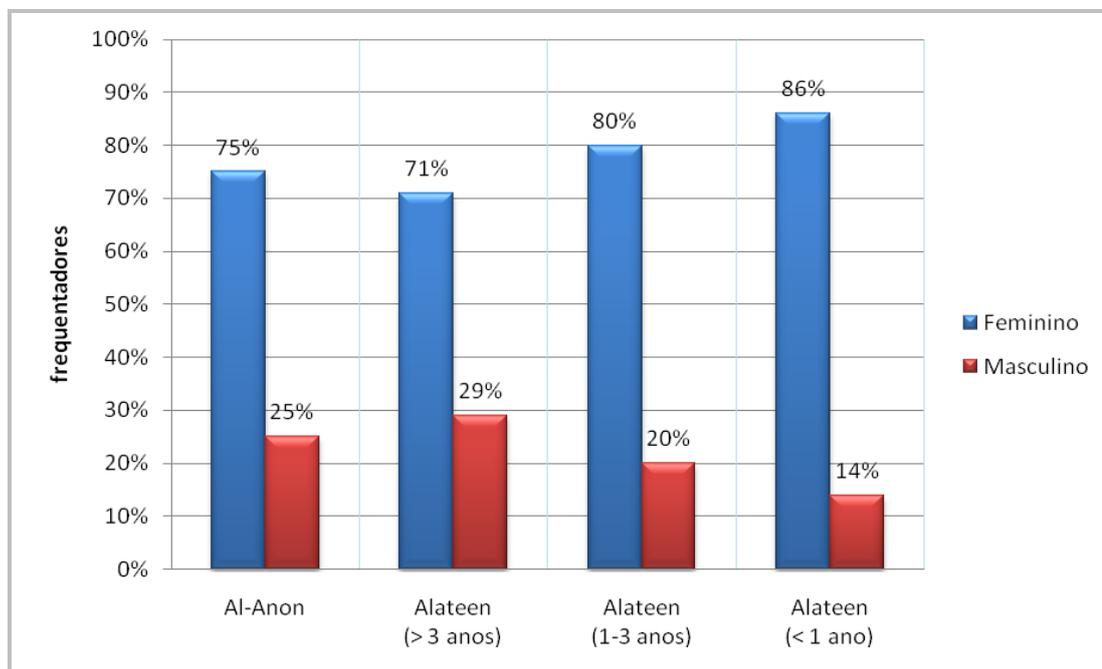


A média de idade dos frequentadores de grupos Al-Anon na amostra varia em torno de 52 anos. No contexto estudado não esteve presente maiores de 64 anos.

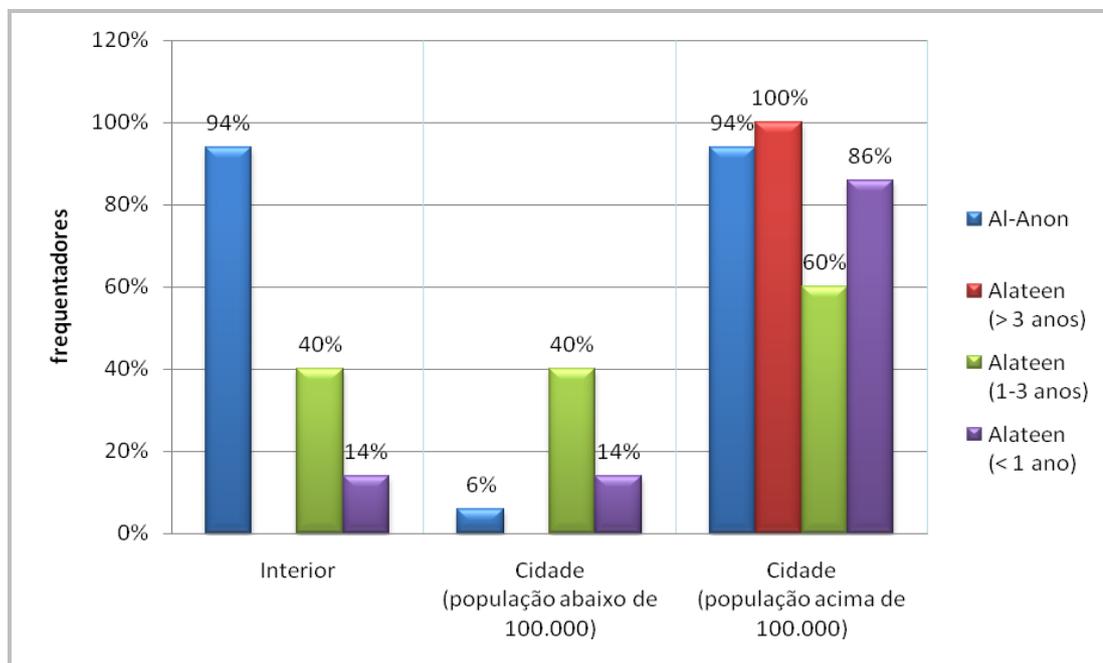
Gráfico 2 - Distribuição por faixa etária - Alateen



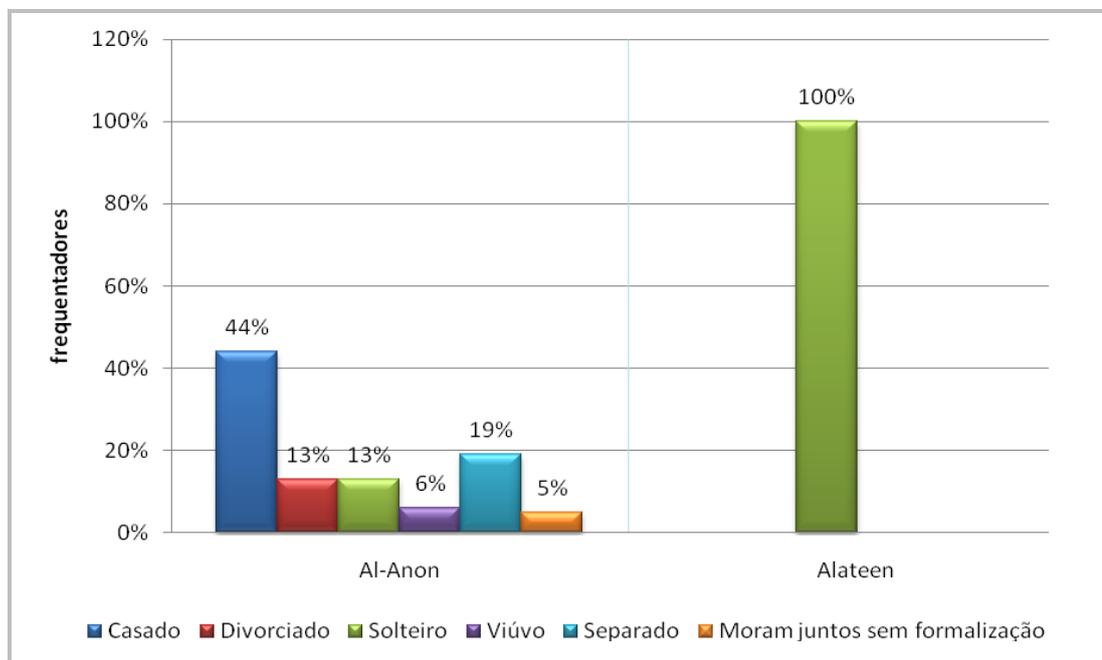
De forma geral, a média de idade dos frequentadores de grupos Alateen na amostra varia em torno de 14 anos. Na amostra local inexistem participantes menores de 10 anos.

Gráfico 3 - Distribuição por sexo - adultos e adolescentes

O Gráfico 3 demonstra a prevalência de frequentadores do sexo feminino nos dois conjuntos estudados.

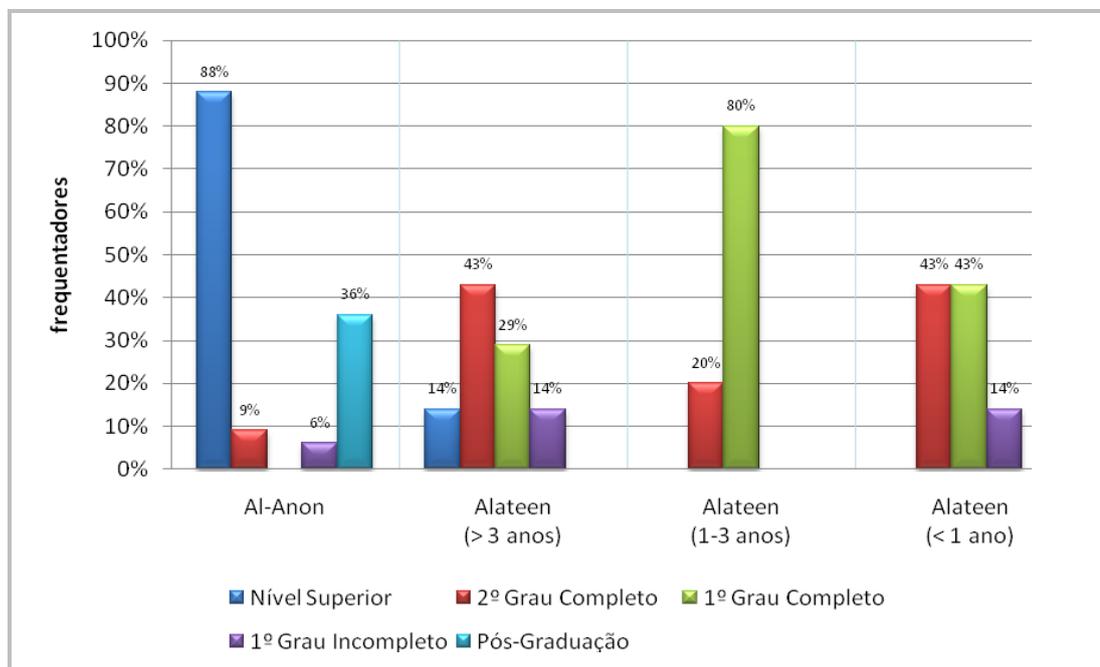
Gráfico 4 - Distribuição por região - capital e interior

O Gráfico 4 mostra a distribuição das entrevistas de acordo com a localização dos locais de reunião, apresentando a capital do estado como maioria.

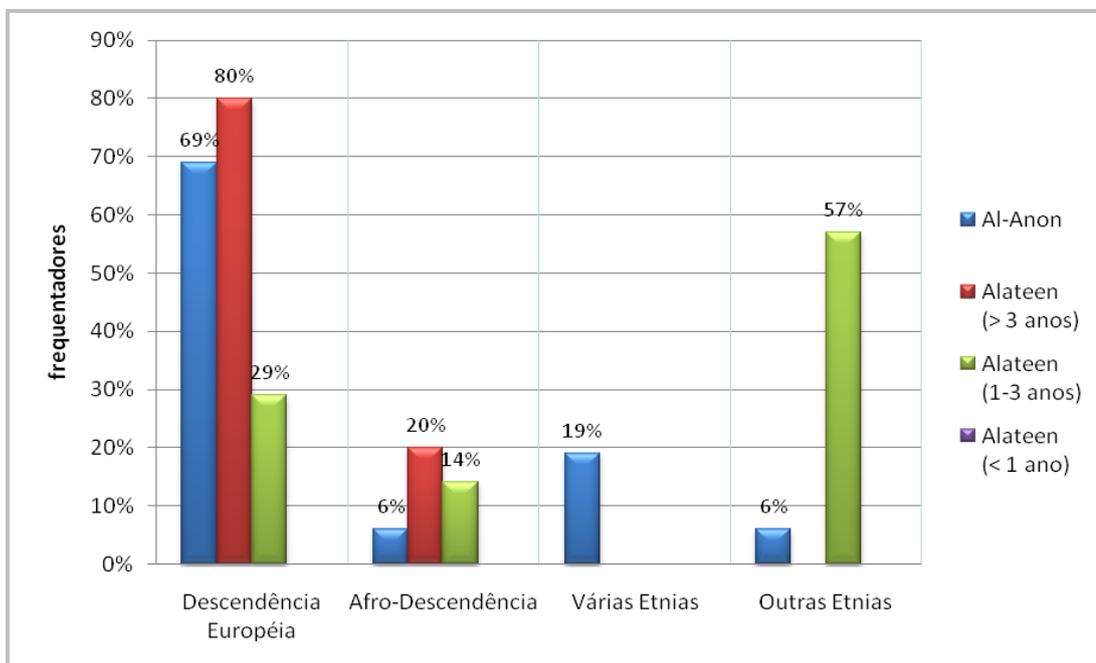
Gráfico 5 - Estado civil - adultos

O Gráfico 5 registra a maioria das mulheres da amostra como casada ou vivendo com um companheiro. Demonstra naturalmente a prevalência de solteiros no universo de adolescentes.

Gráfico 6 - Nível de instrução - adultos/adolescentes



O nível de instrução de participantes adultos da amostra é alto. Adolescentes em idade apropriada para estudo continuam estudando. Inglês ou espanhol como segunda língua é notada no universo de adultos estudados.

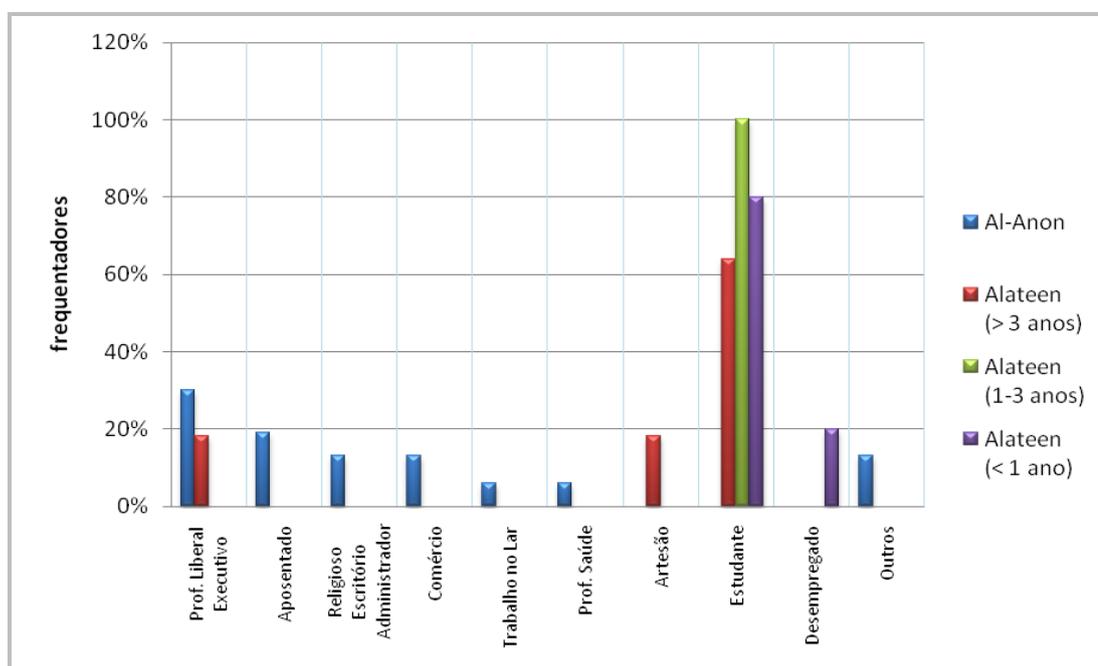
Gráfico 7 - Etnia - adultos/adolescentes

O Gráfico 7 indica predominância de brancos na amostra local.

Tabela 1 - Atividade econômica - adultos/adolescentes

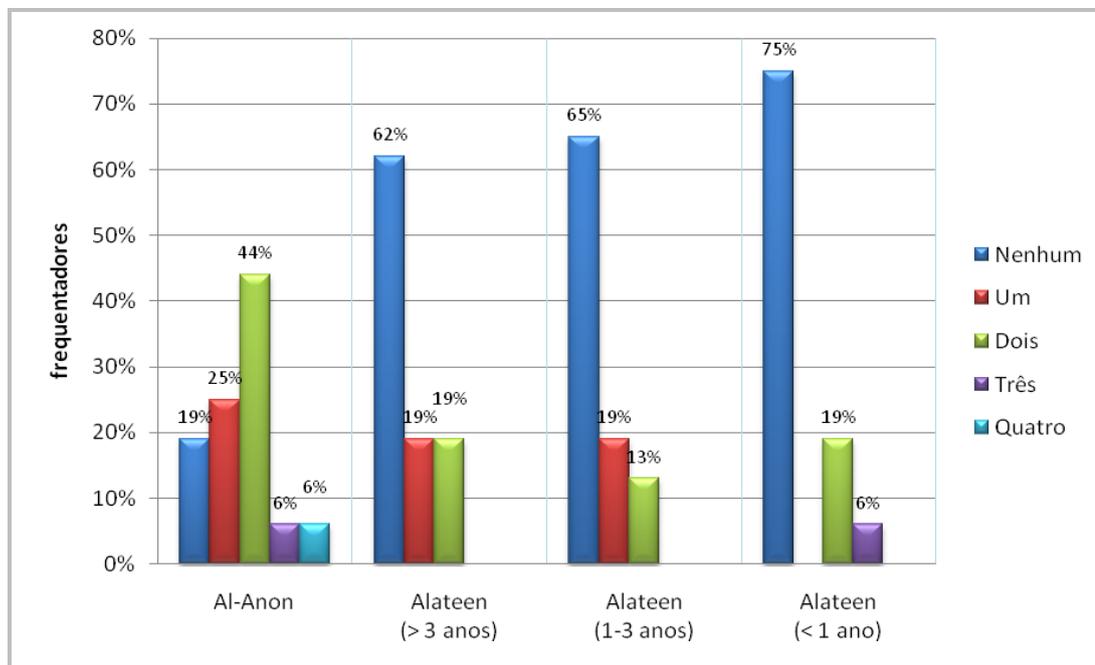
O que fazem os membros	Al-Anon	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	%	%	%
Prof. Liberal/Executivo	30	18	-	-
Aposentado	19	-	-	-
Religioso/Escritório/ Administrador	13	-	-	-
Comércio	13	-	-	-
Trabalho no Lar	6	-	-	-
Prof. Saúde	6	-	-	-
Artesão	-	18	-	-
Estudante	-	64	100	80
Desempregado	-	-	-	20
Outros	13	-	-	-

Gráfico 8 - Atividade econômica - adultos/adolescentes



Predominância da população economicamente ativa, inclusive aposentados. Alguns adolescentes já estão no mercado de trabalho, mas continuam a formação estudando.

Gráfico 9 - Filhos que moram na mesma casa do dependente, potenciais familiares afetados pela doença

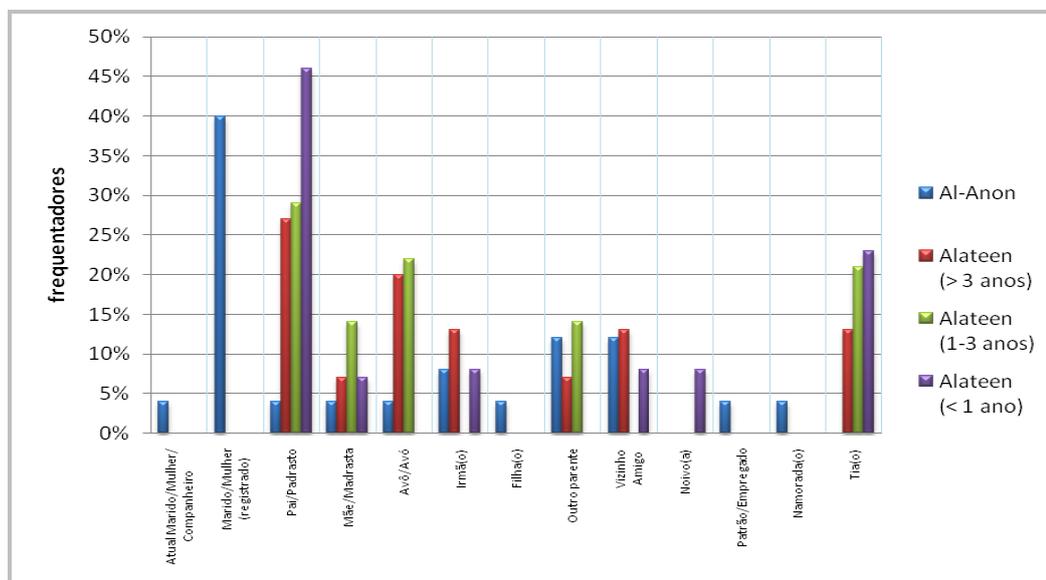


O Gráfico 9 demonstra que 81% de adultos familiares de alcoólico tem filhos menores e maiores de 21 anos convivendo com o dependente na casa. A maioria dos adolescentes informaram existência de irmãos (meio-irmão incluído), representando 89% da amostra.

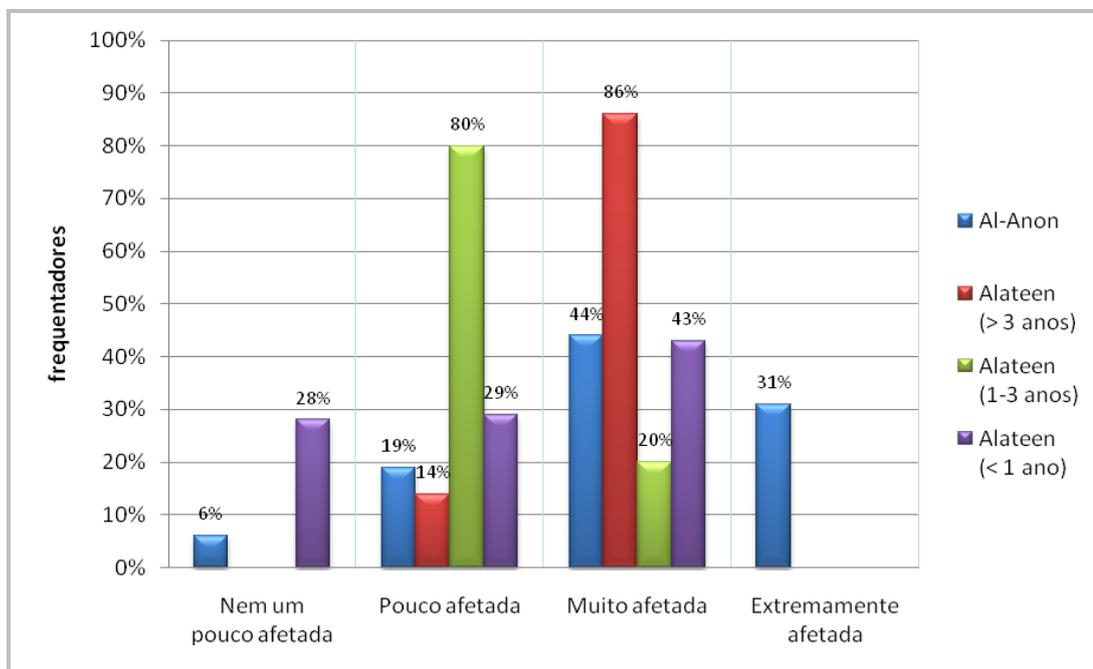
Tabela 2 - Quem são os alcoólicos de suas relações

Tipo de relacionamento (aceita mais de 1 resposta)	Al-Anon	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	%	%	%
Atual	4	-	-	-
Marido/Mulher/Companheiro	40	-	-	-
Marido/Mulher (registrado)	4	27	29	46
Pai/Padrasto	4	7	14	7
Mãe/Madrasta	4	20	22	-
Avô/Avó	8	13	0	8
Irmã(o)	4	-	-	-
Filha(o)	12	7	14	-
Outro parente	12	13	-	8
Vizinho/Amigo	-	-	-	8
Noivo(a)	4	-	-	-
Patrão/Empregado	4	-	-	-
Namorada(o)	4	-	-	-
Tia(o)	0	13	21	23

Gráfico 10 - Parentes com a doença do alcoolismo - adultos/adolescentes



O Gráfico 10 demonstra que adolescentes familiares de alcoólicos têm em média 1,6 alcoólicos em suas vidas.

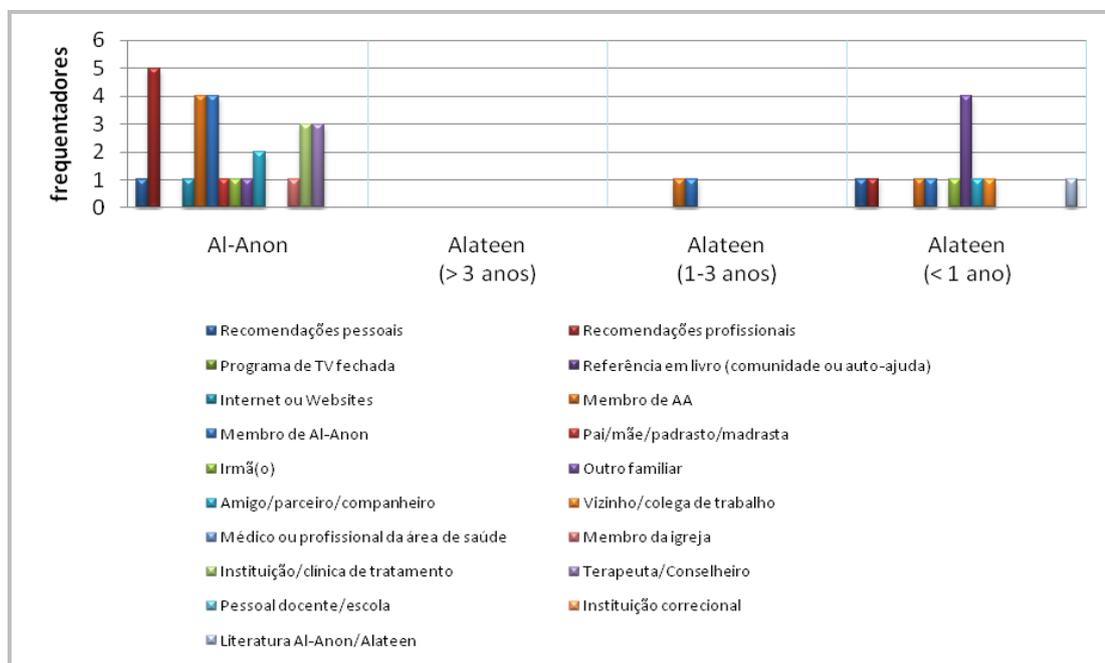
Gráfico 11 - Impacto da doença em casa, escola e trabalho

O Gráfico 11 demonstra que adolescentes familiares de alcoólicos identificaram que foram afetados pela doença do alcoolismo, causando danos em vários setores de suas vidas, incluindo o rendimento escolar.

**Tabela 3 - Maior responsável pela primeira reunião do membro
(somente membros de menos de 2 anos responderam)**

Influenciadores	Al-Anon	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	nº	nº	nº	nº
Recomendações pessoais	1	-	-	1
Recomendações profissionais	5	-	-	1
Programa de TV fechada	-	-	-	-
Referência em livro (comunidade ou auto-ajuda)	-	-	-	-
Internet ou Websites	1	-	-	-
Membro de AA	4	-	1	1
Membro de Al-Anon	4	-	1	1
Pai/mãe/padrasto/madrasta	1	-	-	-
Irmã(o)	1	-	-	1
Outro familiar	1	-	-	4
Amigo/parceiro/companheiro	2	-	-	1
Vizinho/colega de trabalho	-	-	-	1
Médico ou profissional da área de saúde	-	-	-	-
Membro da igreja	1	-	-	-
Instituição/clínica de tratamento	3	-	-	-
Terapeuta/Conselheiro	3	-	-	-
Pessoal docente/escola	-	-	-	-
Instituição correcional	-	-	-	-
Literatura Al-Anon/Alateen	-	-	-	1

**Gráfico 12 - Maior responsável pela primeira reunião do membro
(somente membros de menos de 2 anos responderam)**



O gráfico 12 e a tabela 3 demonstram a influência dos profissionais e familiares para orientação de frequência à grupo.

4. DISCUSSÃO

“CONSCIÊNCIA É A RESPOSTA” é o título do livro do sociólogo holandês Robert Happé, onde defende que tornarmos-nos conscientes de nós mesmos e conhecer nossa verdadeira identidade é a chave para lidarmos com estes tempos de transformação e conseguirmos condições para resolver em cooperação com outros seres, problemas e dificuldades da humanidade.

“É necessário uma ação de conscientização e correção”, afirma o Dr. Norberto R. Keppe, cientista brasileiro, doutor em psicanálise, criador da Trilogia Analítica (psicanálise integral). Seus estudos foram publicados em 26 livros e traduzidos em 8 idiomas até 2001.

“A relação entre o stress, as doenças psicossociais e as orgânicas estão relacionadas a não conscientização da psicopsicopatologia dos erros individuais e sociais”, afirma Claudia B. Pacheco, Ph.D., psicanalista, em seu livro “A cura pela consciência”.

Carlos Henrique Brito Cruz, diretor científico da FAPESP em 17/08/2009, em palestra nesta CÁTEDRA, disse quando questionado sobre oportunidades das Ciências Sociais no contexto atual:

“Pode-se aprender sobre o ser humano por caminhos diferentes de análise de tomografias”.

“Se a humanidade conhecer melhor sobre si mesma, ajudará a viver melhor”.

A dinâmica nos Grupos Familiares deste estudo que tiveram sua origem em Nova York, E.U.A. em 1951 e no Brasil desde 1965, enfatiza a CONCIENTIZAÇÃO dos indivíduos, seus problemas e suas verdadeiras causas, bem como a interação com o familiar alcoólico, o ambiente que o cerca, contribuindo no processo de desenvolvimento pessoal, familiar e social. Utilizam o programa de Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos adaptados para familiares.

Desde 1984 o relatório de Al-Anon Family Groups Headquarters, com informações dos membros frequentadores de reuniões nos Estados Unidos e Canadá é disponibilizado para a comunidade profissional e público interessado. O estudo é realizado a cada três anos, e o foco do presente trabalho é o oitavo, com o perfil de frequentadores de 2006.

No Brasil este é o primeiro trabalho com estas características e está, por enquanto, com a amostra limitada ao Estado de São Paulo. As informações completas resultantes desta amostra e trabalho estão nas Tabelas 1 a 26 no Anexo IX. As informações podem auxiliar profissionais, pesquisadores, estudantes, a mídia em geral e demais pessoas interessadas no assunto.

As informações dos grupos dos Estados Unidos e Canadá, objeto de comparação deste trabalho, estão disponíveis no endereço <http://www.al-anon.alateen.org/pdf/surveyDatatable.pdf>.

De forma geral, a média de idade dos frequentadores de grupos de ajuda a familiares de Alcoólicos (Al-Anon) na amostra varia em torno de 52 anos, média menor que o resultado comparado. Não estiveram presentes maiores de 64 anos, o que não quer dizer que não existam pessoas das

faixas menores e maiores de idade frequentando os grupos. Foi observado predominância da faixa de idade de 45 a 65 anos nesta amostra. Nos grupos Alateen, a faixa de idade com maior concentração é de 10 a 14 anos, e a média de idade teve variação para os três conjuntos observados da seguinte maneira: 15 anos para frequentadores ininterruptos há mais de 3 anos, e 11 a 12 anos para frequentadores até 3 anos.

É predominante a presença de membros do sexo feminino no geral, e no Alateen representa 79%. O mesmo acontece na amostra estrangeira com 80% de participação feminina. Os familiares de alcoólicos, independente do sexo, demoram para admitir a necessidade de procurar ajuda, e o fazem após vencer a negação, que é um sintoma da doença da família. O homem, entretanto, protela mais que as mulheres, comprometendo sua própria saúde e contribuindo para o agravamento da doença da família.

Da amostra total, foi registrada maioria da presença de membros solteiros, justificado pela quantidade de membros Alateen, com idade média de 14 a 17 anos, representando 64%. As situações de separação e divórcio representam 42% da amostra restante, reforçando a relação da doença do alcoolismo com as dificuldades de relacionamentos saudáveis e danos nas relações maritais. Interessante notar que apesar da inexistência da opção que identificasse namoro ou noivado, a resposta apareceu em 16% dos respondentes adolescentes.

A distribuição das entrevistas de acordo com a localização dos grupos aponta presença marcante na capital, representando 88% das respostas. Este dado pode justificar a necessidade de se ampliar a amostra para

futuros trabalhos, uma vez que localidades importantes ficaram fora do estudo.

Devido à miscigenação racial no Brasil e à dificuldade de definição consistente das etnias, optei por caracterizar a informação étnica de acordo com a descendência genética. A descendência européia pode ser entendida como etnia branca, afro-descendente vista como etnia negra e descendência oriental entendida como amarela. A miscigenação aparece relacionada à descendência com várias etnias, e outras etnias pode ser entendido como nenhuma das anteriores. Na distribuição prevalece o número maior da etnia branca, representando 64%. Na amostra americana e canadense o percentual de caucasianos é também maioria, representando 88%.

De forma geral o nível de instrução dos participantes adultos da amostra é bem alto. A maioria tem nível superior e fluência em outra língua, o que corresponde a 87%. Deste universo, 38% apresenta pós-graduação. Entretanto, participantes de outros níveis de instrução, como ensino básico completo e ensino básico incompleto, convivem com elegância e sabedoria neste contexto, demonstrando que a doença da família afeta indistintamente qualquer pessoa que conviva com um dependente.

A atividade econômica na amostra demonstrou maioria de profissionais liberais e executivos, seguido de atividade no comércio. Observou-se também a presença de aposentados que continuam no mercado de trabalho produzindo e criando riqueza.

O potencial de abrangência da doença da família na amostra está caracterizado no Gráfico 9, que aponta a existência de outros filhos em

contato com o doente alcoólico, menores e maiores de 21 anos, demonstrando a maioria nesta situação e representando 80% dos respondentes. A informação deste gráfico confirma a estimativa de que cada alcoólico pode afetar de 4 a 5 pessoas em seu entorno.

Os membros adultos desta amostra são fiéis a esta terapia. A média de permanência sem interrupção é de 62% dos participantes. Há igual concentração de participantes na faixa de 3 a 5 anos e na faixa de 11 a 19 anos de permanência. Pode-se inferir que significa mais participantes com informações da dinâmica da doença que atinge familiares e, além disso, do processo de recuperação que os grupos familiares oferecem. Aqueles que interromperam a frequência e retornaram representam 38%, levemente inferior ao resultado americano. A razão de interromper a frequência nos grupos com maior número de respostas está vinculada a negação do familiar para reconhecer a necessidade de ajuda e render-se ao apoio e conscientização que o programa de Doze Passos proporciona. Por outro lado, a razão para permanecer no grupo com maior número de respostas, está ligada a consciência das próprias necessidades e reconhecimento do valor do programa com igual número de respostas (foi permitido assinalar mais de uma opção).

Dos participantes adultos, 100% recomendam enfaticamente a participação de familiares de alcoólicos em grupos familiares Al-Anon e Alateen, escolhendo a opção “com certeza”. Dos adolescentes, 74% deram a mesma resposta, 26% foram menos enfáticos selecionando a opção “provavelmente”, entretanto todos os membros adultos ou adolescentes

foram unânimes em pontuar benefícios que o Al-Anon e Alateen proporcionaram.

Profissionais e familiares na amostra local, como demonstrado na Tabela 3 e Gráfico 12, são importantes influências de encaminhamento de novos membros para a primeira reunião, semelhante ao resultado comparado. A terapia tradicional foi considerada importante ou extremamente importante por membros que iniciaram tratamento antes ou depois da frequência aos grupos. Daqueles que iniciaram o tratamento antes da primeira reunião de Al-Anon ou Alateen, 71% não interromperam o tratamento convencional.

Os familiares na população estrangeira comparada, em média convivem diretamente com 2,7 alcoólicos, tendo sido relatado 31% de situações com 4 a 5 alcoólicos. Na amostra local este número é menor e informa que adolescentes convivem com mais de um alcoólico em seu entorno também, na média de 1,6 alcoólicos em suas vidas. O mínimo informado foi 1 e o máximo informado foi 4. A situação tende a se complicar caso estes doentes não estejam em programas de recuperação ou clínicas de tratamento. O impacto nos familiares cresce exponencialmente. Outro dado revelador é o esforço de familiares com duplo desafio, isto é, de um lado sofrendo o impacto do relacionamento com alcoólicos dependentes, e por outro lado sua própria condição de dependente em recuperação. A amostra indicou a presença de 7% de participantes nesta situação.

O Gráfico 11 demonstra que adolescentes familiares de alcoólicos identificaram que foram afetados pela doença do alcoolismo, causando

danos em vários setores de suas vidas, incluindo o rendimento escolar. Por outro lado, melhorias na saúde mental e bem-estar aconteceram após reuniões, afirmaram 82% dos participantes. Foi observado que participantes com menos tempo de frequência tem dificuldades de definir os danos causados pela doença com precisão. A Tabela 22 do Anexo IX demonstra que parte dos membros confundem o propósito do grupo com benefícios que a frequência proporciona. Na amostra foram encontradas mais de uma resposta.

O estudo aborda a informação de alcoólicos relatados na pesquisa e a condição de estar em recuperação. Nem todos os dependentes ligados aos familiares da amostra estão em recuperação, conforme Tabela 16, Anexo IX. Situação semelhante ocorre com a amostra estrangeira. A resistência de alguns dependentes relacionados a estes familiares em aceitar que precisa de ajuda é observada. Da mesma forma, há muitos familiares de alcoólicos em recuperação em AA (Alcoólicos Anônimos), resistentes a programas de ajuda à familiares. Nesta amostra há mais familiares na frequência aos grupos em recuperação, que os alcoólicos da família em recuperação nas salas de AA. A experiência tem demonstrado que a melhoria da qualidade de vida da família pode ser acelerada, quando dependente e familiar busca cada um com seus grupos pares, a própria recuperação.

5. CONCLUSÃO

- ✓ Apesar das diferenças econômicas, sociais e culturais o impacto da doença do alcoolismo em familiares ou pessoas que convivem com o dependente é observado com pouca diversidade nas duas amostras comparadas.
- ✓ Crianças e adolescentes são impactados pelo comportamento doente do familiar alcoólico e do familiar adulto não alcoólico, causando danos em vários setores de suas vidas, incluindo o rendimento escolar.
- ✓ Familiares mulheres ainda procuram mais ajuda do que os homens.
- ✓ Os participantes com menos tempo de frequência tem dificuldades de definir os danos causados pela doença com precisão, mas tem clareza quanto a benefícios do programa.
- ✓ O processo de recuperação nos grupos pressupõe uma conscientização crescente, que necessita de frequência periódica, adesão e utilização das ferramentas práticas disponíveis. A conscientização coopera com as terapias convencionais.

✓ A conscientização é crescente e de forma singular, mas não isolada, e sim compartilhada, levando à estabilidade emocional, apesar das dificuldades de cada participante. O despertar de cada um contribui para o crescimento de todos no grupo. As pessoas vão progressivamente aumentando a paciência para aceitar situações que não podem mudar, coragem para agir nas situações que podem mudar, e sabedoria para distinguir umas das outras.

✓ Há esperança para familiares adultos, crianças e adolescentes que vivem em conflitos emocionais devido à doença do alcoolismo. Eles podem se recuperar se aceitarem o risco ao acreditar que podem mudar. Eles desenvolvem a capacidade de se desligarem emocionalmente dos problemas do dependente enquanto continuam a amá-lo.

“... Os seres humanos, ao mudar as atitudes internas de suas mentes, podem mudar os aspectos externos de suas vidas”

WILLIAM JAMES

6. ANEXOS

Anexo I



Organización de los Estados Americanos

T. 202.458.3000
www.oas.org

17th St. & Constitution Avenue N.W.
Washington, D.C. 20006
Estados Unidos de América

**COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL
CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS**

CICAD

Secretaría de Seguridad Multidimensional

CUADRAGÉSIMO SEXTO PERIODO ORDINARIO DE SESIONES
Del 18 al 20 de noviembre de 2009
Miami, Florida

OEA/Ser.L/XIV.2.46
CICAD/doc.1750/09
13 noviembre 2009
Original: Español

**COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE
DROGAS, CICAD
SECRETARÍA DE SEGURIDAD MULTIDIMENSIONAL**

**SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL HEMISFERIO
PRINCIPALES DESAFIOS**

- El problema de las drogas tiene múltiples manifestaciones en los países del hemisferio. Presenta gran variabilidad en cuanto al tipo de drogas entre los países, como a la magnitud de su uso. También, hay grandes variaciones al interior de los países, cuestión vital a la hora de tomar decisiones en materia de reducción de demanda de drogas.
- El alcohol es de consumo masivo en todos los países, y debe ser atendido con especial cuidado. Si bien hay una gran variabilidad entre los estudiantes de 13 a 17 años de los países, en algunos de ellos el uso actual (definido como el uso en los últimos 30 días) supera el 50%: Colombia (50.3%), Dominica (51.6%), Uruguay (54.7%), Argentina (59.8%) y Santa Lucía (60.8%). Incluso, entre los estudiantes de 14 años y menos, el consumo de alcohol está extendido en esos mismos países con prevalencias que superan el 35%, llegando a 52.5% en Santa Lucía.
- Lo anterior es preocupante, pero también lo es la forma en que se consume el alcohol. En efecto, en varios países (incluso algunos con baja prevalencia) un 50% o más de quienes ingirieron alcohol en el último año declararon que, en al menos una ocasión en las dos últimas semanas, “tomaron en una sentada 5 tragos o más”.

- Si bien en general entre los escolares los hombres tienden a consumir alcohol en mayor proporción que las mujeres, en muchos países las diferencias son marginales, e incluso hay algunos donde hay una mayor declaración de ingesta en las mujeres.
- El consumo problemático de alcohol afecta a una parte importante de la población. Mediante el uso de instrumentos internacionalmente reconocidos se puede determinar que, dependiendo del país, entre un 5% y 18% de la población adulta presenta características de consumo problemático de alcohol.
- *Con variaciones entre los países, y de acuerdo a la información disponible, se puede afirmar que aproximadamente el 9% de la población joven y adulta presenta signos de abuso o dependencia de alguna droga incluida el alcohol; es decir, casi 1 de cada 10 personas tiene este problema*
- Conclusión: hoy se dispone de más información que antes para tener una mejor perspectiva tanto del problema de las drogas en el hemisferio, como de su impacto. Si bien esta información es necesaria para generar un diagnóstico integral que permita que las políticas de drogas en los países tenga un sustento científico apropiado, aún continúa siendo insuficiente. Es importante continuar con la generación de más y mejor información e investigación en grupos poblacionales específicos, incluyendo estudios locales.

Anexo II - Levels of Consumption -> Total (recorded + unrecorded) adult alcohol per capita consumption in litres, average 2002 -> Total (recorded + unrecorded) adult per capita consumption in litres, average 2002 LOC -> total (Periodicity: Year, Applied Time Period: from 2002 to 2002)

Country	Level of Consumption
Antigua and Barbuda	6.32
Argentina	10.54
Bolivia	6.34
Brazil	8.76
Chile	8.84
Colombia	7.75
Costa Rica	7.66
Cuba	4.53
Dominican Republic	7.45
Ecuador	7.23
El Salvador	5.61
Guatemala	3.77
Nicaragua	3.56
Panama	6.57
Paraguay	5.25
Peru	9.89
Suriname	6.20
Trinidad and Tobago	4.34
Uruguay	9.80
Venezuela	9.02

World Health Organization, 2007

Anexo III – Danos causados pelo álcool a terceiros

Cuadro 3.1. Daños causados por el alcohol a terceros

CONDICIÓN	Resumen de resultados
Consecuencias sociales negativas	Los daños sociales ocasionados por el alcohol consumido por otras personas son más comunes por sus consecuencias menos serias (por ejemplo, no poder dormir por la noche por escándalos de borrachos), que por las más serias (por ejemplo, sentir miedo por la presencia de personas alcoholizadas en áreas públicas). La incidencia de daños causados por el alcohol a terceros es mayor que las consecuencias sociales para el bebedor.
Violencia y delincuencia	Existe una relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de participar en hechos violentos (incluyendo homicidios), más frecuentemente a causa de intoxicaciones que por consumo en general. También existe relación entre consumo excesivo, violencia sexual (en particular contra extraños) y doméstica (aunque ésta se ve atenuada si se toman en cuenta otros factores). En general, cuanto mayor es el consumo, mayor es el grado de violencia.
Daños maritales	Más allá de la estrecha relación entre consumo excesivo y crisis maritales, algunos estudios bien diseñados han demostrado que el riesgo de separación o divorcio se incrementa entre bebedores.
Abuso de menores	Aunque la metodología utilizada no ha sido siempre la mejor, un gran número de estudios informa que diversas formas de abuso de menores prevalecen más entre hijos de bebedores.
Daños laborales	El consumo elevado de alcohol tiene como resultado una baja en la productividad y un aumento de las lesiones a terceros.
Beber y conducir	El riesgo de accidentes y lesiones a terceros se incrementa con el número de episodios de consumo excesivo.
Efectos sobre el desarrollo prenatal	El alcohol presenta toxicidad reproductiva. La exposición prenatal al alcohol puede estar directamente asociada con un patrón distintivo de déficit intelectual que se manifestará más tarde, durante la niñez. Aunque en pequeñas cantidades, el beber varias bebidas a la vez durante el embarazo puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, bajo peso del recién nacido, nacimiento prematuro o retraso en el crecimiento intrauterino. Puede disminuir la producción de leche materna.

Fonte: ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE
http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Alcohol_Aten_prim_web.pdf

Anexo IV - Uso nocivo e dependência do álcool em adultos

CAPÍTULO 5 - O BEBER COM MAIOR RISCO DE PROBLEMAS - ADULTOS

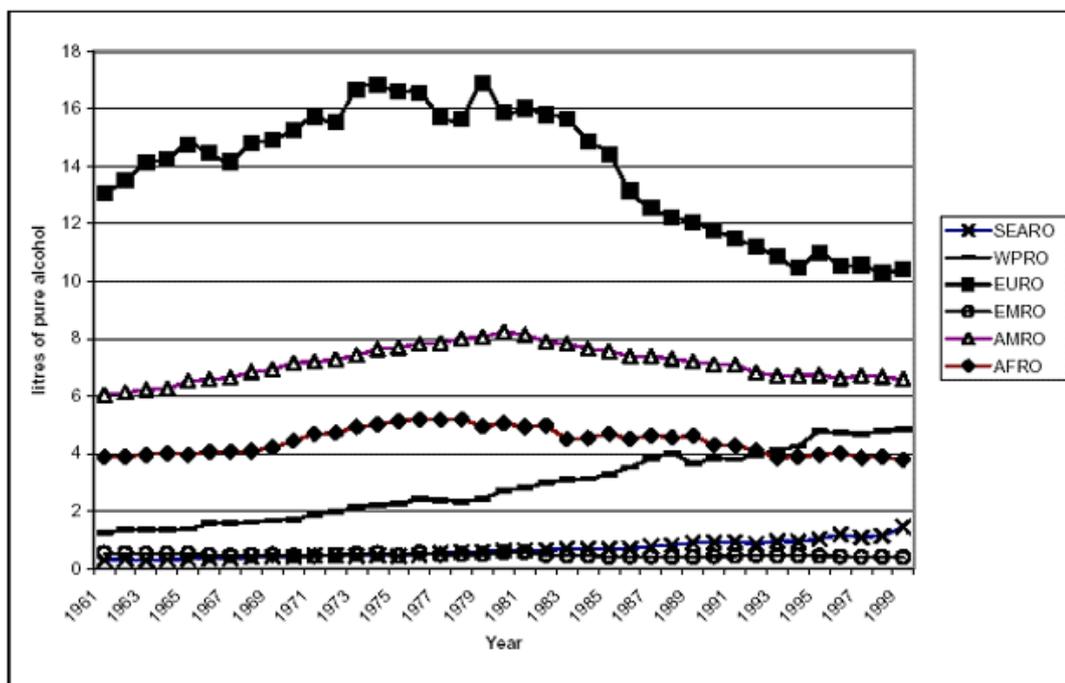
Tabela 22 – Uso nocivo e dependência do álcool – adultos (n = 2.346) (em%)

		Sem uso nocivo/ dependência	Uso nocivo	Dependência
Total	Total	89	3	9
Gênero	Masc.	81	5	14
	Fem.	96	1	4
Idade	18 a 24	81	4	15
	25 a 34	88	3	9
	35 a 44	89	4	7
	45 a 54	91	2	7
	60 ou +	96	1	3
Região	N	83	6	12
	CO	88	3	9
	NE	88	3	9
	SE	89	3	8
	SUL	90	2	8
Classe	A	95	1	4
	B	90	4	6
	C	88	3	9
	D	90	2	8
	E	82	5	13

As diferenças são significantes por gênero e idade, não por região e classe.

As informações são do I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo do Álcool publicado em 2007 (www.obid.senad.gov.br) (OBID)

Anexo V - Population weighted means of the recorded adult per capita consumption in the WHO Regions 1961-1999



All WHO member states are classified into the following geographical regions:

- AFRO - African Region
- EMRO - Eastern Mediterranean Region
- EURO - European Region
- AMRO - Region of the Americas
- SEARO - South-East Asian Region
- WPRO - Western Pacific Region

For more information on the different regions, see www.who.int/choice/demography/regions/en/index.html

Anexo VI- Álcool nas Américas - WHO Global Alcohol Database

Fonte: (www.who.int/alcohol)

TABLE 2. Alcohol exposure and economic characteristics of countries in the Americas, 2000 (from reference 3)

Country (WHO classification)	Per capita consumption ^a	Unrecorded consumption ^b	Drinking patterns ^c	Abstainers (%)		Per capita consumption per drinker ^d	Per capita GDP US\$ ^e	PPP per capita GDP I\$ ^f	Population 15 years and older (thousands)
				Males	Females				
Argentina (B)	16.3	1.0	2	7	21	19.0	7460	10 980	26 767
Barbados (B)	7.4	-0.5	2	29	70	14.8	9250	15 110	214
Belize (B)	6.4	2.0	4	24	44	9.7	3110	5150	145
Bolivia (D)	5.7	3.0	3	24	45	8.7	990	2240	5029
Brazil (B)	8.6	3.0	3	13	31	11.1	3580	7070	121 039
Canada (A)	9.4	1.0	2	17	28	12.1	21 130	26 530	25 248
Chile (B)	8.3	1.0	3	31	47	13.6	4590	8840	10 883
Colombia (B)	8.3	2.0	3	31	47	13.6	2020	6790	28 471
Costa Rica (B)	6.7	2.0	3	45	70	15.9	3810	9260	2721
Cuba (A)	5.7	2.0	2	29	70	11.4	2995	—	8823
Dominican Republic (B)	5.7	1.0	2	12	35	7.5	2130	6650	5688
Ecuador (D)	5.5	3.7	3	41	67	12.0	1210	2960	8368
El Salvador (B)	4.6	2.0	4	9	38	6.0	2000	5160	4042
Guatemala (D)	3.7	2.0	4	49	84	11.2	1680	4380	6420
Guyana (B)	12.1	2.0	3	20	40	17.3	860	4280	604
Haiti (D)	5.4	0.0	2	58	62	13.5	510	1870	4875
Honduras (B)	4.2	2.0	4	9	38	5.5	860	2760	3784
Jamaica (B)	4.3	1.0	2	29	70	8.6	2610	3490	1781
Mexico (B)	8.2	4.0	4	36	65	16.7	5070	8240	66 105
Nicaragua (D)	3.7	1.0	4	9	38	4.9	400	—	2905
Paraguay (B)	9.6	1.5	3	9	33	12.2	1440	5180	3324
Peru (D)	5.4	1.0	3	17	24	6.8	2080	4470	17 094
Suriname (B)	6.0	0.0	3	30	55	10.5	1890	—	290
Trinidad and Tobago (B)	2.4	0.0	2	29	70	4.8	4930	8620	971
United States (A)	9.5	1.0	2	28	43	14.8	34 280	34 280	218 586
Uruguay (B)	9.5	2.0	3	25	43	14.4	6000	8250	2510
Venezuela (B)	9.6	2.0	3	30	55	16.8	4310	5590	15 943

^a Liters of pure alcohol including unrecorded consumption.

^b Liters of pure alcohol.

^c Hazardous drinking score with 1 = least and 4 = most detrimental (see text for further explanation).

^d Per capita consumption per drinker in litres of pure alcohol including unrecorded consumption.

^e Gross domestic product in US dollars.

^f Purchasing power parity in international dollars.

- Uso nocivo caracteriza-se por um padrão de uso de bebidas alcoólicas que está causando dano real à saúde, seja físico ou mental, e é frequentemente criticado por outras pessoas.
- Dependência de álcool é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de bebidas alcoólicas alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo do que outros componentes antes considerados de maior valor. As características principais da síndrome são: desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, dificuldade para controlar tal consumo, desenvolvimento de tolerância, estado de abstinência fisiológico, abandono de atividades prazerosas em favor do uso de álcool e persistência do uso apesar de evidências claras de consequências nocivas.

Anexo VII - Quantidade de grupos Al-Anon e Alateen nos Estados Americanos em 2009

- Al-Anon existe desde 1951
- No mundo são mais de 24.000 grupos
- No Brasil são 870 grupos
- Em São Paulo mais de 200 grupos
- Alateen é parte do Al-Anon
- Antígua & Barbuda (2)
- Argentina (288)
- Bahamas (5)
- Barbados (2)
- Belize (0)
- Brasil (870)
- Canadá (1131)
- Chile (24)
- Costa Rica (255)
- Colombia (6)
- Dominica (8)
- Equador (43)
- El Salvador (16)
- Granada (2)
- Guatemala (33)
- Guiana (1)
- Haiti (Fra -1) (Esp- 0)
- Honduras (44)
- Jamaica (0)
- México (3039)
- Nicarágua (28)
- Panamá (23)
- República Dominicana (7)
- St Kitts & Nevis (1)
- St Lucia (0)
- San Vicente & Las Granadinas (0)
- Suriname (0)
- Trinidad & Tobago (17)
- Venezuela (67)

Anexo IX - 2009 (Brasil - SP) Al-Anon, Alateen, Padrinho(a), Dados dos Membros

Traduzido e adaptado do Al-Anon Family Groups Headquarters, Inc. © 2007, para utilização na estrutura do Brasil, 2009

Tabela 1 - Demografia dos membros

Demografia	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Média de idade	-	-	-	-	-
Até 10 anos	-	-	-	-	-
De 10 a 14 anos	-	-	57%	80%	71%
De 15 a 18 anos	-	-	14%	20%	29%
Acima de 18 anos	100%	-	29%	-	-
De 18 a 24 anos	5%	-	-	-	-
De 25 a 34 anos	13%	-	-	-	-
De 35 a 44 anos	13%	-	-	-	-
De 45 a 54 anos	25%	-	-	-	-
De 55 a 64 anos	44%	-	-	-	-
De 65 a 74 anos	-	-	-	-	-
Acima de 74 anos	-	-	-	-	-
Feminino	75%	-	71%	80%	86%
Masculino	25%	-	29%	20%	14%
Capital	6%	-	100%	60%	86%
Interior	94%	-	-	40%	14%
Cidade com população < 100.000	6%	-	-	40%	14%
Cidade com população > 100.000	94%	-	100%	60%	86%
Casado	44%	-	-	-	-
Divorciado	13%	-	-	-	-
Solteiro	13%	-	100%	100%	100%
Viúvo	6%	-	-	-	-
Separado	19%	-	-	-	-
Moram juntos sem formalização	5%	-	-	-	-
Inglês fluente	54%	-	14%	20%	-
Espanhol fluente	40%	-	-	-	-
Francês fluente	-	-	-	-	-
Fluente em outro idioma	6%	-	-	-	-
Descendência Européia	69%	-	80%	29%	-
Afro-descendência	6%	-	20%	14%	-
Descendência Oriental	-	-	-	-	-
Descendência várias etnias	19%	-	-	-	-
Outras etnias	6%	-	-	57%	-
Nível Superior	88%	-	14%	-	-
2º grau completo	6%	-	43%	20%	43%
1º grau completo	-	-	29%	80%	43%
1º grau incompleto	6%	-	14%	-	14%
Pós-graduação	36%	-	-	-	-

Tabela 2 - Atividade Econômica

O que fazem os membros	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Prof. Liberal/Executivo	30%	-	18%	-	-
Aposentado	19%	-	-	-	-
Religioso/Escritório/ Administrador	13%	-	-	-	-
Comércio	13%	-	-	-	-
Trabalho no Lar	6%	-	-	-	-
Prof. Saúde	6%	-	-	-	-
Artesão	-	-	18%	-	-
Estudante	-	-	64%	100%	80%
Desempregado	-	-	-	-	20%
Trabalhador Rural	-	-	-	-	-
Outros	13%	-	-	-	-

Tabela 3 - Quantos filhos menores e maiores de 21 anos moram na casa? (incluindo meio-irmão)

Morando na mesma casa	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Nenhum	19%	-	62%	68%	75%
Um	25%	-	19%	19%	-
Dois	44%	-	19%	13%	19%
Três	6%	-	-	-	6%
Quatro	6%	-	-	-	-

Tabela 4 - Quantos filhos menores e maiores de 21 anos NÃO moram na casa? (incluindo meio-irmão)

NÃO morando na mesma casa	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Nenhum	63%	-	-	80%	-
Um	19%	-	-	20%	-
Dois	6%	-	-	-	-
Três	6%	-	-	-	-
Quatro	-	-	-	-	-
Cinco	6%	-	-	-	-

Tabela 5 - Há quanto tempo frequenta reuniões?

Tempo de frequência	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Média de frequência	12,3 anos	12,2 anos	-	-	-
< 1 ano	6%	-	-	-	100%
1-3 anos	6%	-	-	100%	-
3 ou + anos	88%	-	100%	-	-
1-2 anos	-	-	-	100%	-
3-5 anos	36%	20%	100%	-	-
6-10 anos	28%	40%	-	-	-
11-19 anos	36%	40%	-	-	-
> 20 anos	-	-	-	-	-

Tabela 6 - Quanto tempo deixou de frequentar as reuniões?

Saiu e retornou	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Percentual que saiu e retornou	38%	0%	-	-	-
Média de tempo fora das reuniões	3,3 anos	-	-	-	-
< 1 ano	17%	-	-	-	-
1-2 anos	49%	-	-	-	-
3 -5 anos	17%	-	-	-	-
6-10 anos	-	-	-	-	-
> 10 anos	17%	-	-	-	-

Tabela 7 - Razões para o membro deixar de frequentar

Razões para o membro deixar o grupo e depois retornar (aceita mais de 1 resposta)	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Não reconhece necessidade de ajuda	21%	-	-	-	-
Não pronto para participar	16%	-	-	-	-
Não se sentir parte do grupo	5%	-	-	-	-
Sem tempo para as reuniões	11%	-	-	-	-
Queria resposta rápida	16%	-	-	-	-
Dificuldade de falar sobre si mesmo	5%	-	-	-	-
Programa não focava recém-chegados	5%	-	-	-	-
Sentiu-se muito religioso	5%	-	-	-	-
Grupo com faixa de idade diferente	5%	-	-	-	-
Anonimato violado	11%	-	-	-	-

Tabela 8 - Razões para o membro continuar frequentando

Razões do membro permanecer (aceita mais de 1 resposta)	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Mantém positivo e consciente	12%	11%	-	-	-
Reconhece o valor do programa	16%	15%	-	-	-
Conviver com alcoolismo é desgastante	12%	14%	-	-	-
Sente-se aceito e seguro no grupo	12%	14%	-	-	-
Sente-se parte do grupo	12%	14%	-	-	-
Reconhece as próprias necessidades	16%	14%	-	-	-
Livre para confidenciar os próprios pensamentos	10%	9%	-	-	-
Estímulo para participação/compromisso	10%	9%	-	-	-

Tabela 9 - Recomenda Al-Anon para outras pessoas?

Reconhecendo valor do Al-Anon	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Com certeza sim	100%	5%	86%	20%	100%
Provavelmente	0%	0%	14%	80%	0%
Provavelmente não	0%	0%	0%	0%	0%
Com certeza não	0%-	0%	0%	0%	0%

**Tabela 10 - Maior responsável pela primeira reunião do membro
(somente membros de menos de 2 anos responderam)**

Influenciadores	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Recomendações pessoais	4%	-	-	-	8%
Recomendações profissionais	18%	-	-	-	8%
Programa de TV fechada	0%-	-	-	-	-
Referência em livro (comunidade ou auto-ajuda)	0%	-	-	-	-
Internet ou Websites	4%	-	-	-	-
Membro de AA	14%	-	-	-	8%
Membro de Al-Anon	15%	-	-	-	8%
Pai/mãe/padrasto/madrasta	4%	-	-	-	-
Irmã(o)	4%	-	-	-	8%
Outro familiar	4%	-	-	-	-
Amigo/parceiro/companheiro	7%	-	-	-	8%
Vizinho/collega de trabalho	0%	-	-	-	8%
Médico ou profissional da área de saúde	0%	-	-	-	-
Membro da igreja	4%	-	-	-	-
Instituição/clínica de tratamento	12%	-	-	-	-
Terapeuta/Conselheiro	12%	-	-	-	-
Pessoal docente/escola	0%	-	-	-	-
Instituição correcional	0%	-	-	-	-
Literatura Al-Anon/Alateen	0%	-	-	-	8%

Tabela 11 - Segundo maior responsável pela primeira reunião do membro (somente membros de menos de 2 anos responderam)

Influenciadores	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Programa de TV fechada	-	-	-	-	-
Programa de TV aberta/entrevista	-	-	-	-	-
Livro ou folheto Al-Anon/Alateen	-	-	-	-	-
Referência em livro da comunidade ou auto-ajuda	-	-	-	-	-
Internet ou Websites	11%	-	-	-	-
Membro de AA	22%	-	-	-	-
Membro de Al-Anon	34%	-	-	-	-
Membro de Alateen	-	-	-	-	-
Pai/mãe/padrasto/madrasta	-	-	-	-	-
Avô/avó	-	-	-	-	-
Outro familiar	11%	-	-	-	-
Amigo/parceiro/companheiro	11%	-	-	-	-
Vizinho/collega de trabalho	-	-	-	-	-
Patrão/sindicato	-	-	-	-	-
Médico ou profissional da área de saúde	-	-	-	-	-
Membro da igreja	-	-	-	-	-
Instituição/clínica de tratamento	-	-	-	-	-
Terapeuta/Conselheiro	11%	-	-	-	-
Pessoal docente/escola	-	-	-	-	-

Tabela 12 - Outros grupos além de Al-Anon Alateen

Outros Grupos	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Outra associação além de Al-Anon/Alateen	-	-	0%	0%	0%
Membro ativo de AA	-	-	-	-	-
Membro ativo de AA no passado	-	-	-	-	-
Nunca foi membro AA	81%	-	-	-	-
Membro ativo de outra associação (12 passos)	13%	-	-	-	-
Membro ativo no passado	19%	-	-	-	-
Nunca foi membro de outra associação 12 passos	81%	-	-	-	-

Tabela 13 - Frequência de Reuniões

Frequência média	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
% já participou de reunião Al-Anon	100%	-	100%	100%	100%
Quantidade de participação por mês (1 a 30)	1 a 12	-	-	-	-
Membro de reunião online	6%	-	-	-	-
Quantidade de participação online por semana	1	-	-	-	-
Quantidade de reuniões Alateen por mês	-	-	4	4	4

Tabela 14 - Experiência e envolvimento no grupo

Envolvimento	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Já foi Alateen	25%	-	-	-	-
Já foi RG	25%	-	-	-	-
Trabalhou com serviço de informação	13%	-	-	-	-
Trabalhou em comitês	6%	-	-	-	-
Já foi RD	6%	-	-	-	-
Já foi representante de área	9%	-	-	-	-
Envolvimento em outro serviço	-	-	-	-	-
Não envolvido por causa de AA	6%	-	-	-	-
Não envolvido	6%	-	-	-	-
Só disponível na reunião	6%	-	-	-	-
Quantidade média de atendimento (1 a 7)	-	-	-	-	-
Necessidade de membros + 5 anos na reunião	93%	-	-	-	-
Outros apadrinhamentos	21%	-	-	-	-
Tem padrinho/madrinha pessoal	6%	-	-	-	-
Teve padrinho/madrinha previamente	25%	-	-	-	-
Nunca teve padrinho	25%	-	-	-	-

Tabela 15 - Quem são os alcoólicos de suas relações

Tipo de relacionamento (aceita mais de 1 resposta)	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Média de alcoólicos por membro	1,6	-	1,8	1,7	1,8
Tem 4 ou 5 alcoólicos na família	-	-	-	-	-
Atual marido/mulher/companheiro	4%	-	-	-	-
Marido/Mulher (registrado)	40%	-	-	-	-
Pai/Padrasto	4%	-	27%	30%	45%
Mãe/Madrasta	4%	-	7%	14%	8%
Avô/avó	4%	-	20%	21%	-
Irmã(o) - meio-irmão incluído	8%	-	13%	-	8%
Filha(o)	4%	-	-	-	-
Outro parente	12%	-	7%	14%	-
Vizinho/Amigo	12%	-	13%	-	8%
Noiva(o)	-	-	-	-	8%
Patrão/Empregado	4%	-	-	-	-
Amante/parceiro	-	-	-	-	-
Namorada(o)	4%	-	-	-	-
Tia(o)	4%	-	13%	21%	23%

Tabela 16 - Quais membros de suas relações frequentam AA

Alcoólicos Anônimos	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Atual marido/mulher/companheiro	100%	-	-	-	-
Marido/Mulher (registrado)	10%	-	-	-	-
Pai/Padrasto	0%	-	27%	30%	45%
Mãe/Madrasta	0%	-	7%	14%	8%
Irmã(o) - meio-irmão incluído	0%	-	20%	21%	-
Filha(o)	100%	-	13%	-	8%
Tia(o)	0%	-	-	-	-
Avô/avó	0%	-	7%	14%	-
Outro parente	33%	-	13%	-	8%
Namorada(o)	0%	-	-	-	8%
Amante/parceiro	-	-	-	-	-
Vizinho/Amigo	33%	-	50%	-	-
Patrão/Empregado	33%	-	-	-	-
Outro	33%	-	13%	21%	23%

Tabela 17 - Pessoas de suas relações que frequentam Al-Anon ou Alateen?

Al-Anon ou Alateen	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Pai/Padrasto	-	-	-	-	-
Mãe/Madrasta	-	-	46%	36%	40%
Avô/avó	-	-	15%	-	-
Irmã(o) - meio-irmão incluído	-	-	31%	9%	-
Filha(o)	-	-	-	-	-
Tia(o)	-	-	-	-	20%
Pai adotivo	-	-	-	-	-
Outro parente	-	-	-	-	-
Noiva(o)	-	-	-	-	-
Namorada(o)	-	-	-	9%	20%
Amante/parceiro	-	-	-	-	-
Amigo	-	-	8%	46%	20%
Patrão/Empregado	-	-	-	-	-
Tutor ou responsável	-	-	-	-	-
Esposa(o)	-	-	-	-	-

Tabela 18 - Tem ou teve militares alcoólicos em suas relações?

Militar	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	nº	-	nº	%	%
Militar na ativa	1	-	1	-	-
Militar na reserva	-	-	-	-	-
Militar aposentado	1	-	-	-	-
Esposa(o)	-	-	-	-	-
Pai/padrasto	-	-	1	-	-

Tabela 19 - Avaliação da ajuda antes de Al-Anon ou Alateen?

Procurando ajuda (avaliação de como o tratamento foi útil)	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
% dos que procuraram ajuda antes do grupo	44%	-	14%	40%	14%
Extremamente sem importância	-	-	-	-	-
Sem importância	-	-	-	-	-
Nem uma coisa nem outra	14%	-	-	-	-
Importante	21%	-	100%	100%	100%
Extremamente importante	14%	-	-	-	-
Procurou serviço médico (físico) de ajuda	30%	-	-	-	-
Procurou ajuda psicológica	7%	-	100%	100%	-
Procurou ajuda espiritual	7%	-	-	-	100%
Procurou outro tipo de ajuda	7%	-	-	-	-

Tabela 20 - Avaliação da ajuda depois de Al-Anon ou Alateen?

Buscando ajuda frequentando (avaliação de como o tratamento foi útil)	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
% procurou ajuda frequentando o grupo	12%	-	-	-	-
Continuou tratamento mesmo frequentando	71%	-	100%	100%	100%
Extremamente sem importância	-	-	-	-	-
Sem importância	-	-	-	-	-
Nem uma coisa nem outra	-	-	-	-	-
Importante	100%	-	100%	100%	100%
Extremamente importante	-	-	-	-	-
Procurou serviço médico (físico) de ajuda	50%	-	-	-	-
Procurou ajuda psicológica	50%	-	100%	100%	100%
Procurou ajuda espiritual	-	-	-	-	-
Procurou outro tipo de ajuda	-	-	-	-	-

Tabela 21 - Como o alcoolismo afetou sua vida e como o Al-Anon ajudou?

Estado geral de saúde	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Nem um pouco afetada	13%	-	-	20%	14%
Pouco afetada	19%	-	29%	40%	43%
Muito afetada	55%	-	14%	40%	43%
Extremamente afetada	13%	-	57%	-	-
Avaliação de Melhoria	-	-	-	-	-
Reunião tornou muito pior	-	-	-	-	-
Reunião tornou um pouco pior	-	-	-	-	-
Reunião não fez nada	-	-	-	-	-
Reunião fez um pouco melhor	13%	-	71%	-	-
Reunião tornou muito melhor	87%	-	29%	100%	100%
Saúde mental e bem estar					
Nem um pouco afetada	19%	-	-	20%	-
Pouco afetada	37%	-	29%	40%	-
Muito afetada	25%	-	57%	40%	-
Extremamente afetada	19%	-	14%	-	-
Avaliação de Melhoria	-	-	-	-	-
Reunião tornou muito pior	-	-	-	-	-
Reunião tornou um pouco pior	-	-	-	-	-
Reunião não fez nada	-	-	-	-	-
Reunião fez um pouco melhor	20%	-	29%	-	-
Reunião tornou muito melhor	80%	-	71%	100%	100%
Trabalho/escola/casa diariamente					
Nem um pouco afetada	6%	-	-	-	-
Pouco afetada	19%	-	-	-	-
Muito afetada	44%	-	-	-	-
Extremamente afetada	31%	-	-	-	-
Avaliação de Melhoria	-	-	-	-	-
Reunião tornou muito pior	-	-	-	-	-
Reunião tornou um pouco pior	-	-	-	-	-
Reunião não fez nada	-	-	-	-	-
Reunião fez um pouco melhor	19%	-	29%	-	-
Reunião tornou muito melhor	81%	-	71%	100%	100%

Tabela 22 - Percepção do propósito primeiro do Al-Anon pelos membros

Percepção do propósito Foi assinalado + que uma opção	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Ajudar familiares e amigos de alcoólicos	100%	100%	100%	100%	86%
Melhorar auto-estima	62%	40%	71%	40%	67%
Compreender o alcoólico	62%	40%	29%	40%	33%

Tabela 23 - Como manter membros novos voltando

Atenção com membros novos Permitido + que uma opção	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Reuniões para iniciantes	44%	-	-	-	-
Incentivar apadrinhamento	13%	-	-	-	-
Anonimato enfatizado	19%	-	-	-	-
Reuniões conjuntas Al-Anon/Alateen	38%	-	-	-	-
Ajudando com as crianças	19%	-	-	-	-
Mais material para recém-chegados	31%	-	-	-	-
Reuniões de dia	19%	-	-	-	-
Material de grupo mais interativo	19%	-	-	-	-
Outros	6%	-	-	-	-

Tabela 24 - Como manter membros voltando

Atenção com membros antigos Permitido + que uma opção	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Praticando princípios acima das personalidades	75%	100%	-	100%	-
Mais reuniões com passos e tradições	81%	60%	100%	29%	100%
Rotatividade no serviço	69%	-	-	-	-
Troca ou adição de literatura	56%	-	-	-	-
Outro	-	-	-	-	-

Tabela 25 - O que você tem e como usa

Tecnologia	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Possui ou tem acesso a computador	85%	-	-	-	-
Uso diário do computador	84%	-	-	-	-
Uso semanal do computador	8%	-	-	-	-
Uso ocasional	8%	-	-	-	-
Assistente pessoal digital (PDA)	-	-	-	-	-
Uso diário do assistente (PDA)	-	-	-	-	-
Uso semanal do assistente (PDA)	-	-	-	-	-
Uso ocasional do assistente (PDA)	-	-	-	-	-
PC de mão	19%	-	-	-	-
Uso diário do PC de mão	-	-	-	-	-
Uso semanal do PC de mão	-	-	-	-	-
Uso ocasional do PC de mão	100%	-	-	-	-
Celular com internet	31%	-	-	-	-
Uso diário do celular com internet	40%	-	-	-	-
Uso semanal do celular com internet	-	-	-	-	-
Uso ocasional do celular com internet	60%	-	-	-	-

Tabela 26 - Quais são seus hábitos online?

Hábitos online	Al-Anon	Madrinha/ Padrinho	Alateen (> 3 anos)	Alateen (1-3 anos)	Alateen (< 1 ano)
	%	nº	%	%	%
Checa e-mail diariamente	79%	-	-	-	-
Checa e-mail algumas vezes por semana	7%	-	-	-	-
Checa e-mail algumas vezes por mês	14%	-	-	-	-
Checa e-mail uma vez por mês	-	-	-	-	-
Nunca checa e-mail	-	-	-	-	-
Usa PC para receber boletins	23%	-	-	-	-
Usa PC para receber livros	8%	-	-	-	-
Usa PC para receber revistas	15%	-	-	-	-
Usa PC para receber nenhuma das opções acima	15%	-	-	-	-
Fizeram compras online em cada	54%	-	-	-	-
Literatura adquirida via online (site ESGA ou WSO)	8%	-	-	-	-

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. *Alcoholism, the Family Disease*. USA. 2003.

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente Monteiro, Maristela G. *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C.: OPS, 2008.

CSAP. *Characteristic of adult children of alcoholics*. Issue 4. <http://captus.samhsa.gov/central/documents/4AdultChildrenofAlcoholics.pdf>

Happé, Robert. *Consciência é a resposta*. São Paulo: Talento, 1997.

OMS. *Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol - 2ª Reunión 2006*. Ginebra, 10-13 octubre de 2006.

Pacheco, CB. *ABC da trilogia analítica - Psicanálise integral*. 6ª ed., 150 págs. São Paulo, Próton, 2001.

SENAD . *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília, Secretaria Nacional Antidrogas: SENAD; 2007.

Sites relacionados:

ABEAD - Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas
<http://www.abead.com.br>

ACA - Adult Children of Alcoholics
<http://www.adultchildren.org>

Al-Anon Family Groups
<http://www.al-anon.alateen.org>

CICAD - Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
<http://www.cicad.oas.org/apps/oidstat.aspx?lang=ESP&Country=CL>

CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
<http://www.cisa.org.br>

GREA - Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas
<http://www.grea.org.br>

NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
<http://www.niaaa.nih.gov>
<http://www.niaaa.nih.gov/Publications/AlcoholResearch>

OBID - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
<http://www.obid.senad.gov.br>

UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
<http://www.unodoc.org/brazil>

WHO - World Health Organization
<http://www.who.int>

WHO Global Alcohol Database
<http://www.who.int/alcohol>