



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE E TECNOLOGIAS
EDUCACIONAIS**

GERMANA BARROS OLIVEIRA DE FREITAS ALBUQUERQUE

**PERCEPÇÃO DE PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE ALCOÓLICOS
ANÔNIMOS SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE RECAÍDA E RECUPERAÇÃO
ASSOCIADAS AO TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL**

FORTALEZA

2025

GERMANA BARROS OLIVEIRA DE FREITAS ALBUQUERQUE

PERCEPÇÃO DE PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS
SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE RECAÍDA E RECUPERAÇÃO ASSOCIADAS AO
TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário Christus para obtenção de
qualificação de Mestrado em Ensino na
Saúde e Tecnologias Educacionais. Área
de concentração: Avaliação do Ensino e
Aprendizagem em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Kristopherson
Lustosa Augusto

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A345p Albuquerque, Germana Barros Oliveira de Freitas.
 Percepção de participantes de um grupo de Alcoólicos
 Anônimos sobre as experiências de recaída e recuperação
 associadas ao Transtorno por Uso de Álcool / Germana Barros
 Oliveira de Freitas Albuquerque. - 2025.
 100 f.

 Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário Christus -
 Unichristus, Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologias
 Educacionais, Fortaleza, 2025.

 Orientação: Prof. Dr. Kristopherson Lustosa Augusto.
 Área de concentração: Ensino em Saúde.

 1. alcoólicos anônimos. 2. transtornos induzidos por álcool. 3.
 alcoolismo. 4. recaída. 5. pesquisa qualitativa. I. Título.

CDD 610.7

GERMANA BARROS OLIVEIRA DE FREITAS ALBUQUERQUE

PERCEPÇÃO DE PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS
SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE RECAÍDA E RECUPERAÇÃO ASSOCIADAS AO
TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL

Dissertação apresentada ao Centro
Universitário Christus de Fortaleza para
obtenção do título de Mestrado em Ensino
na Saúde e Tecnologias Educacionais.
Área de concentração: Avaliação do
Ensino e Aprendizagem em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kristopherson
Lustosa Augusto

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Kristopherson Lustosa Augusto (Orientador)
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Profa. Dra. Karla Angélica Silva do Nascimento
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Jarbas de Sá Roriz Filho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho a Deus, meus familiares e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por guiar meus passos, fortalecer minha fé e me conceder a saúde e a sabedoria necessárias para chegar até aqui.

À minha família, minha base e maior apoio, expresso minha eterna gratidão. À minha mãe, Elda, meu pilar e maior incentivadora, que acredita em mim mais do que eu mesma sou capaz. Aos meus irmãos, Giovanna e Ciro José, por serem cúmplices e parceiros em cada objetivo que traço, dividindo comigo as conquistas e os desafios.

Aos professores do MESTED, agradeço pela dedicação e por compartilharem seu conhecimento. Em especial, ao professor Dr. Kristopherson Lustosa Augusto, que, com paciência e competência, conduziu este trabalho com sabedoria, ajudando-me a alcançar este marco tão importante em minha trajetória, e à professora Mônica Cordeiro Ximenes de Oliveira, que, com seu profundo conhecimento em pesquisas qualitativas, muito me ensinou, apoiou a condução do grupo focal com maestria e contribuiu de forma valiosa com sugestões e correções durante a redação da dissertação.

Registro também meu reconhecimento aos professores que compuseram minha banca de defesa, professora Dra. Karla Angélica Silva do Nascimento e professor Dr. Jarbas de Sá Roriz Filho, pelas considerações atentas, pelas correções cuidadosas e pelas contribuições valiosas que enriqueceram este trabalho.

Por fim, agradeço aos meus colegas de mestrado, que tornaram esta jornada mais leve e significativa ao longo desses dois anos. Em especial, à Camilla, que não apenas se tornou uma amiga querida, mas também alguém por quem tenho profunda admiração.

Obrigada por tornarem esta caminhada tão especial. A todos vocês, minha mais sincera gratidão.

RESUMO

O consumo de álcool constitui um grave problema de saúde pública, associado a consequências físicas, emocionais e sociais prejudiciais. Este estudo teve como objetivo compreender a percepção de participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) sobre as experiências de recaída e recuperação associadas ao transtorno por uso de álcool. Especificamente, buscou-se compreender os fatores associados ao início do uso de álcool, às recaídas e à recuperação. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória com abordagem qualitativa, que alia os princípios da hermenêutica e a análise de conteúdo, visto que, favorece a interpretação, a compreensão e a reflexão da realidade ora estudada. O estudo foi realizado com 12 participantes de um grupo de AA em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados ocorreu por meio de um grupo focal, conduzido com base em um roteiro semiestruturado e analisado utilizando a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram que o início do uso de álcool foi influenciado por fatores familiares, culturais e emocionais. A recaída foi descrita como um processo gradual, desencadeado por pensamentos e comportamentos sabotadores, bem como por eventos estressores. Estratégias para a manutenção da sobriedade incluíram o engajamento no programa dos 12 passos, o apadrinhamento, a espiritualidade e a adoção de novas rotinas e hábitos saudáveis. O anonimato e o suporte mútuo foram destacados como pilares do programa. O estudo concluiu que os Alcoólicos Anônimos desempenham um papel central na recuperação, oferecendo um espaço seguro para partilha de experiências e suporte social. Como produto técnico, foi desenvolvida uma cartilha educativa com orientações sobre prevenção de recaídas e promoção da recuperação, destinada a profissionais de saúde, familiares e indivíduos em tratamento.

Palavras-chave: alcoólicos anônimos; transtornos induzidos por álcool; alcoolismo; recaída; pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Alcohol consumption constitutes a serious public health issue, associated with harmful physical, emotional, and social consequences. This study aimed to understand the perception of members of an Alcoholics Anonymous (AA) group regarding their experiences of relapse and recovery related to alcohol use disorder. Specifically, it sought to explore the factors associated with the onset of alcohol use, relapses, and the recovery process. This is a field-based, exploratory study with a qualitative approach, grounded in the principles of hermeneutics and content analysis, which favor the interpretation, understanding, and reflection of the reality under investigation. The study was conducted with 12 members of an AA group in Fortaleza, Ceará, Brazil. Data collection was carried out through a focus group guided by a semi-structured script and analyzed using Bardin's Content Analysis technique. The results indicated that the initiation of alcohol use was influenced by family, cultural, and emotional factors. Relapse was described as a gradual process, triggered by self-sabotaging thoughts and behaviors, as well as stressful events. Strategies for maintaining sobriety included engagement in the 12-step program, sponsorship, spirituality, and the adoption of new routines and healthy habits. Anonymity and mutual support were highlighted as core pillars of the program. The study concluded that Alcoholics Anonymous plays a central role in recovery, offering a safe space for sharing experiences and providing social support. As a technical product, an educational booklet was developed with guidelines on relapse prevention and recovery promotion, intended for healthcare professionals, families, and individuals in treatment.

Keywords: alcoholics anonymous; alcohol-induced disorders; alcoholism; relapse; qualitative research.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categorias e perguntas norteadoras abordados no grupo focal.....	32
Tabela 2 – Categorias e subcategorias.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CAGE	Questionário CAGE: Acrônimo obtido das palavras inglesas <i>Cut down</i> , <i>Annoyed</i>), <i>Guilty</i> e <i>Eye-opener</i>
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CID-11	Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão
CTO	Comitê trabalhando com os outros
DSM-5-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição – texto revisado
DT	Delirium tremens
MESTED	Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais
T-ACE	Questionário T-ACE: Acrônimo obtido das palavras inglesas <i>Tolerance</i> , <i>Annoyed</i> , <i>Cut down</i> e <i>Eye-opener</i>
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUA	Transtorno por Uso de álcool
Unichristus	Centro Universitário Christus
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Transtorno por Uso de Álcool.....	17
3.1.1 Aspectos gerais.....	17
3.1.2 Epidemiologia e fatores de risco.....	17
3.1.3 Diagnóstico.....	19
3.1.4 Comorbidades.....	21
3.1.5 Tratamento.....	21
3.2 Alcoólicos Anônimos.....	22
3.2.1 Introdução.....	22
3.2.2 Surgimento do AA.....	22
3.2.3 Funcionamento do AA.....	24
3.2.4 Os Doze Passos.....	26
3.2.5 As Doze Tradições.....	27
4 MATERIAIS E MÉTODOS	29
4.1 Natureza do estudo	29
4.2 Metodologia proposta.....	30
4.3 Critérios de inclusão e exclusão.	31
4.4 Procedimentos de coleta	32
4.5 Análise de dados	32

4.6 Aspectos éticos	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5.1 Início do uso de álcool.....	35
5.1.1 <i>Uso sob influência familiar e cultural.....</i>	36
5.1.2 <i>Uso como estratégia de enfrentamento emocional.....</i>	38
5.1.3 <i>Uso em transições de vida e mudanças pessoais.....</i>	39
5.2 Da negação ao reconhecimento da dependência.....	39
5.2.1 <i>Negação.....</i>	39
5.2.2 <i>Reconhecimento por autorreflexão.....</i>	42
5.2.3 <i>Reconhecimento por experiências negativas.....</i>	43
5.3 Recaída.....	46
5.3.1 <i>Comportamentos sabotadores.....</i>	46
5.3.2 <i>Fatores externos e eventos estressores.....</i>	48
5.3.3 <i>Pensamentos sabotadores.....</i>	49
5.4 Recuperação.....	53
5.4.1 <i>Engajamento no programa de AA.....</i>	54
5.4.2 <i>Os “Evites”.....</i>	55
5.4.3 <i>Novas rotinas e hábitos saudáveis.....</i>	56
5.5 Papel do AA na recuperação.....	57
5.5.1 <i>Explicando o AA.....</i>	57
5.5.2 <i>Os Doze Passos.....</i>	61
5.5.3 <i>O apadrinhamento.....</i>	64
5.5.4 <i>A espiritualidade.....</i>	65
5.5.5 <i>O anonimato.....</i>	66
5.6 Impacto positivo da sobriedade.....	70

6 CONCLUSÃO.....	71
7 PRODUTO TÉCNICO PRINCIPAL.....	74
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS.....	91
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	90
ANEXO B- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	95
ANEXO C- COMPROVANTE DE ENVIO DO ARTIGO CIENTÍFICO.....	96
ANEXO D- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	97

1 INTRODUÇÃO

O consumo de álcool, de acordo com Carvalho *et al.* (2019) é um fenômeno prevalente em todo o mundo, representando um significativo problema de saúde pública. O Transtorno por Uso de Álcool (TUA) está associado a uma série de consequências prejudiciais, incluindo o aumento do risco de lesões acidentais, morbidade e mortalidade elevadas, além de condições médicas como doenças cardiovasculares e hepáticas. Adicionalmente, o uso excessivo de álcool pode precipitar o surgimento ou agravar transtornos mentais concomitantes.

A Organização Pan-Americana da Saúde ressalta que há evidências de que os danos causados pelo consumo excessivo de álcool tendem a aumentar significativamente se medidas eficazes não forem implementadas para reduzir esse hábito, especialmente entre os jovens (Pan American Health Organization, 2020).

Um relatório recente do Estudo da Carga Global de Doenças indicou que, em 2019, o consumo de álcool foi o principal fator de risco para anos de vida perdidos ajustados por incapacidade em indivíduos entre 25 e 49 anos (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020).

Nos últimos anos, conforme o estudo de Karriker-Jaffe *et al.* (2020), tem-se observado a necessidade de uma compreensão mais aprofundada do tratamento do transtorno por uso de álcool para alcançar uma recuperação bem-sucedida. Os autores acima têm avaliado fatores que contribuem para a estabilidade e remissão dos sintomas a longo prazo.

Inanlou *et al.* (2020) reconhecem que a recuperação bem-sucedida não se limita à manutenção da abstinência ou ao uso não problemático da substância, mas também engloba a busca por bem-estar, qualidade de vida e saúde física e mental.

No contexto do transtorno por uso de álcool, Marlatt e Donovan (2005) reconhecem que a abstinência pode ser seguida por recaídas, caracterizadas pelo retorno ao padrão anterior de uso da substância, ou por lapsos, nos quais ocorre o reinício do uso em frequência e intensidade menores.

Na observação dos autores acima a recaída é frequentemente considerada parte integrante do processo de reabilitação, funcionando como um estado de transição e uma oportunidade de aprendizado e recomeço.

Sinha (2024) refere que emoções negativas, como ansiedade, depressão, solidão, culpa e raiva, podem preceder o primeiro uso de álcool e predispor a recaídas. Além disso, fatores como pressão social, enfrentamento de situações estressantes, sintomas de abstinência e fissura também atuam como riscos significativos. Nesse sentido, destaca-se a importância de avaliações detalhadas que abordem a recaída nos transtornos por uso de álcool.

Conforme exemplifica Ribeiro (2004) o tratamento dessa condição pode ser realizado em diversos contextos, incluindo intervenções hospitalares, ambulatoriais, comunidades terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad) e programas de redução de danos. Apoiado nisso, o estudo ora apresentado focaliza os grupos anônimos de ajuda mútua, especificamente os Alcoólicos Anônimos (AA), que operam fora do âmbito das políticas públicas de saúde oferecidas pelo Estado.

Reis, Silva e Vicente (2016) ponderam que os AA utilizam o intercâmbio social e incorporam o modelo de recuperação em 12 passos na busca pela sobriedade. Funcionam como grupos de eficácia reconhecida mundialmente, onde os dependentes de álcool compartilham experiências e aderem a um programa de recuperação. O programa do AA não inclui intervenções médicas, farmacológicas ou psicoterapêuticas formais, mas enfatiza o apoio mútuo e a espiritualidade como pilares da recuperação.

Dentro dos AA, o Comitê Trabalhando com os Outros (CTO) tem como finalidade organizar e facilitar a divulgação da mensagem para outras pessoas que necessitam de ajuda em relação ao uso problemático do álcool (Alcoólicos Anônimos, 2023).

Nesse contexto, apesar da abundância de estudos sobre dependência de álcool, especialmente devido à alta prevalência do uso da substância no Brasil e no mundo, há uma escassez de pesquisas que avaliem as experiências de recaídas e de recuperação sob a perspectiva de participantes dos AA que pratiquem o décimo

segundo passo, que envolve levar a mensagem de recuperação a outros alcoólicos, servir ao próximo e aplicar os princípios espirituais em todos os aspectos da vida.

A relevância deste trabalho está, portanto, em oferecer insights valiosos sobre as experiências de recaídas e recuperação a partir da perspectiva dos próprios indivíduos membros do Alcoólicos Anônimos, algo que é pouco explorado na literatura atual.

A escolha do tema também reflete uma inquietação pessoal, fruto da minha prática como psiquiatra, onde observo constantemente os desafios no tratamento de pacientes com dependência de álcool. Apesar dos avanços terapêuticos, percebo que as medicações, por si só, frequentemente não alcançam resultados satisfatórios se não estiverem acompanhadas por mudanças significativas e profundas no estilo de vida e no comportamento do paciente.

Essa constatação despertou meu interesse em investigar como os Alcoólicos Anônimos, com sua abordagem baseada no apoio mútuo e na transformação pessoal, contribuem para o processo de recuperação em uma perspectiva complementar ao tratamento médico.

Nesse sentido, tivemos como perguntas norteadoras para a realização do estudo: Como se deu o início do uso de álcool? Quando você se reconheceu dependente de álcool? Quais foram os fatores associados à recaída? Quais as estratégias para manter uma recuperação bem-sucedida? Qual a importância do AA na recuperação?

Para tanto, tivemos como objetivo deste estudo avaliar a percepção dos participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos sobre as experiências de recaída e recuperação diante do transtorno por uso de álcool, entendendo o papel do grupo de Alcoólicos anônimos na busca da sobriedade. Além disso, com base nos dados obtidos e na discussão realizada, buscou-se desenvolver uma cartilha educativa voltada para indivíduos com TUA, seus familiares e profissionais de saúde, visando apoiar o processo de recuperação e promover maior compreensão sobre a temática.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção de participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos sobre as experiências de recaída e recuperação associadas ao Transtorno por Uso de Álcool.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1 Compreender os elementos que levaram os participantes ao uso do álcool;
- 2.2.2 Identificar a percepção dos participantes sobre os fatores mais associados às recaídas;
- 2.2.3 Apreender, sob a ótica dos participantes, as estratégias para uma recuperação bem-sucedida;
- 2.2.4 Entender o papel do grupo de Alcoólicos anônimos para os participantes na busca da recuperação;
- 2.2.5 Desenvolver uma cartilha educativa baseada na percepção dos participantes sobre os fatores de recaída e recuperação do Transtorno por Uso de Álcool, compartilhando estratégias e experiências que contribuam para a conscientização e apoio ao tratamento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Transtorno por Uso de Álcool

3.1.1 Aspectos gerais

O Transtorno por Uso de Álcool (TUA) representa um grave problema de saúde pública, com repercussões em diversos âmbitos da vida do indivíduo, incluindo os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos (World Health Organization, 2024). De acordo com Carvalho *et al.* (2019), a complexidade que envolve esse fenômeno demandou, nas últimas décadas, esforços científicos para se compreender tanto as causas e consequências do uso abusivo quanto as estratégias de prevenção e tratamento. A alta prevalência em diferentes países e culturas, bem como o forte impacto socioeconômico, reforça a importância de conhecer e discutir as diversas dimensões que envolvem o TUA.

3.1.2 Epidemiologia e fatores de risco

A epidemiologia do Transtorno por Uso de Álcool é marcada por elevada prevalência e significativa variação entre regiões do globo. Estima-se que, mundialmente, uma em cada vinte pessoas possua algum grau de dependência de álcool, o que se traduz em alto custo social, com impactos nos sistemas de saúde, segurança e previdência (World Health Organization, 2024).

No Brasil, pesquisas como a de Abreu *et al.* (2020) e Cadigan *et al.* (2019) indicam crescimento do consumo de álcool em diferentes faixas etárias, em especial entre jovens adultos. Esse aumento preocupa por estar associado a outros comportamentos de risco, como práticas sexuais sem proteção e condução de veículos sob efeito do álcool. Paralelamente, estudos mostram que aspectos socioculturais influenciam o padrão de consumo, incluindo fatores como disponibilidade de bebida alcoólica, publicidade e permissividade social (Cabral, 2016).

Além disso, a distinção de gênero também tem se mostrado relevante na epidemiologia do TUA. Embora homens ainda sejam maioria nos casos de dependência, Estevão *et al.* (2022) relataram que há evidências de que o consumo de álcool entre mulheres vem crescendo, indicando a necessidade de um olhar mais específico para as particularidades femininas no desenvolvimento, na manutenção e na recuperação do transtorno.

A etiologia multifatorial do TUA, segundo Malbergier (2018), implica a consideração de diversos fatores de risco, como questões genéticas, influências familiares, eventos estressantes, baixa escolaridade e contexto social permissivo. Em contrapartida, Silva, Guimarães e Salles (2014) consideram que fatores de proteção, tais como suporte familiar, envolvimento em atividades de lazer, práticas religiosas ou espirituais e boa rede de suporte social, podem atenuar a progressão para o uso abusivo.

De acordo com dados do relatório de Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2022, cerca de 19,1% da população adulta brasileira relatou episódios de consumo abusivo de álcool no último mês (Brasil, 2023). Esse índice, que representa um aumento em comparação aos 18,3% observados em 2021, reforça a necessidade de ações contínuas de prevenção e tratamento direcionadas à redução dos danos relacionados ao uso de álcool no país.

Em âmbito internacional, o *Global Status Report on Alcohol and Health 2024*, publicado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024), revela que o consumo total de álcool per capita na população mundial diminuiu de 5,7 litros em 2010 para 5,5 litros em 2019. Os níveis mais altos de consumo per capita em 2019 foram observados na Região Europeia da OMS (9,2 litros) e na Região das Américas (7,5 litros). No Brasil, o consumo per capita estimado pela OMS foi de 7,7 litros em 2019, acima das Américas e do mundo, mas inferior ao que era em 2010, quando foi de 8,6 litros. Além disso, a WHO (2024) estima que 4,7% das mortes anuais no mundo estão diretamente relacionadas ao uso nocivo de álcool, com 2,6 milhões de mortes por ano atribuídas ao consumo de álcool, o que evidencia a dimensão global do problema.

3.1.3 Diagnóstico

O diagnóstico do transtorno por uso de álcool (TUA) foi atualizado nos últimos manuais de referência em psiquiatria, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição, texto revisado (DSM-5-TR), publicado pela *American Psychiatric Association* (2023). De acordo com esse manual, o diagnóstico de TUA baseia-se na identificação de um padrão problemático de consumo de álcool que se manifesta por, no mínimo, dois de onze critérios ao longo de um período de doze meses (American Psychiatric Association, 2023). Esses critérios abrangem desde o consumo acima do planejado e as tentativas mal sucedidas de reduzir ou controlar o uso até a tolerância e a abstinência, passando por fissura (desejo intenso de beber), problemas interpessoais ligados ao consumo e uso recorrente em contextos de risco. A presença de 2 a 3 critérios definem TUA leve, de 4 a 5 critérios caracterizam TUA moderada e de 6 ou mais configuram TUA grave.

Essa abordagem unificada substitui a antiga divisão entre “abuso” e “dependência”, permitindo avaliar o Transtorno por Uso de Álcool como um espectro de gravidade. Além de considerar as consequências funcionais (familiares, ocupacionais e sociais), o DSM-5-TR enfatiza as dimensões neurobiológicas e comportamentais implicadas no uso descontrolado de álcool. Assim, a simples presença de prejuízos significativos e recorrentes, somada a critérios como perda de controle sobre o consumo e persistência mesmo diante de danos evidentes, já justifica o diagnóstico, orientando profissionais de saúde no acompanhamento longitudinal (American Psychiatric Association, 2023).

Na décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), proposta pela Organização Mundial da Saúde, também houve uma reformulação em relação à versão anterior CID-10, na qual o termo “dependência” era central. Agora, os transtornos relacionados ao uso de substâncias são descritos a partir de padrões de uso (episódico, frequente, nocivo) e prejuízos funcionais, deixando de lado a divisão dicotômica entre abuso e dependência. Ainda assim, o CID-11 permite especificar a gravidade do quadro, considerando fatores como perda de controle sobre o consumo, sintomas fisiológicos (tolerância e abstinência) e consequências negativas no funcionamento pessoal, social e profissional (Matone; Gandin; Scafato, 2022).

Dependendo da época e da classificação utilizada, o termo “dependência” pode aparecer como similar ou subtipo do Transtorno por Uso de Álcool. Na prática clínica, muitos profissionais ainda se referem à “dependência de álcool” para enfatizar quadros mais graves, em que há tolerância, abstinência e grande dificuldade de controle do consumo (Robinson; Adinoff, 2016). Em linhas gerais, o TUA moderado a grave no DSM-5-TR se aproxima do que antes era chamado de “dependência”, reforçando que esse quadro representa um extremo mais severo dentro de um *continuum* de gravidade (American Psychiatric Association, 2023). No entanto, o conceito ampliado de TUA abrange também manifestações menos intensas, permitindo intervenções mais precoces.

A *American Psychiatric Association* (2023) enfatiza que um ponto central para se chegar ao diagnóstico adequado é a avaliação clínica abrangente, que inclui entrevista detalhada, análise de antecedentes familiares e possibilidade de aplicação de instrumentos de triagem e rastreamento, os quais podem suscitar a necessidade de uma avaliação mais aprofundada. Dentre esses instrumentos, destacam-se questionários como o CAGE, o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) e o T-ACE, amplamente utilizados na prática clínica. Ainda se faz necessário um exame físico cuidadoso e, em alguns casos, exames laboratoriais, a fim de avaliar possíveis complicações decorrentes do uso prolongado de álcool.

O diagnóstico de abstinência de álcool, conforme detalhado por Malbergier *et al.* (2011) ocorre quando, após uma redução ou interrupção abrupta do consumo, surgem sintomas como tremores, ansiedade, irritabilidade, náuseas, sudorese e, em quadros mais graves, convulsões ou *delirium tremens* (DT), o qual é considerado uma forma mais grave de abstinência. O DT se caracteriza por confusão mental, hiperatividade do sistema nervoso autônomo (taquicardia, pressão arterial elevada), agitação psicomotora e psicose. Trata-se de uma emergência médica, com risco de óbito caso não haja intervenção adequada.

A fissura refere-se ao forte desejo ou urgência de consumo de álcool, que muitas vezes se manifesta mesmo após períodos prolongados de abstinência. De acordo com o DSM-5-TR, o desejo é um dos critérios diagnósticos do TUA e pode se relacionar a fatores internos (estresse, ansiedade, depressão) ou externos (estímulos associados ao consumo, como ver amigos bebendo). Em termos fisiológicos, estudos

associam esse fenômeno a alterações em circuitos de recompensa do cérebro (American Psychiatric Association, 2023).

Em resumo, podemos dizer que se está diante de um TUA quando uma pessoa apresenta consumo recorrente de álcool associado a prejuízos em múltiplos domínios (família, trabalho, saúde etc.) e/ou quando satisfaz critérios específicos do DSM-5-TR ou CID -11 ao longo de um período mínimo de doze meses (American Psychiatric Association, 2023; Malbergier *et al.*, 2011). Quanto maior o número de sintomas (tolerância, abstinência, desejo, perda de controle, persistência no uso apesar dos danos, dentre outros), mais grave tende a ser o quadro, aproximando-se do que convencionalmente se chamava de “dependência”.

Cabe ressaltar que a correta identificação do quadro é fundamental para um tratamento eficaz. Muitas vezes, o subdiagnóstico ou o diagnóstico tardio atrasam a possibilidade de intervenção precoce, prejudicando o prognóstico do indivíduo (American Psychiatric Association, 2023).

3.1.4 Comorbidades

De acordo com Malbergier *et al.* (2021), a presença de comorbidades psiquiátricas em indivíduos com Transtorno por Uso de Álcool é elevada, sendo bastante comum a associação com depressão, ansiedade, transtorno bipolar e outros transtornos de uso de substância. Essa concomitância amplia a complexidade do manejo clínico, pois cada condição pode potencializar a outra, exigindo uma abordagem integrada.

Além disso, as comorbidades clínicas também se destacam, conforme ressaltado por Araújo *et al.* (2023), especialmente aquelas relacionadas a danos hepáticos, cardiovasculares e neurológicos. A cirrose hepática, a hipertensão arterial e a neuropatia periférica são exemplos de complicações que afetam a qualidade de vida e a expectativa de sobrevivência do indivíduo.

3.1.5 Tratamento

O tratamento do Transtorno por Uso de Álcool, segundo Carvalho *et al.* (2019) requer abordagem multidisciplinar, que pode incluir intervenções médicas e psicossociais, assim como intervenções familiares e comunitárias. Dentre as intervenções psicossociais, destacam-se a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a entrevista motivacional e os grupos de ajuda mútua, sendo o Alcoólicos Anônimos um exemplo clássico.

3.2. Alcoólicos Anônimos

3.2.1 Introdução

Os Alcoólicos Anônimos (AA) é uma irmandade internacional de homens e mulheres que reúnem experiências, forças e esperanças, com o objetivo de resolver o problema comum do alcoolismo e ajudar outros a se recuperarem. Criado na década de 1930, o AA desenvolveu uma metodologia própria e reconhecida internacionalmente, pautada nos chamados “Doze Passos” e “Doze Tradições”, considerados pilares fundamentais para a manutenção da sobriedade, como apontam Reis, Silva e Vicente *et al.* (2016).

O AA tornou-se referência para inúmeras iniciativas de ajuda mútua em todo o mundo, devido à combinação de fatores espirituais, psicológicos e sociais, que auxiliam o indivíduo a considerar a própria condição de dependência e buscar mudanças profundas em sua vida. Além disso, uma estrutura descentralizada, fundamentada na ideia de autonomia e autossustentação de grupos, permite que o movimento se adapte às mais diversas culturas e realidades (Alcoólicos Anônimos, 2023).

3.2.2 Surgimento do AA

O surgimento dos Alcoólicos Anônimos remonta ao encontro entre Bill Wilson, um corretor da Bolsa de Valores de Nova York e o Dr. Bob Smith, um cirurgião de Akron, Ohio, em 1935, nos Estados Unidos. De acordo com Reis, Silva e Vicente *et al.* (2016) ambos enfrentaram problemas graves com a bebida e, ao compartilharem

suas experiências, perceberam que o contato e a troca de vivências poderiam ser fatores determinantes para a manutenção da sobriedade. Naquele período, o tratamento do Transtorno por Uso de Álcool era limitado e envolvia, em grande parte, internações repetidas e pouca compreensão acerca dos fatores psicológicos e sociais do problema.

A semente do movimento, como apontam Costa e Danziato (2018), começou a germinar a partir da amizade de Wilson e Smith, culminando na criação de pequenos grupos de pessoas que se reuniam para relatar desafios com o álcool e buscar soluções conjuntamente. A partir do contato entre eles, consolidou-se a ideia de que o suporte entre pares (pessoas que vivenciam o mesmo problema) poderia desempenhar papel fundamental no tratamento.

Pouco tempo depois, foi estruturado um programa de recuperação baseado em princípios espirituais e na ajuda mútua entre alcoolistas, culminando na publicação do livro *Alcoólicos Anônimos*, em 1939, obra que descreve a metodologia do grupo e a filosofia de vida que norteia a irmandade. A estrutura inicial era bastante simples e não havia qualquer tipo de filiação religiosa, partidária ou institucional, mas sim um conjunto de princípios empíricos que estimulava a honestidade pessoal, a mudança de conduta e o apoio mútuo (*Alcoólicos Anônimos*, 2023).

Na análise de Oliveira e Menandro (2001), essa iniciativa chamou a atenção de pesquisadores e profissionais de saúde mental, que passaram a observar com maior interesse a proposta de um grupo autônomo, sem líderes fixos e que se mantinha economicamente independente. Por volta da década de 1940, o movimento já se encontrava consolidado em diversas regiões, recebendo menções favoráveis na imprensa e despertando a adesão de médicos, psicólogos e outros profissionais da área da saúde, que enxergavam no AA uma alternativa ou um complemento aos recursos clínicos tradicionais (*Alcoólicos Anônimos*, 2023).

No Brasil, o *Alcoólicos Anônimos* chegou ainda na mesma década, impulsionado por indivíduos que tiveram contato direto com a irmandade nos Estados Unidos e decidiram adaptar a experiência ao contexto brasileiro. Conforme Oliveira e Menandro (2001) essa expansão tem relação com o caráter inclusivo do movimento: qualquer pessoa com o desejo de parar de beber poderia participar, sem custos, sem

exigência de filiação religiosa e sem necessidade de expor detalhes pessoais em público. Dessa forma, o AA se tornou um dos principais referenciais de grupos de mútua ajuda voltados à recuperação do TUA, sendo amplamente reconhecido por sua autonomia e eficácia no apoio à manutenção da sobriedade.

3.2.3 *Funcionamento do AA*

O funcionamento dos Alcoólicos Anônimos baseia-se em encontros regulares, denominados “reuniões”, durante os quais os participantes compartilham suas experiências e reflexões sobre o consumo de álcool, bem como estratégias para alcançar a sobriedade. O princípio fundamental é que cada membro seja responsável pela própria recuperação, mas encontre na coletividade o suporte necessário para manter-se abstinente (Alcoólicos Anônimos, 2023).

Oliveira e Menandro (2001) apontam que essas reuniões seguem uma dinâmica livre, mas costumam começar com a leitura dos Doze Passos ou das Doze Tradições. A maioria dos encontros têm periodicidade semanal, embora alguns grupos optem por uma frequência maior. Não há mensalidade, taxas, nem exigência de filiação religiosa, partidária ou qualquer outra, e cada grupo goza de autonomia para conduzir suas próprias reuniões, desde que mantenham os princípios fundamentais do movimento.

Reis, Silva e Vicente (2016) mencionam que a irmandade preza pela inclusão e promove encontros abertos, nos quais familiares, amigos ou qualquer interessado em conhecer o trabalho do grupo podem participar como observadores, e reuniões fechadas, voltadas estritamente para aqueles que se identificam como alcoólicos ou com problemas relacionados ao álcool. Além disso, o grupo é conduzido por membros que se voluntariam em funções rotativas, assegurando assim que nenhum indivíduo se sobreponha aos demais.

Durante as reuniões, são respeitadas a privacidade e a confidencialidade de todos, razão pela qual não se exige identificação pessoal dos participantes. A ênfase no anonimato é um dos pilares centrais, pois permite que os indivíduos se sintam seguros para revelar suas histórias e, assim, fortalecer a rede de ajuda mútua. Além

disso, busca-se evitar a criação de líderes ou celebridades dentro do grupo, mantendo todos em um mesmo nível de igualdade (Alcoólicos Anônimos, 2023).

Segundo Costa e Danziato (2018), as reuniões de AA podem ocorrer em diversos espaços, como salas cedidas por igrejas, centros comunitários, associações de bairro ou instituições que apoiam iniciativas de mútua ajuda. Em função desse caráter itinerante e da colaboração com entidades parceiras, o AA consegue oferecer encontros gratuitos e acessíveis a quem deles necessite. Além disso, há a prática de “passar o chapéu” (ou a sacola) no fim das reuniões para doações voluntárias, recurso que garante a autossustentação do grupo sem recorrer a financiamentos externos.

Com o avanço tecnológico, muitos grupos adotaram também reuniões online, especialmente em períodos de restrição de contato presencial, ampliando o alcance a membros que, por motivos geográficos ou de saúde, não conseguem comparecer fisicamente. As reuniões online foi um recurso importante durante o período da pandemia da COVID-19, como evidenciado por Campos (2021).

Em suma, o anonimato, a gratuidade, a não filiação a instituições externas e a autonomia de cada grupo são aspectos fundamentais para a manutenção da identidade do AA. Esses princípios, geralmente referidos como “Tradições”, visam garantir que a irmandade permaneça focada no propósito primário: auxiliar aqueles que desejam parar de beber. Dessa maneira, evita-se a influência de interesses comerciais, políticos ou ideológicos, preservando a confiança e o respeito mútuo entre os integrantes. (Alcoólicos Anônimos, 2023).

O AA funciona, ainda, por meio de um sistema de apadrinhamento, no qual membros mais experientes acolhem e orientam os recém-chegados, apoiando-os em momentos de crise e funcionando como referência ao longo do processo de recuperação. Essa relação promove vínculos sociais positivos e estimula a troca contínua de conhecimento, com vista à manutenção de uma vida livre do álcool. (Alcoólicos Anônimos, 2023). Segundo Kelly *et al.* (2020), a convivência frequente e a troca direta de experiências com alguém que já trilhou caminhos semelhantes permitem que o novato se sinta compreendido, evitando o isolamento e aumentando a adesão às práticas de manutenção da abstinência.

3.2.4 Os Doze Passos

Conforme o livro dos Alcoólicos Anônimos (2023), conhecido como “livro azul”, os Doze Passos formam a base espiritual e terapêutica do AA, oferecendo um caminho estruturado para a mudança de comportamento e atitude frente ao álcool. Eles podem ser resumidos como uma sequência progressiva de reconhecimento do problema, entrega a um poder superior, autoavaliação moral, reparo de danos e manutenção da sobriedade por meio de práticas diárias (Alcoólicos Anônimos, 2023). São eles:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, *na forma em que O concebíamos*.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos, perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente, rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e dispusemo-nos a reparar todos os danos causados.
9. Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, *na forma em que O concecíamos*, rogando apenas o

conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar esta vontade.

12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as atividades.

Na análise de Kelly *et al.* (2023), essas etapas servem como uma espécie de roteiro para a proteção pessoal, incluindo elementos de autoconhecimento, autoaceitação, acessórios de relacionamentos e conexão espiritual. A caminhada pelos passos, entretanto, não é necessariamente linear; cada membro é estimulado a enfrentar os desafios de acordo com seu ritmo e experiência. Para muitos, a adoção desses Passos não apenas promove a abstinência, mas também gera crescimento interior e melhoria nos relacionamentos familiares e sociais.

3.2.5 As Doze Tradições

Enquanto os Doze Passos delineiam o caminho individual de recuperação, As Doze Tradições, por sua vez, são orientações que visam manter a unidade do grupo e proteger o AA de interferências externas. Elas estabelecem princípios de convivência entre os membros, definem a relação do grupo com o público externo e enfatizam a importância de não haver classificações ou concentrações de poder dentro da irmandade (Reis; Silva; Vicente, 2016).

De acordo com o Livro Azul (Alcoólicos Anônimos, 2023) as Doze Tradições asseguram que os grupos funcionem de forma harmoniosa, garantam a autonomia local e preservem o anonimato. Elas são assim descritas em sua “forma curta” (verão condensada da “forma longa” publicada pela primeira vez em 1946):

1. Nosso bem-estar comum deve estar em primeiro lugar; a recuperação individual depende da unidade de AA.
2. Para nosso propósito de grupo, há somente uma autoridade suprema – um Deus amantíssimo que Se manifesta em nossa consciência de grupo. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não governam.
3. O único requisito para ser membro de AA. é o desejo de parar de beber.

4. Cada grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros grupos ou a AA em seu conjunto.
5. Cada grupo é animado por um único propósito primordial – o de transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre.
6. Nenhum grupo de AA deverá jamais emprestar o nome de AA, endossar ou financiar qualquer sociedade ou empreendimento alheio à Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem do nosso objetivo primordial.
7. Todos os grupos de AA deverão ser totalmente autossuficientes, rejeitando quaisquer doações de fora.
8. Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados.
9. AA, como tal, jamais deverá ser organizado; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços.
10. Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões que lhe são alheias; portanto, o nome do AA jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.
11. Nossa política de relações públicas baseia-se na atração em vez da promoção; precisamos sempre manter o anonimato pessoal na imprensa, rádio e filmes.
12. O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.

Essas Tradições foram sendo consolidadas ao longo dos anos, a partir de experiências práticas do próprio movimento. Segundo Reis, Silva e Vicente (2023), as tradições permitem que o movimento se mantenha coeso e fiel aos seus propósitos originais, evitando que desvios organizacionais ou dissidências internacionais prejudiquem o trabalho de ajuda aos alcoólicos em busca de recuperação.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Natureza do estudo

O estudo ora proposto foi realizado como parte do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais (MESTED) da Unichristus, uma universidade particular em Fortaleza, Ceará, com início em Março de 2023 e duração de 2 anos. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem qualitativa, fundamentada nos princípios da hermenêutica e na análise de conteúdo, visto que favorece a interpretação, a compreensão e a reflexão da realidade estudada.

Nesse contexto, Minayo (2014) destaca que a pesquisa qualitativa é mais adequada para responder a questões que envolvem significados, percepções, valores, motivações e crenças, pois trabalha com um universo simbólico que não pode ser quantificado. Assim, permite acessar as múltiplas camadas de sentido que atravessam as experiências humanas.

Partindo dessa concepção de múltiplas camadas de sentido, torna-se coerente a utilização da hermenêutica como base epistemológica do estudo. Para Gadamer (2008), ela é compreendida como um processo de construção de sentido que se dá na linguagem e na comunicação entre sujeitos, sempre situada histórica e culturalmente. A hermenêutica é a arte da interpretação que compreende o conteúdo em um movimento dinâmico entre o lado objetivo e subjetivo da linguagem. Partiu-se do princípio de que os discursos dos participantes não são meros relatos objetivos, mas expressões simbólicas, históricas e culturais que demandam escuta atenta e interpretação situada.

Com base nessa perspectiva, a análise de conteúdo foi adotada como método de tratamento dos dados, estruturada a partir de uma perspectiva hermenêutica. Conforme propõe Vieira (2018), tal abordagem, conhecida como análise de conteúdo hermenêutica, envolve a hermenêutica e a análise de conteúdo qualitativa. Ela é constituída por um movimento circular de análise, interpretação e compreensão do conteúdo do texto.

As categorias extraídas do material empírico não foram reduzidas a classificações técnicas, mas interpretadas à luz dos significados atribuídos pelos próprios participantes às suas vivências. Assim, a análise de conteúdo qualitativa é

um método utilizado para descrever sistematicamente o significado dos dados qualitativos, utilizando-se de processos como a codificação e a categorização (Vieira, 2018).

4.2 Metodologia proposta

O estudo empregou a técnica de grupo focal, visto que, de acordo com Gatti (2005), consiste em uma técnica de coleta de dados que utiliza discussões em grupo, mediadas por um moderador, para explorar percepções e experiências sobre um tema específico. Após a seleção de participantes com alguma característica em comum, a discussão se inicia após uma breve apresentação sobre o objetivo do grupo. São realizadas perguntas semiestruturadas para direcionar o debate e a abordagem dos temas propostos.

A escolha desse método de estudo se deu por sua utilidade em entender fenômenos sociais, captar nuances nas percepções humanas e explorar temas que podem não surgir em entrevistas individuais ou questionários. No grupo focal, é essencial respeitar o princípio da não diretividade. O moderador deve estimular a comunicação entre os participantes sem impor opiniões ou conclusões pessoais. Todavia, sua postura não deve ser passiva e sua atuação deve facilitar o fluxo do diálogo, criando um ambiente propício à livre expressão dos participantes (Gatti, 2005).

Participaram do estudo doze pessoas de um grupo de Alcoólicos Anônimos em Fortaleza, Ceará, sendo onze homens com Transtorno por Uso de Álcool e uma mulher não adicta, companheira de um deles, todos com mais de dezoito anos. A seleção foi feita por conveniência, considerando a disponibilidade e o consentimento dos participantes para integrar o grupo focal.

O grupo focal foi realizado no dia 13 de Setembro de 2024 nas instalações do AA e teve duração de aproximadamente 3 horas. A sessão foi moderada pela pesquisadora principal, que garantiu um ambiente aberto e acolhedor. Uma coautora atuou como observadora não participante, sendo responsável pela gravação em áudio das discussões, com o consentimento prévio dos participantes.

Com base nos dados obtidos através do estudo, elaborou-se uma cartilha educativa voltada para pessoas com transtorno por uso de álcool, seus familiares e profissionais de saúde. O conteúdo da cartilha foi construído com o intuito de refletir as vivências relatadas pelos participantes do grupo focal, promovendo uma linguagem acessível, acolhedora e fundamentada na experiência compartilhada, com o propósito de auxiliar no cuidado, na prevenção de recaídas e na construção de redes de apoio mais sensíveis e eficazes.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão no estudo, foi solicitado que os participantes fossem usuários do grupo de Alcoólicos Anônimos que praticassem o décimo segundo passo. Inicialmente, foi planejada a realização de um grupo focal com dez participantes, todos eles frequentadores do programa de Alcoólicos Anônimos.

A escolha por participantes que praticassem o décimo segundo passo foi motivada pela expectativa de que essas pessoas estivessem em uma fase mais avançada de recuperação, com maior abertura para compartilhar suas vivências e reflexões. Tal característica poderia potencializar a riqueza das discussões e gerar *insights* mais profundos sobre o tema.

Para a organização do grupo focal, foi estabelecida uma data previamente acordada com um membro do AA, que se responsabilizou por contactar outros usuários interessados em participar. No dia do encontro, compareceram doze pessoas, sendo onze alcoolistas e uma esposa de um dos usuários. Apesar de inicialmente o grupo focal ter sido concebido exclusivamente para participantes que praticassem o décimo segundo passo, decidiu-se pela inclusão da esposa do alcoolista no grupo, considerando que sua perspectiva poderia agregar ao estudo uma visão única e valiosa sobre a dinâmica vivenciada pelos familiares de alcoolistas. A participação da esposa foi acolhida de forma natural pelos demais membros do grupo e contribuiu para a riqueza do debate.

4.4 Procedimentos de coleta

Foi utilizado um roteiro semiestruturado, cuidadosamente elaborado para estimular os participantes a compartilharem suas experiências pessoais de forma espontânea e genuína. O roteiro foi organizado em torno de eixos temáticos principais (categorias temáticas), selecionados por sua relevância para o Transtorno por Uso de Álcool e o processo de recuperação no contexto dos Alcoólicos Anônimos.

Cada categoria era introduzida por uma pergunta norteadora, projetada para facilitar a abordagem do tema central. A seguir, apresenta-se a Tabela 1, com as categorias temáticas e as perguntas norteadoras que orientaram as discussões durante a sessão do grupo focal.

Tabela 1 – Categorias e perguntas norteadoras abordadas no grupo focal

Categorias temáticas	Perguntas Norteadoras
Início do uso de álcool	“Como se deu o início do uso de álcool?”
Da negação ao reconhecimento da dependência	“Quando você se reconheceu dependente de álcool?”
Recaída	“Quais foram os fatores associados à recaída?”
Recuperação	“Quais as estratégias para manter uma recuperação bem-sucedida?”
Papel do AA na recuperação	“Qual a importância do AA na recuperação?”

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

4.5 Análise de dados

Os dados foram analisados com base na técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), escolhida por sua capacidade de organizar

sistematicamente o material textual, permitindo uma leitura aprofundada e interpretativa. Essa escolha dialoga com a perspectiva hermenêutica adotada neste estudo, na medida em que a análise não se limita à descrição das falas, mas busca compreender os sentidos atribuídos pelos participantes às suas experiências.

A análise seguiu as três etapas descritas por Bardin (2011): pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Na pré-análise, realizou-se a transcrição das falas dos participantes e, em seguida, uma leitura flutuante, ou seja, uma leitura livre e abrangente do material, com intuito de promover familiarização com o conteúdo e captar impressões iniciais sobre os sentidos expressos.

Na etapa da exploração do material, procedeu-se a codificação, processo pelo qual segmentos do texto foram destacados conforme sua relevância para os objetivos da pesquisa. Esses trechos foram organizados em unidades de significado, que correspondem a fragmentos do discurso com sentido completo e relacionado ao objeto de estudo.

Por fim, na interpretação dos resultados, as unidades de significado foram agrupadas em categorias temáticas previamente delineadas com base nos objetivos de estudo. A partir dessas categorias, emergiram subcategorias temáticas, possibilitando a construção de inferências e interpretações alinhadas ao referencial teórico.

4.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus (Unichristus), sob o parecer nº 7.112.059. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o anonimato e a confidencialidade das informações. Para preservar suas identidades, cada participante foi identificado por uma letra do alfabeto, variando de A a L.

A pesquisa seguiu os aspectos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 conjuntamente com a Resolução 510/16, que estabelecem os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade empregadas nas pesquisas com seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa foram organizados a partir da análise do material coletado no grupo focal, tomando como base as categorias previamente definidas pelas perguntas norteadoras utilizadas na condução da discussão. A partir dessas categorias, emergiram subcategorias temáticas que expressam, com maior profundidade, os sentidos atribuídos pelos participantes às suas vivências com o uso de álcool, a recaída e o processo de recuperação.

Em pesquisas qualitativas, os resultados são usualmente apresentados com foco na compreensão dos sentidos construídos pelos sujeitos em torno de suas vivências, valorizando os aspectos subjetivos e simbólicos que emergem nas narrativas, em detrimento de generalizações estatísticas. Neste estudo, essa abordagem se concretizou por meio da análise das falas dos participantes, destacando trechos significativos que foram interpretados a luz do referencial teórico adotado. Esses referenciais contribuem para o aprofundamento da compreensão dos fenômenos estudados.

A discussão foi construída a partir da articulação entre os relatos dos participantes, achados da literatura científica e a considerações da pesquisadora, que assume papel ativo no processo de análise. Os dados foram trabalhados de maneira sensível e reflexiva, respeitando a complexidade das trajetórias individuais e coletivas diante do Transtorno por Uso de Álcool.

A tabela 2, a seguir, apresenta as categorias temáticas e as respectivas subcategorias que foram encontradas após a análise dos dados. A tabela servirá de base para a discussão do presente estudo. Cada categoria temática será discutida individualmente. Adicionalmente, deixei registrado uma fala sobre o impacto positivo da sobriedade, transcrevendo um relato que possa servir de esperança e incentivo para os que ainda buscam uma vida longe do álcool.

Como desdobramento das reflexões produzidas ao longo da análise desse estudo, foi elaborada uma cartilha educativa, com intuito de traduzir os sentidos construídos pelos participantes em orientações acolhedoras e úteis para o enfrentamento da dependência de álcool.

Tabela 2 – Categorias e Subcategorias

Categorias temáticas	Subcategorias temáticas
Início do uso de álcool	-Uso sob influência familiar e cultural -Uso como estratégia de enfrentamento emocional -Uso em transições de vida e mudanças pessoais
Da negação ao reconhecimento da dependência	-Negação -Reconhecimento por autorreflexão -Reconhecimento por experiências negativas
Recaída	-Pensamentos sabotadores -Comportamentos sabotadores -Fatores externos e eventos estressores
Recuperação	-Engajamento no programa de AA -Os “Evites” -Novas rotinas e hábitos saudáveis
Papel do AA na recuperação	-Explicando o AA -Os 12 passos -O Apadrinhamento -A Espiritualidade -O Anonimato

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

5.1 Início do uso de álcool

A análise das falas dos participantes revelou que o início do uso do álcool foi influenciado por uma combinação de fatores, dentre os quais se destacam: uso sob influência familiar e cultural, uso como estratégia de enfrentamento emocional e uso em transições de vida e mudanças pessoais.

5.1.1 *Uso sob influência familiar e cultural*

As influências familiares e culturais no consumo de álcool emergiram como fatores significativos não só no início do uso, como na manutenção e replicação dos hábitos ao longo do tempo, como mencionado por um participante: “A minha família, por parte de pai, todinha que é do interior, eles bebem muito, mas é muito mesmo, qualquer festinha eles viram a noite bebendo...Isso vem desde muito tempo, né? Aí já está meio que enraizado” (G).

Essa afirmação evidencia como a normalização do consumo de álcool no ambiente familiar pode levar à percepção de que beber é um comportamento aceitável e até esperado. Observa-se que a cultura familiar que integra o álcool em práticas cotidianas pode facilitar a iniciação precoce, influenciar a manutenção do uso e aumentar o risco de uso problemático.

O contexto familiar, de acordo com Silva *et al.* (2021), foi apontado quanto ao seu aspecto protetor ou influenciador do consumo de drogas pelos adolescentes. O que acontece com cada integrante da família pode ser resultado de sua vivência no núcleo familiar. Para Silva *et al.* (2021), uma relação familiar aberta e flexível pode contribuir positivamente na resolução de problemas internos, reconhecendo o adolescente como membro capaz de participar de decisões familiares, pois existe um ambiente em que ele é legitimado, com suas crenças, pensamentos e sentimentos.

Quando a relação familiar se mostra marcada por permissividade e pela normalização do consumo de álcool, pode ocorrer a imitação de comportamentos e a internalização de normas que favorecem o consumo. Essa normalização também acontece a nível de sociedade:

A nossa sociedade, vive uma coisa da normalização. Você acha que pode tomar só uma cervejinha, pode dar né? Aí você passa aí meses sem beber, e os amigos querem também tomar uma cerveja, aí você acha que dá...O maior perigo do alcoolismo é esse, porque é social, a sociedade estimula, tem propaganda, tem os amigos, eu acho que até onde é pra comer tem cerveja pra beber. É engraçado, mas às vezes é trágico (E).

Nas falas transcritas também se observa que, além da família imediata, existe uma tradição cultural na região ou comunidade que promove o consumo de álcool, além da influência de pares e da pressão social, o que dificulta a adoção de

comportamentos saudáveis. Em certas culturas, o álcool está integrado a rituais sociais, celebrações, práticas cotidianas e tradições, aumentando a exposição e a aceitação do consumo desde a juventude, como descrito por Cabral (2016).

Chung *et al.* (2018) observaram que a presença de um membro da família com dependência de álcool aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de problemas relacionados ao álcool em descendentes. Mesmo que tenha um efeito contrário, ou seja, que afaste o uso do álcool, ter um familiar com dependência da substância pode causar um impacto negativo, com um ambiente familiar estressante e disfuncional, como ficou claro na seguinte fala da companheira de um dos membros do grupo:

Meu pai, ele era dependente do álcool, era alcoólatra, então, assim, eu convivo com isso desde o meu nascimento. Meu pai parava uma época e, do nada, dava o primeiro gole e voltava, passava anos bebendo. Então assim, sempre foi muito difícil pra mim. Eu decidi que nunca gostaria de ter em uma mesa, bebida alcoólica (I).

Além disso, um contexto familiar onde o álcool está presente também pode despertar a curiosidade e o interesse dos jovens em experimentar. Um participante relatou:

Eu era criança, um primo meu mais velho falou na frente de todo mundo que eu estava bebendo resto de cerveja dos copos e pegando ponta de cigarro e fumando. Eu acho que era mais como exemplo, eu via as pessoas mais velhas fazendo e eu queria fazer (G).

Colder, Shyhalla e Frndak (2017) apontam que a exposição precoce ao álcool, mesmo em pequenas quantidades ou em contextos supervisionados, pode aumentar a probabilidade de uso subsequente e de desenvolvimento de problemas relacionados ao álcool. A curiosidade é um elemento natural do desenvolvimento, e a disponibilidade de álcool no ambiente doméstico pode facilitar a experimentação.

Em um estudo prospectivo, Rossow e Kunstche (2013) observaram que o início precoce do uso de álcool esteve associado ao consumo pesado na vida adulta apenas quando acompanhado de outros comportamentos problemáticos, como problemas de conduta e histórico de uso abusivo pelos pais. Assim, o início precoce seria um indicador de vulnerabilidade quando inserido em um contexto mais amplo de risco psicossocial.

5.1.2 *Uso como estratégia de enfrentamento emocional*

De acordo com os participantes, o início do uso do álcool em suas vidas também foi associado a estratégias de enfrentamento emocional. Algumas pessoas adotam o álcool para reduzir o impacto de eventos estressores ou perdas, como descrito por um membro do grupo: “O início do uso do álcool se deu quando eu tinha 15 anos de idade. Eu me lembro bem dessa data porque eu comecei a beber por conta do falecimento da minha mãe por cirrose hepática” (H).

Outro participante informou que o início do uso foi para administrar suas emoções de maneira mais adaptativa: “Comecei a beber aos 14 anos pra perder a timidez, eu era muito tímido, de uma cidadezinha aqui da banda do Sergipe. E o álcool me transformou em um comunicador, em um grande vendedor e me deu muita coisa” (B).

Esse último relato ilustra como o álcool pode ser usado como uma forma de automedicação para enfrentar dificuldades emocionais ou sociais, como a timidez ou a ansiedade social. Kuntsche *et al.* (2017) avaliaram que o uso de álcool para lidar com emoções negativas ou melhorar habilidades sociais é um fator de risco bem documentado para o desenvolvimento de dependência. A eficácia inicial percebida do álcool em aliviar esses desconfortos pode reforçar seu uso contínuo.

Foi observado ainda que o comportamento de beber pode ocorrer em busca de uma validação externa ou desejo de pertencimento, com o propósito de atender às expectativas de um grupo para se sentir aceito e valorizado, como relatado a seguir:

Eu andava com meu irmão mais velho, ele tem dois anos de diferença, e eu andava com a turma dele, sendo que eu era sempre o mais novo, aí para eu entrar na turma, fazer parte, eu bebia igual ou mais do que eles, porque eu tinha que ser o danadão, porque eu era o mais novo (G).

Em ambientes onde o consumo de álcool é uma parte central das interações sociais, essa estratégia pode mascarar inseguranças pessoais e criar um ciclo onde a pessoa continua consumindo substâncias para se sentir aceita ou para evitar ser rejeitada. Isso evidencia como as vulnerabilidades individuais podem se intensificar quando inseridas em ambientes que não acolhem a diferença, mas exigem performance e adaptação constantes.

5.1.3 *Uso em transições de vida e mudanças pessoais*

Transições de vida e mudanças pessoais significativas também influenciaram o consumo de álcool, conforme o relato: “Até os 22 anos de idade, eu era um cara, bebia ocasionalmente numa festa, uma vez no ano e tal. E depois que eu me casei eu me senti com total liberdade, dono de casa, aí eu me tornei realmente alcoólatra” (J).

Segundo o participante, a transição para uma nova fase da vida, com maior autonomia e responsabilidades, contribuiu para o aumento do consumo de álcool. A sensação de liberdade e a ausência de supervisão podem facilitar o engajamento em comportamentos de risco.

Conforme estudos como os de Cadigan *et al.* (2019) e Jessup *et al.* (2014), eventos estressantes ou mudanças significativas de vida, como casamento, mudança de residência ou de emprego, podem servir como gatilhos para o uso abusivo de álcool, especialmente se o indivíduo carece de estratégias adaptativas de enfrentamento. Uma fala de outro integrante evidencia isso:

Quando eu tinha 18 para 19 anos, eu fui morar fora, e aí sem o olhar da família, assim, o acompanhamento da família, não saber lidar com a liberdade que eu tinha lá, aí foi que eu deixei de estudar e fiquei gastando muito e bebendo. Eu fui para estudar, deixei o estudo e fiquei só farreando (G).

Esse relato ilustra como, diante de mudanças marcantes da vida adulta, a falta de suporte emocional e de estratégias adaptativas pode favorecer o uso problemático do álcool. Tais momentos de transição, quando vivenciados de forma abrupta ou solitária, tornam-se pontos vulneráveis que merecem atenção no cuidado desses indivíduos.

5.2 Da negação ao reconhecimento da dependência

5.2.1 *Negação*

A negação é muito comum entre indivíduos com dependência alcoólica, impedindo o reconhecimento dos problemas associados ao consumo e a busca por

ajuda. Muitos participantes relataram dificuldades em admitir que o álcool estava causando impactos negativos em suas vidas, como se vê em:

Eu achava que estava tudo sob controle. Bebia só nos finais de semana, ou pelo menos era o que eu dizia para mim mesmo. Mesmo quando começava a beber na segunda-feira, eu pensava: “Ah, é só hoje, amanhã eu paro”. Mas esse amanhã nunca chegava. Minha esposa reclamava, meus filhos ficavam preocupados, mas eu insistia que eles estavam exagerando, que eu não tinha nenhum problema (D).

Essa fala evidencia a negação do participante em reconhecer o padrão problemático de consumo. Ele minimiza a frequência e as consequências do uso, justificando seu comportamento como algo temporário ou esporádico. Enquanto se acredita estar no controle, não há abertura para escutar os outros, nem motivação real para buscar ajuda.

Estudos como o de Lima-Rodríguez *et al.* (2015) avaliaram que a negação pessoal é um obstáculo significativo na busca por tratamento, prolongando o sofrimento e agravando os danos físicos e emocionais. A racionalização e a minimização são estratégias comuns de negação, permitindo que o indivíduo evite confrontar a realidade de sua dependência. O participante ainda complementou:

Na primeira reunião, quando eu fui empurrado pra cá pela minha família, pela minha esposa, eu já me identifiquei como alcoólatra, mas a minha arrogância, a minha prepotência, a minha autossuficiência, o meu pedantismo, me levaram a teimar por três anos (D).

Embora o participante tenha reconhecido inicialmente o alcoolismo como um problema já no seu primeiro contato com o grupo, o processo de aceitação foi postergado por mecanismos de resistência como a arrogância e a autossuficiência. Funcionando como um mecanismo de defesa, a negação protegeria o indivíduo da angústia associada ao reconhecimento da dependência. Admitir o problema pode implicar em sentimentos de vergonha, culpa e medo das mudanças necessárias. A negação também pode ser alimentada pela comparação com outros:

Eu via meus amigos bebendo e pensava: Se eles podem, por que eu não posso? Mesmo quando comecei a faltar ao trabalho por causa da ressaca, eu dizia para mim mesmo que era só uma fase. Não queria admitir que o álcool estava atrapalhando minha vida. Sempre

encontrava uma desculpa, culpava o estresse, o chefe, qualquer coisa, menos a bebida (G).

Aqui, é feita uma comparação entre o consumo próprio ao dos amigos como forma de normalizar o comportamento. Ao justificar o uso com base em exemplos alheios e atribuir responsabilidades a fatores externos, ele evita reconhecer o problema e encarar sua real dimensão.

Dessa forma, o reconhecimento e a aceitação da dependência alcoólica emergiram como passos fundamentais no processo de recuperação dos participantes. (Alcoólicos Anônimos, 2023). Um dos presentes destacou:

O alcoolismo é uma doença progressiva e irreversível, de consequências fatais, doença que o bêbado nega, a família esconde, a sociedade repudia. É a única doença que só o bêbado pode fazer o diagnóstico, ninguém pode fazer o diagnóstico. Eu não posso apontar ninguém, se eu não aceitar que eu sou alcoólatra, eu morro negando (B).

A frase enfatiza a negação como um dos maiores desafios para lidar com o alcoolismo. Conforme evidenciado pelos discursos, essa negação ocorre em vários níveis: de indivíduo, de família e de sociedade. O indivíduo frequentemente nega a gravidade do problema ou mesmo sua existência, minimizando os prejuízos ou racionalizando o consumo.

A família muitas vezes tenta encobrir o problema, seja por vergonha, medo do julgamento social ou esperança de que o comportamento seja apenas temporário:

A família esconde. Eu chegava bêbado na mamãe e as pessoas perguntavam: “Cadê, ele já chegou?” Aí a mamãe: “Não, ele passou aqui.” “Mas ele já bebeu?” “Não, ele passou só troviscado.” Troviscado é uma forma carinhosa da minha mãe dizer que o filho não era alcoólatra (A).

A sociedade frequentemente estigmatiza o alcoolismo, tratando-o como uma falha moral ou falta de força de vontade, em vez de reconhecê-lo como uma doença. O participante A ainda comentou:

A sociedade repudia, doutora, a partir dos médicos. Desculpa eu lhe falar isso, mas segundo eu já ouvi aqui, são poucos os cursos de medicina que tem cadeiras que falam sobre o alcoolismo em si, apesar

de ser uma doença catalogada pela Organização Mundial de Saúde (A).

Um participante pontuou uma fala interessante, que abordou a evolução da compreensão sobre o alcoolismo, destacando a transição do conceito de desvio moral para a classificação como uma doença:

A primeira pessoa a reconhecer o alcoolismo como doença, não só como desvio moral, foi exatamente o médico do nosso cofundador, Bill W. Ele caracterizou como uma obsessão mental que nos leva a beber compulsivamente, é associada a uma espécie de alergia física. Depois, a gente foi entendendo também que essa doença, ela vai além, ela mexe com as emoções, nós chamamos de doença espiritual, pode chamar de emocional, na verdade, que deturpa o nosso caráter, o nosso comportamento (L).

Essa visão multifacetada, que inclui desde a compulsão até o impacto sobre as emoções e o caráter, mostra um processo de amadurecimento na forma como o sujeito entende sua própria doença. Reconhecer essa dimensão ampliada permite não só compreender o sofrimento vivenciado, mas também fundamentar a necessidade de uma abordagem terapêutica que vá além da abstinência, envolvendo aspectos emocionais, espirituais e comportamentais.

5.2.2 Reconhecimento por autorreflexão

As falas refletem uma jornada intensa de autoconhecimento e confrontação com a realidade do alcoolismo em suas vidas. Momentos de autorreflexão profundos levaram a admissão da impotência perante o álcool, como se observa em:

Logo depois eu conheci o AA, aí quando me deparei com esses depoimentos fortes, esses depoimentos de vida, aí eu me toquei o quanto eu estava vivendo uma vida equivocada. Eu tinha cultura, duas faculdades, tinha casa, tinha três carros, um bom emprego federal, muitas namoradas, e ao mesmo tempo era um homem triste, era um homem vazio, pensava em me matar o tempo todo (H).

Apesar de conquistas materiais e sociais significativas, o relato evidencia um vazio existencial e emocional que o uso do álcool não conseguia preencher. Esse contraste entre aparência de sucesso e sofrimento interno marca o rompimento da negação e inaugura uma nova perspectiva sobre si mesmo.

Por vezes, a aceitação da doença e a busca efetiva por mudança pode vir do reconhecimento de que “perdeu a batalha para o álcool”, o qual funcionaria como um divisor de águas:

A ficha só caiu, a derrota completa só se deu no dia 10 de dezembro de 2018. Finalmente dei meu primeiro passo, eu admiti que era impotente perante o álcool, e que eu não podia mais voltar a beber...Perdi a batalha pro álcool para vencer uma guerra maior que eu venho ganhando, que é a guerra da guerra (D).

Foi observado que o reconhecimento da dependência de álcool não apenas marca o início da recuperação, mas também estabelece a base para o engajamento efetivo nas práticas e princípios do AA. De acordo com Alcoólicos Anônimos (2023), a autorreflexão desempenha um papel central no reconhecimento da dependência, sendo um passo fundamental no processo de recuperação do alcoolismo e na jornada de transformação pessoal. Ela permite ao indivíduo confrontar honestamente sua relação com o álcool, superar mecanismos de negação e admitir sua impotência e sua perda de controle diante da substância.

A aceitação da impotência perante o álcool é o primeiro dos 12 passos do AA e é considerado essencial para iniciar a recuperação (Alcoólicos Anônimos, 2023). Essa humildade é considerada um elemento chave na mudança comportamental. Em muitas ocasiões, todavia, a percepção da dependência só ocorre diante de experiências negativas.

5.2.3 Reconhecimento por experiências negativas

Manifestações como ressaca e apagamento foram citadas como fatores que levaram a uma maior percepção da problemática do álcool:

Uma época eu bebia duas vezes por semana, passei pra três, quando eu cheguei em quatro vezes por semana aí eu achei que era problema. Em segundo lugar, a ressaca, aquela que você diz: “Eu nunca mais vou beber”. Mas você não tem a autodisciplina. Depois, os apagamentos. O cara que bebe e tem ressaca não deve dirigir, porque ele está cometendo uma ilegalidade (E).

Ainda sobre os apagamentos, o participante complementa:

Eu estava dirigindo um fusca velho emprestado, aí cheguei em casa tive apagamento, porque no dia seguinte eu não lembrava como eu tinha chegado. Isso é terrível né? Você pode cometer um crime aí, né? (E).

A análise sobre a gravidade da situação pode vir através de desconforto físico e medo das consequências legais associados ao uso de álcool. Outros membros do grupo também refletiram sobre sua trajetória relacionada à substância e sobre as vivências que despertaram um reconhecimento de que precisavam de ajuda diante do quadro:

Eu notei que eu comecei a ter problema com álcool dos 27 anos em diante. Quando eu comecei a mudar o meu comportamento bruscamente, violentamente, comecei a entrar dentro de casa com carro, garagem e tudo, brigava muito no trânsito...Até que um dia acordei no hospital, depois de um acidente que eu nem lembrava. Foi aí que percebi que tinha perdido o controle há muito tempo. Eu cheguei aqui completamente derrotado pelo álcool, cheguei processado pela justiça (H).

Eu era um bêbado louco, porque eu estragava todos os ambientes. Eu chegava e as pessoas já sabiam que eu ia acabar com a harmonia daquele lugar. Eu era um cara desmoralizado. Então, eu realmente tinha problema com a bebida. Eu precisei parar porque eu era um criminoso em potencial. Hoje eu não tenho vergonha de dizer que sou um alcoólatra, só que não bebo (A).

Tinha bem uns cinco, oito anos que eu não dava uma encostada no carro, uma batida, nada. Cheguei e atrolei dois motoqueiros em quinze dias. Essa foi minha última internação. Fui internado involuntário, mas em momento algum achei que foi indevido. Muitos perdem tempo culpando a família, mas quem me colocou lá fui eu mesmo. A família coloca lá num ato de desespero (G).

Essas autoavaliações retrospectivas demonstram como experiências ruins acumuladas podem levar ao reconhecimento da dependência, como alterações comportamentais, inconvenientes familiares, problemas legais ou de saúde. Inanlou *et al.* (2020) sugerem que, para muitos indivíduos, eventos adversos e consequências negativas funcionam como “pontos de virada” que promovem a conscientização sobre a necessidade de mudança. Isso também se verifica em:

Eu bebi e gostei, só que foi progredindo, mas pela minha inteligência eu fui conseguindo muita coisa. Tudo eu tinha, apartamento próprio,

empresa. Mas chegou um ponto em que perdi o controle. Ele me fez devolver tudo com juros e correção monetária. Eu quebrei, fui pra mão de agiota, vendi apartamento, tive um problema de saúde seríssimo, foi feio. No dia que eu entrei numa sala de AA eu me identifiquei como alcoólatra, porque aqui é o seguinte: o remédio entra pelos ouvidos e a doença sai pela boca (B).

Este relato evidencia como o álcool inicialmente serviu como uma ferramenta para angariar conquistas, mas eventualmente levou à prejuízos. Outros participantes também relaram suas perdas:

Eu fiquei escravo do álcool e do ego. Eu conheço o que é solidão, acabei tudo na minha vida, perdi minha família, vendi minha casa, caía em qualquer canto nessa cidade...Cheguei na beira da loucura e na porta da morte (J).

E assim venho perdendo família, eu já passei por dois casamentos, não posso dizer que os dois casamentos acabaram por causa da bebida, mas eu sei que contribui muito (G).

Hoje eu sei que faz parte da doença a negação da doença. Eu passei todas as fases, da bebedeira eventual até a bebedeira diária. Trazendo todas as consequências que o alcoolismo traz, eu acabei tendo que reconhecer que eu precisava de ajuda. Eu procurei o Alcoólicos Anônimos em desespero (L).

Esses testemunhos ressaltam como perdas familiares, dificuldades financeiras e isolamento social emergem como consequências que levam à reflexão. Na avaliação das falas, vê-se, portanto, o quão comum é a luta interna e a negação inicial em pessoas com dependência alcoólica. Percebe-se ainda que a aceitação da doença não é um evento isolado, mas um processo gradual que envolve uma avaliação sobre as consequências do uso do álcool e a autorreflexão. Um dos membros comentou:

Quando minha filha me disse que tinha vergonha de mim, aquilo me atingiu profundamente. Não podia mais fingir que estava tudo bem. Foi então que procurei ajuda no AA (A).

Através dessa frase, vê-se o quanto o processo de aceitação é doloroso, muitas vezes demorado, mas essencial para a recuperação. Lima-Rodríguez *et al.* (2015) reforçam que o reconhecimento da dependência pode ocorrer quando a negação é confrontada por evidências irrefutáveis ou pelo feedback de pessoas significativas.

5.3 Recaída

A recaída foi um assunto bem discutido, com os participantes refletindo sobre suas experiências e os fatores que contribuíram para o advento delas. A importância dessa categoria foi reforçada por um dos membros:

Eu tive algumas leituras outras fora da programação, mas que é voltada a hábitos que eu identifico hoje como sendo você ter o autoconhecimento e o que me levou a recair como sendo uma coisa de extrema importância. Eu acho que a importância de saber o que levou ao uso é o grande “Q” de tudo (G).

As narrativas ofereceram reflexões valiosas sobre os desafios enfrentados e os mecanismos subjacentes que podem levar ao retorno do consumo de álcool. Os assuntos mais citados que estiveram relacionados à recaída foram: pensamentos sabotadores, comportamentos sabotadores e fatores externos e eventos estressores.

O mesmo participante observou que a recaída não é um evento repentino, mas um processo gradual: “Eu vejo muito, porque assim, parece assim: recaída, é como se de um dia para a noite, 'ah, eu bebi', não... Vem os comportamentos que antecedem a recaída, a bebida é só a gota d'água” (G).

Essa observação alinha-se com o modelo de recaída gradual de Marlatt e Gordon (1985), que propõe que a recaída é precedida por uma série de mudanças comportamentais e cognitivas, conhecidas como “processos de recaída”.

5.3.1 Comportamentos sabotadores

Um comportamento frequentemente observado em indivíduos que enfrentam desafios no processo de recuperação foi relatado pelo participante G: “A recaída começou desde quando eu deixei de vir para as reuniões, desde quando eu justifico não ir para a reunião que eu me comprometi a ir toda sexta-feira” (G).

Foi evidenciado na fala um exemplo de comportamento sabotador, que funciona como gatilho para o retorno do uso do álcool. A falta de adesão ao programa, como o afastamento das reuniões do AA, pode sinalizar o início desse processo de recaída. Essa afirmação destaca ainda a importância da manutenção das atividades de recuperação e a vulnerabilidade que surge quando há o afastamento delas.

Os participantes complementaram: “Com relação à recaída em si, eu já tive algumas, várias, tive sete internações. E a pessoa, quando se afasta dos grupos de apoio, eu, quando eu me afasto do grupo de apoio, eu chego e perco a força” (E); “A doença pode piorar? Pode. Mas se você mantiver a sua recuperação em atividade, ela não vai chegar ao ponto de esse ruído ficar muito próximo de levar à recaída” (A).

Outro exemplo citado de comportamento que pode funcionar como gatilho para o retorno do uso de álcool foi o de frequentar locais de consumo de álcool:

Eu saio, eu tô aqui com a certeza absoluta de que eu não posso beber, aí eu chego e continuo frequentando os locais, as pessoas, as amizades e tudo, aí eu vou ganhando a vontade de beber e o achismo, sincero mesmo, de dizer: “Não, agora eu posso tomar uma pra ver”. E aí eu começo a me testar (G).

Esse comportamento sabotador é discutido na literatura. Expor-se a ambientes ou situações de alto risco sem uma preparação adequada aumenta significativamente a probabilidade de recaída, uma vez que ativa memórias e associações emocionais ligadas ao consumo de álcool. (Alcoólicos Anônimos, 2023). Outro comportamento mencionado foi o de substituir o álcool por outras práticas de risco, como em: “Eu larguei a bebida, mas agora eu tô indo muito na loteria, e isso tem me deixado nervoso também, porque gasto muito dinheiro” (E).

Esse padrão é conhecido como transferência de adição. Segundo Miller e Rollnick (2021), o indivíduo pode substituir um vício por outro na tentativa de aliviar a ausência da substância primária, o que frequentemente leva a novas dificuldades emocionais e comportamentais.

A negligência do autocuidado também foi citada: “Eu não tava nem comendo direito, muito menos dormindo, só ia trabalhando e fingindo que tava tudo bem. Foi aí que eu pensei em beber de novo”(C).

A literatura aponta que o autocuidado é uma parte vital do processo de recuperação. Estudos destacam que práticas como alimentação equilibrada, exercícios físicos e sono adequado ajudam a regular os níveis de estresse e aumentam a resiliência contra gatilhos de recaída (Kitzinger Júnior *et al.*, 2023; Gunillasdotter *et al.*, 2022)

Um outro exemplo que trouxeram os participantes foi o uso do comportamento manipulador. Eles consideram que ele pode perpetuar padrões prejudiciais, minando tanto a sobriedade quanto os relacionamentos. A manipulação muitas vezes está relacionada à necessidade de controlar ou evitar lidar com questões difíceis, e pode ter conexões profundas com a codependência, especialmente em relacionamentos próximos. Segundo um dos presentes:

O grande defeito do dependente químico é a manipulação. Ele manipula os outros de todas as formas. Por isso que a codependência é uma doença muito, muito pior, no meu caso. Quando meu filho quer me manipular, ele diz que sou o Poder Superior dele, que sou Deus, o padrinho dele. Aí uma vez quando o internei ele disse: “o senhor é meu padrinho, está agindo com covardia comigo.” Eu disse: “Eu não estou falando com você, estou falando com a sua doença. Você é meu filho, você é outra pessoa. Agora a sua doença está se manifestando em você. Com ela eu não sou complacente” (A).

Foi citado também o comportamento automático como outro tipo de comportamento que predispõe à recaídas:

Eu tinha um comportamento automático. Eu parava num posto de gasolina pra abastecer o carro, toda vida eu jogava a chave pro frentista, atravessava o pátio, ia lá pra loja de conveniência e comprava três, quatro latinhas de Skol. Eu não tava nem aí pra negócio de multa de trânsito. Uma mente alcoólica trabalha em cima de um comportamento destruidor do alcoolismo que é automático (H).

No exemplo citado, o ato de parar no posto de gasolina desencadeava uma cadeia de comportamentos que culminava na compra e consumo de bebida alcoólica, sem que houvesse uma tomada de decisão consciente ou racional sobre isso. Cristo e Günther (2015) relataram que um comportamento automático se trata de uma ação que se repete quase inconscientemente, resultado de um condicionamento comportamental estabelecido durante o período de uso da substância.

5.3.2 Fatores externos e eventos estressores

Fatores externos e eventos estressores também foram mencionados como fatores contribuidores, como se observa nessas duas falas a seguir: “A minha recuperação é por conta do grupo em si. O grupo garantia isso. Nós enfrentamos a pandemia de 2019 e 2020. Os grupos fecharam. Onde é que eu fui parar? No bar e

numa clínica de tratamento” (L); “Uma reunião que eu gostava muito de frequentar era domingo de manhã, e as reuniões de domingo não iam voltar porque não tinha coordenador. No pós-pandemia, o grupo estava reabrindo e os companheiros não tinham voltado ainda, não tinha servidor” (D).

A perda de estruturas de apoio durante a pandemia de COVID-19 evidenciou a vulnerabilidade a que muitos estão sujeitos e a importância desses recursos de apoio na prevenção de recaídas (Chick, 2020).

A pandemia aumentou o isolamento e o estresse, sendo um desafio significativo para muitas pessoas em recuperação. A capacidade de adaptação a mudanças e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento são essenciais para lidar com esses obstáculos.

5.3.3 *Pensamentos sabotadores*

Pensamentos sabotadores também foram citados em vários momentos. Um participante apontou a desonestidade consigo mesmo como um fator de risco:

A desonestidade com detalhes. Por que eu cheguei atrasado na reunião? “Não, o trânsito.” Eu cheguei atrasado porque eu demorei a sair de casa, certo? A pessoa começa a usar pequenos artifícios de desonestidade, porque ele poderia dizer a verdade. Isso começa a construir a recaída (A).

Esses comportamentos sutis podem ser vistos como sinais precursores da recaída. Além da honestidade, o integrante acima também apontou a importância de se ter humildade e boa vontade, pontuando que: “Humildade, eu acredito que seja o berço de todas as qualidades do ser humano” (A).

Miller e Rollnick (2021) destacaram que a desonestidade pode minar a integridade pessoal e a confiança em si mesmo, criando um terreno propício para a racionalização do uso de álcool. Outro membro mencionou: “Na literatura diz que o desonesto não se recupera. Desonesto consigo próprio, não é desonesto com a Receita Federal, é consigo próprio” (B).

Também se enfatizou sobre a ilusão de controle como um fator significativo:

A recaída, nada mais nada menos, é aquela pessoa que ainda acha que pode beber socialmente, pode reduzir a bebida... Na programação de AA não existe redução de danos, não existe. “Ah, eu vou beber social, em vez de tomar 20 cervejas, vou tomar duas” Não existe. “Ah, vou deixar de tomar whisky e vou tomar cerveja” Não existe isso. Muita gente chega aqui pra aprender a beber, ou pra dar um tempo, pra dar uma satisfação pra família, o que é errado. Eu sempre falo que aqui não é pra aprender a beber, isso aqui é pra parar de beber e permanecer parado (D).

Os Alcoólicos Anônimos não adotam o conceito de redução de danos como parte de sua abordagem. O programa de AA é baseado na abstinência completa do álcool como objetivo central e considera essa abstinência essencial para a recuperação. (Alcoólicos Anônimos, 2023). No entanto, alguns aspectos do AA podem ser interpretados como alinhados aos princípios de redução de danos, como acolhimento, não julgamento e respeito ao ritmo de cada pessoa. Outro membro comentou: “Eu passei muito tempo, eu cheguei aqui mesmo e eu achava que dava pra aprender a beber, sabe assim? De fato, a gente não tem a outra disciplina pra aprender a beber, a questão é essa, a principal” (E).

Observa-se por vezes momentos de tensão entre as abordagens profissionais de psicologia e psiquiatria e a programação proposta pelos Alcoólicos Anônimos (AA). Alguns profissionais trabalham sob a ótica de que uma pessoa com problemas relacionados ao álcool poderia aprender a beber de forma controlada.

Segundo Henssler *et al.* (2021), as evidências disponíveis não apoiam a abstinência como a única abordagem no tratamento do TUA. O consumo de álcool controlado, particularmente se apoiado por psicoterapia, parece ser uma opção viável onde uma abordagem orientada para a abstinência não é aplicável. Essa ideia, todavia, contrasta diretamente com o princípio central do AA, que enfatiza a abstinência total como única solução viável para quem sofre de alcoolismo. Um dos participantes relatou:

Por isso que há um conflito entre a psicologia e o AA. Eles criaram, às vezes criam, mas não é necessário ter esse conflito, psiquiatria, psicologia com a programação do AA. Então, os psicólogos de antigamente, eles achavam que o cara podia aprender a beber, mas o cara já vinha lutando e perdendo, com essa recaída (E).

Essa afirmação reflete a experiência prática dos membros do AA, que muitas vezes procuraram, sem sucesso, controlar seu consumo de álcool antes de encontrar na abstinência e na irmandade do AA um caminho mais sustentável para a recuperação.

Atualmente, o diálogo entre essas abordagens tem se tornado mais colaborativo. Muitos profissionais de saúde mental monitoram o valor do AA como parte integrante do suporte ao tratamento de dependência, complementando intervenções terapêuticas com a prática comunitária, espiritual e de apoio mútuo oferecido pela irmandade (Alcoólicos Anônimos, 2023).

A crença de que é possível retomar o consumo controlado de álcool pode levar à exposição a situações de risco. O conceito de “viés de controle” descreve a tendência de superestimar a capacidade de regular comportamentos aditivos, o que aumenta significativamente a vulnerabilidade à recaída (Alcoólicos Anônimos, 2023).

Ainda sobre pensamentos sabotadores no contexto dos Alcoólicos Anônimos, a “criação de reservas” refere-se a uma forma de pensamento ou comportamento em que a pessoa em recuperação mantém alguma “brecha” ou “área não resolvida” em sua vida, que pode colocar sua sobriedade em risco. Essas reservas funcionam como justificativas potenciais para voltar a beber no futuro ou como sinais de que a pessoa ainda não está completamente comprometida com a recuperação (Alcoólicos Anônimos, 2023). Um participante citou:

O companheiro falou no início: “Eu vou ali, tomo uma, vou no bar, tomo duas coca-colas, converso com meus amigos, no outro dia, vou experimentar um copinho de cerveja, voltei pra casa, estou tranquilo, quinze dias depois eu vou, já estou curado, né” Chama-se criação de reservas. Não exagerando e não tendo apagamento, que é o que frustra muita gente, não vou ter mais problema, certo? (A).

Volkow, Koob e McLellan (2016) analisaram que a dependência de álcool envolve mudanças no sistema dopaminérgico, que intensificam o desejo pelo álcool e diminuem a capacidade de resistir aos impulsos, reforçando o padrão de consumo descontrolado. Além disso, adaptações neurobiológicas no sistema de recompensa cerebral resultam em uma maior busca por recompensas imediatas, em detrimento das consequências negativas futuras. Tais evidências tornam o consumo moderado

insustentável para muitos indivíduos, reafirmando que a exposição ao álcool, mesmo em pequenas quantidades, pode reativar o ciclo da dependência.

A autopiedade também foi citada como um pensamento sabotador poderoso. Esse padrão de pensamento envolve um foco exagerado nas próprias dificuldades, com vitimização e sentimento de injustiça, o que pode desencadear emoções negativas e minar a motivação para manter a sobriedade:

Autopiedade. Isso aí em mim foi horrível. Eu, quando tirei o álcool, eu tirei o meu amigo, tudo que era bom. Ai eu fiquei: “ Eu vou viver de que agora, se eu não posso tomar uma cervejinha pra jogar bola, pra ir pro estádio, pra namorar, pra viajar, pra ter alegria, pra ser pobre, pra ser rico?” Essa autopiedade pra mim foi horrível (A).

Isso também ficou evidenciado em outra fala: “O cara recai aí volta pra cá, e fica nesse negócio de autopiedade. “Ai, eu podia ter cinco anos sem beber, agora eu só tenho 4”. Isso aí não ajuda em nada” (E).

Um outro tipo de pensamento abordado pelo integrante A foi o de pretensão: “Quando eu tirei o álcool, eu comecei a julgar todo mundo, comecei a olhar pras pessoas: “Esse aqui é alcoólatra, aquele ali vai ser, esse aqui não é ainda, esse aqui é mentiroso.” Eu achei que eu podia ser Deus, entendeu?” (A).

Ocorre ainda a subestimação da doença, que é frequentemente observada em indivíduos que não reconhecem plenamente a natureza crônica da dependência ou minimizam a sua gravidade. Um participante demonstrou em sua fala a subestimação da natureza contínua do alcoolismo, ignorando o fato de que a recuperação exige vigilância constante:

Eu acreditava que se você fizesse essa programação de doze passos, um ano, fazia o tratamento, estaria recuperado. Poderia ter uma vida lá fora, devolvida à sociedade 100%. Eu acreditava que quem estava com mais de um ano em Alcoólicos Anônimos não recaía. E eu não entendia por que recaía (A).

Se percebe também na seguinte fala a junção de pensamentos de ilusão de controle e de subestimação: “Eu não fico embriagado, fico animado com o pessoal lá e tal. Aí passo 15 dias sem beber, aí bebo de novo, aí fico: não aconteceu nada, agora eu aprendi a beber, agora eu posso” (G).

Esses pensamentos que aumentam a vulnerabilidade da pessoa com TUA também foram citados como uma ideia de normalização do uso do álcool: “A nossa mente, o nosso ego é muito contemporizador. No dia da ressaca, você nunca mais vai beber. Com três dias depois você já tá achando tudo normal. A nossa sociedade vive uma coisa da normalização” (E).

Observa-se que pelos discursos não só existe o pensamento de normalização criado pelo próprio indivíduo que tem dependência alcoólica como da sociedade de um modo geral, como enfatizado:

Um fator de risco de recaída é a sociedade. A sociedade cobra muito que a pessoa seja normal. “Ai tu não bebe não? Esse cara tem algum problema! Você não se socializa!”, ou “Você veio pro casamento da minha filha que você viu nascer e não vai tomar um champanhe comigo?” (A).

É fundamental reconhecer e abordar precocemente sinais de recaída, como o retorno de pensamentos disfuncionais, para reforçar estratégias de prevenção e manejo. Outros indicadores além dos pensamentos sabotadores incluem mudanças de humor, isolamento social e irritabilidade, que frequentemente antecedem recaídas comportamentais. Estudos como o de Melemis (2015) e o de Ferreira *et al.* (2016) destacam que a identificação precoce desses sinais permite intervenções direcionadas, reduzindo a probabilidade de progressão para uma recaída completa.

5.4 Recuperação

Para os Alcoólicos Anônimos, a recuperação vai além da simples abstinência do consumo de álcool. Ela é compreendida como um estado de recuperação física, mental, emocional e espiritual, alcançado e mantido através da prática dos princípios do programa de AA (Alcoólicos Anônimos, 2023). A busca deve ser pela sobriedade, como se vê:

Aqui em Alcoólicos Anônimos a gente acredita que a abstinência é um processo de recaída, porque a gente procura a sobriedade, ta? A sobriedade é praticar os passos. Se você quer ter um processo de recuperação feliz, pratique os passos. A gente diz: “Olha, você está apenas abstinência, mas a sobriedade é essa felicidade que se alcança ao se deixar de beber”. É o estado de espírito (A).

A manutenção da sobriedade é um desafio contínuo para indivíduos em recuperação da dependência alcoólica. O termo “recaído seco” é usado no contexto dos Alcoólicos Anônimos (AA) e outros programas de recuperação para descrever uma situação em que uma pessoa, embora não esteja consumindo álcool, continua exibindo comportamentos, atitudes ou pensamentos característicos de sua dependência (Alcoólicos Anônimos, 2023).

Tem o cara que é chamado aqui popularmente de recaído seco, né? Seco é que não bebeu, mas não está seguindo a programação. Ele está distraindo a esposa, está traindo, está fazendo um bocadinho de coisa errada, que não é da programação, mas também não está bebendo. Deixou só a garrafa, faltou só o beber. Por isso que a recuperação não é simplesmente deixar de beber, a abstinência (G).

Os participantes destacaram a importância de diversas estratégias para manter a sobriedade. Essas estratégias abrangeram desde o engajamento ativo no programa do AA, os “evites” e a criação de novas rotinas e hábitos saudáveis.

5.4.1 *Engajamento no programa de AA*

A frequência regular às reuniões do AA foi unanimemente destacada como fundamental:

E o que me mantém em Alcoólicos Anônimos é o retorno às reuniões, tá? Essa terapia de espelho, isso nos mantém aqui. Viver em sobriedade é um processo muito, muito longo. Eu tenho muitos processos de recaída, comportamentos e tudo. Eu preciso estar aqui, porque senão eu vou procurar o meu calmante. O meu calmante era o álcool, o álcool fazia tudo por mim, certo?(A).

Outro participante reforçou:

As ferramentas são essas, as frequências nas reuniões, o apadrinhamento, a literatura, a programação dos passos...Eu faço os passos, eu tenho feito os passos. Chego de manhã, peço ao poder superior, que eu concebo Deus, que me dê só 24 horas de sobriedade, por hoje, e mudança de comportamento. Parar de beber e mudar seu comportamento com a sociedade, com a sua família, com os seus amigos, vir pro AA com o seu único objetivo, que é levar a mensagem (D).

Essa declaração enfatiza a importância não apenas de comparecer às reuniões, mas também de se engajar ativamente nos princípios e práticas do

programa. A participação regular no AA está associada a melhores resultados na manutenção da abstinência, fornecendo suporte social, encorajamento e oportunidades para compartilhar experiências (Kelly *et al.*, 2020). Se manter na programação do AA foi referido como importante na manutenção da abstinência:

Um companheiro mais experiente disse pra mim, é até chato essa analogia, mas é a que cabe: “Por que o cachorro late? Ele late porque é da natureza dele latir. O alcoólico bebe porque é da natureza dele beber. A doença vai sempre existir no alcoólico, quer ele esteja parado de beber ou não. O que nos defende de não beber é a gente estar na programação para que a gente se mantenha sem o uso.” O alcoólatra não vai recair chupando picolé não. Ele vai recair bebendo. A natureza do alcoólatra é beber (A).

A prática dos 12 passos do AA foi mencionada como uma estrutura essencial para a recuperação. Os participantes compartilharam: “Eu consegui fazer todos os passos... Eu acho isso muito importante, esse trabalho que vocês estão fazendo, esse interesse de conhecer. O AA é isso, né? Doze passos, nós fazendo a nossa recuperação” (L); “Se a pessoa realmente não ingressar, não entrar nesse processo, como a gente diz aqui, fazer o primeiro passo, ela vai entrar nessas idas e vindas, idas e vindas” (A).

Os 12 passos oferecem uma estrutura para a transformação pessoal e espiritual, incentivando a autorreflexão, a reparação de vínculos interpessoais e o desenvolvimento contínuo. Estudos confirmam que o comprometimento com os 12 passos está relacionado a melhores taxas de abstinência e avanços no bem-estar psicológico e social (Kelly *et al.*, 2021; Krentzman, 2019).

5.4.2 Os “Evites”

O grupo aventou também a importância de evitar ambientes, situações de risco e pessoas que podem desencadear o desejo de beber:

Porque eu tenho problema com o álcool, eu sei que não posso beber, por que vou me testar? Por que é que vou sair daqui e vou pro forró? Se eu quero mudança de vida eu tenho que seguir a programação... Minha vida hoje chama-se Alcoólicos Anônimos. Tenho vida social? Tenho. Só vou num bar ou restaurante se for numa confraternização dos amigos, da família. Mas pra eu ir pra ouvir uma musicazinha, ficar tal hora, os outros bebendo e eu olhando, eu não vou. Eu quero qualidade de vida, qualidade de vida depende da gente (B).

Outros participantes acrescentaram: “Se ligar do bar, se ligue do AA. Porque só vivia dentro do bar, por que é que vou me sentar num bar, ou em algum restaurante, olhando para a bebida? Eu não vou” (D); “São os evites que nós temos que fazer. Eu tenho um irmão que não é alcoólatra e era meu companheiro de bebida, só que ele ia pra casa e eu continuava no bar. Eu tive que evitá-lo” (A).

A exposição a estímulos relacionados ao uso de álcool pode desencadear fissuras e aumentar significativamente o risco de recaída. A evitação de “gatilhos” ambientais e sociais, como locais, situações ou pessoas associadas ao consumo de álcool, é amplamente reconhecida como uma estratégia eficaz na prevenção de recaídas, como demonstram Viera *et al.* (2025) e Melemis (2015). Essa abordagem frequentemente exige alterações substanciais nos hábitos sociais e na rede de relacionamentos do indivíduo em recuperação.

5.4.3 Novas rotinas e hábitos saudáveis

A adoção de novas rotinas e hábitos saudáveis também foi mencionada:

Eu tenho que ter uma agenda, o meu dia é preenchido com os itens da minha recuperação. E eu ter como me perceber fazendo o décimo passo, pode ser por escrito, pode ser só na cabeça mesmo: “rapaz, eu fiquei de ir pra uma reunião e não fui”. E eu ir me percebendo aos poucos, sem deixar que a doença cresça nunca.” Isso é disciplina, é aprendizado (G).

A ausência de estrutura e rotina pode levar ao tédio e sentimentos de inutilidade, fatores que aumentam o risco de recaída. Estabelecer hábitos saudáveis e implementar uma rotina diária são estratégias importantes para preencher o tempo de forma produtiva e fornecer um senso de propósito, como visto em: “O meu tempo que tenho disponível, procuro estar fazendo alguma coisa ligada à minha recuperação. Ou estou com a família, que não tem bebida, ou estou levando a mensagem, ou estou visitando um amigo na clínica” (D).

Kitzinger Jr. *et al.* (2023), identificaram que o tempo ocioso e a falta de estrutura na rotina diária são fatores de risco para recaídas. Os participantes do estudo desses autores relataram que a reorganização da rotina com atividades como descanso

planejado, envolvimento com grupos de apoio, espiritualidade, lazer e relações familiares consistentes foi fundamental para manter a sobriedade.

De forma complementar, Gunillasdotter *et al.* (2022), demonstraram que o agendamento regular de exercícios físicos atuou como uma estratégia comportamental interessante para reduzir o consumo de álcool. Os autores destacam que a prática de atividade física, além de melhorar o bem-estar geral, contribui diretamente para o fortalecimento da autodisciplina, ocupação do tempo livre e prevenção de recaídas.

Nesse mesmo sentido, práticas como o décimo passo, mencionada anteriormente por G, reforça também a importância de manter a vigilância contínua sobre os próprios comportamentos e atitudes. Esse passo promove a autoavaliação regular e a correção imediata de erros, ajudando a manter a sobriedade, além de proporcionar disciplina e aprendizado. Outro membro do grupo completou: “O remédio é esse, colocar em prática, mudança de comportamento, de todos os seus defeitos de caráter que você tem, tudo que você fazia de errado” (B).

A análise das falas evidencia que a manutenção da abstinência é um processo ativo e contínuo, que requer não apenas a cessação do uso de álcool, mas também mudanças profundas no estilo de vida, nos padrões de pensamento e nas relações interpessoais. Os fatores de recaída identificados pelos participantes destacam a necessidade de vigilância constante e a importância de reconhecer e abordar os sinais precoces de vulnerabilidade.

5.5 Papel do AA na recuperação

5.5.1 *Explicando o AA*

Muitas falas buscaram descrever como o programa funciona, destacando seus princípios e sua relevância no processo de recuperação. Essa categoria é importante porque demonstra a compreensão que os membros têm do Alcoólicos Anônimos e como eles traduzem seus conceitos fundamentais em práticas diárias de sobriedade.

O AA é uma irmandade global que oferece apoio a indivíduos que desejam se recuperar da dependência alcoólica. Ele baseia-se em princípios espirituais e de apoio mútuo, estruturados em torno dos 12 Passos e das 12 Tradições (Alcoólicos Anônimos, 2023). Os membros do grupo compartilharam insights sobre o funcionamento do AA, suas reuniões e como a organização auxilia na jornada de recuperação. Um deles comentou:

O AA é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças para resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. Não estamos ligados a nenhuma seita, religião ou instituição. Nosso único propósito é manter-nos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançarem a sobriedade (B).

Essa descrição reflete a definição básica do AA, destacando seu foco no compartilhamento de experiências e no apoio mútuo sem afiliações externas (Alcoólicos Anônimos, 2023). Esse apoio foi citado como fundamental no processo de tratamento:

Se não fossem vocês eu não teria conseguido, porque quando eu estava aqui eu não conseguia falar, eu me encolhia todinho e chorava, e as pessoas me levava a cadeira, me davam água, um afago no ombro. É muita tolerância, muito carinho, muita palavra de conforto me entusiasmando ali, incentivando (J).

As reuniões são estruturadas para promover um ambiente seguro e confidencial, onde os membros podem compartilhar livremente suas vivências (Kelly *et al.*, 2020). Alguns detalharam como são conduzidas as reuniões:

As reuniões do AA acontecem regularmente, geralmente em salas cedidas por igrejas ou centros comunitários. Começamos com a leitura de textos dos nossos livros, como o “Livro Azul” e “Doze Passos e Doze Tradições”. Depois, abrimos para as partilhas, onde cada um pode falar sobre suas experiências, dificuldades e conquistas. Não há obrigatoriedade de falar; quem quiser pode apenas ouvir (C).

Temos diferentes tipos de reuniões: abertas, fechadas, de estudo de passos, temáticas. Nas reuniões abertas, familiares e amigos podem participar. Nas fechadas, apenas alcoólicos ou aqueles que acham que têm problemas com álcool. Isso permite que cada um escolha o ambiente em que se sente mais confortável (D).

De acordo com Reis, Silva e Vicente (2016), essa variedade de reuniões atende às diferentes necessidades dos membros, proporcionando flexibilidade e inclusão. Quando alguém ingressa no grupo e tem o hábito de beber diariamente, são sugeridas uma maior frequência de reuniões inicialmente: “A grande maioria chega aqui como bebedor diarista, então é sempre sugerido 90 dias, 90 reuniões” (D).

Além disso, elas são coordenadas por participantes do próprio grupo, sempre acordado anteriormente com os demais membros: “Nos seis meses, segundo a consciência coletiva do grupo, você já pode coordenar, eu comecei a coordenar as reuniões, hoje eu faço parte da literatura e sou responsável pela reposição da literatura, das fichas e dos materiais” (D).

A consciência coletiva do grupo e a participação democrática nas decisões foram frisadas por outro participante, destacando-as como aspecto central do funcionamento das reuniões:

A senhora viu na abertura da reunião? Tudo o que a gente faz aqui é através de uma consciência coletiva. O coordenador podia impor né? Dizer: “olha, vamos determinar aqui 5 minutos pra cada um e acabou.” Mas ele colocou pra deliberação. Isso é muito bacana, esse ambiente do AA é extraordinário (J).

Foi colocado também a importância de se manter disciplina nas reuniões:

A disciplina a gente coloca aqui como fundamental. Quando a gente começa a ter um grupo indisciplinado, uns falando na frente dos outros, ou não controlando o tempo e tudo, isso adocece o grupo. Adoecendo o grupo, adocece todo mundo que frequenta aquele grupo. Aqui dentro é importante se construir um processo de disciplina (A).

Ainda sobre as reuniões, foi frisado a frequência com que elas acontecem: “Esse grupo é um grupo que não fecha, nós temos reuniões de segunda a segunda, dia 24 de dezembro, dia 25 de dezembro, dia 26 de dezembro, dia 31 de dezembro, dia 1º de janeiro, feriado nós temos reuniões aqui. Então, o serviço me ajudou muito” (D).

Um participante explicou como o AA se mantém:

Não temos taxas ou mensalidades. As reuniões têm uma “sétima tradição”, onde passamos uma cesta para contribuições voluntárias. O dinheiro é usado para cobrir despesas básicas, como aluguel da

sala e compra de literatura. Não aceitamos doações externas para manter nossa independência (J).

O Alcoólicos Anônimos é uma irmandade sem fins lucrativos, composta por homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças para resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de beber. Não há taxas ou mensalidades; o AA se sustenta através das contribuições voluntárias de seus membros. A autossustentabilidade é um princípio chave que permite que AA opere com autonomia e evita dependências, mantendo o foco na recuperação (Alcoólicos Anônimos, 2023).

Um participante versou sobre a ausência de hierarquia no AA: “No AA, não há líderes profissionais ou terapeutas. Somos todos iguais, ajudando uns aos outros. Isso nos coloca no mesmo nível e facilita a empatia. Compartilhamos experiências, não damos conselhos profissionais” (K).

Essa abordagem de igualdade e ajuda mútua fortalece os laços entre os membros e promove um ambiente de respeito (Kelly *et al.*, 2020). Isso ficou bem evidente na fala de outro participante:

Hoje, quando me recordo dessas histórias, eu me lembro como o AA é mágico, como o AA é fantástico, é a maior democracia do mundo, é uma irmandade onde você se liga a todo mundo. Lá fora na sociedade tem o clube dos advogados, tem o clube dos engenheiros, tem o clube dos magistrados, onde se diferenciam as castas sociais, onde o status quo é o que prevalece, onde o dinheiro é que manda, onde o teu carro te dá um perfil diferenciado, e o AA te mostra totalmente o inverso (H).

Outro dado informado é o de que os governantes do AA são necessariamente não alcoólicos, como forma de proteger a instituição: “A nossa presidente da JUNAAB é sempre uma mulher, com eleição de 4 em 4 anos. Como ela não é alcoólatra, ela pode chegar na televisão, no rádio, passa 4 anos viajando o Brasil todo, tudo por conta do AA, levando mensagens, dando entrevistas.” (H). Outro membro citou:

Você já imaginou? Ele vai dar uma entrevista num programa de televisão. Aí, sobe o ego dele e ele diz: “Pode me filmar, eu tenho é trinta anos de recuperação” Aí ele dá a entrevista, se emociona, vai comemorar e no outro dia está bêbado lá no plantão policial. Já pensou? (A).

O JUNAAB é uma Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil. Trata-se do órgão administrativo responsável por coordenar os serviços gerais de AA em nível nacional (Alcoólicos Anônimos, 2023).

5.5.2 Os Doze Passos

O programa de recuperação do AA é baseado em 12 passos, que fornecem um caminho estruturado para a recuperação, enfatizando o crescimento espiritual e moral e incentivando mudanças profundas no estilo de vida e nas relações interpessoais. (Reis; Silva; Vicente, 2016). Os participantes comentaram sobre os passos e sua importância: "A pessoa entra aqui com a programação, com o objetivo, e faz o primeiro passo à vista. Não pode ser parcelado, tem que ser à vista, porque o álcool derrotou. Se você não botar na mente que foi derrotado pelo álcool, não consegue avançar." (D); "Alguns vêm para cá, fazem três meses e recaem. Isso não é recaída, é falta de aceitação. Sem o primeiro passo, você não se convence de que é preciso parar completamente" (G).

O primeiro passo, que consiste em admitir a impotência diante do álcool, foi citado como primordial pelos participantes, como se observa nas falas acima. Já o quarto passo envolve fazer um inventário moral de si, lembrando de fatos desde a infância: "O quarto passo você tem que escrever, eu tenho que escrever o meu histórico, a minha vida, como foi" (G); "Fazer o quarto passo foi um processo doloroso, porque precisei encarar erros que preferia ignorar. Mas, depois que fiz, comecei a me sentir mais leve e em paz comigo mesmo" (H). Ainda sobre o quarto passo, outros presentes comentaram:

Eu, certa vez, assisti uma palestra da vice-presidente do AA, e ela falando da importância do quarto passo, dizendo que é onde nós descobrimos a dor original. Ou seja, o que foi que aconteceu lá, antes da gente tomar o primeiro gole, que deturpou os instintos, levou a ficar dessa forma. Eu fui fazer esse passo e descobri exatamente onde estava meu problema (L).

No quarto passo, é a necessidade de fazer um inventário moral. Lá é onde a gente vai buscar nossas dores mesmo, né? Que isso é muito relacionado aos fatores iniciais do uso. Eu identifiquei que eu tinha

desvio de caráter desde a infância. Até pra roubar cerveja do meu irmão no início, né? (A).

O nono passo diz respeito a reparar os danos causados. Ele foi descrito como uma etapa difícil, mas necessária: “Pedir desculpas às pessoas que machuquei no passado foi uma das coisas mais difíceis, mas foi essencial para reconstruir minha vida” (E).

O décimo segundo passo reflete o crescimento espiritual e emocional alcançado ao longo da prática dos 12 Passos. O despertar espiritual não está necessariamente ligado à religião, mas a uma mudança interna profunda, onde a pessoa encontra propósito, equilíbrio e uma nova forma de viver (Alcoólicos Anônimos, 2023).

Compartilhar a experiência pessoal de recuperação com outros alcoólicos é uma das formas mais poderosas de ajudar alguém a encontrar esperança e motivação para buscar ajuda. Isso fortalece tanto quem compartilha quanto quem recebe a mensagem. Alguns comentaram sobre essa jornada: “A atividade que ele faz de CTO nas delegacias, ele chega lá, encontra todo tipo de pessoas, é capaz de encontrar um médico, um engenheiro, um sapateiro, uma pessoa que bateu na mulher porque estava bêbado” (A); “Nunca recaí, mas eu sei o que é recaída porque faço um trabalho de visita nas clínicas, já tive oportunidade de conhecer vários viciados com outras drogas também, que eu trouxe pra cá” (B).

Esse passo é considerado pelos participantes como o ápice do programa, pois consolida o processo de recuperação, transformando-o em uma jornada contínua de crescimento e contribuição ao próximo. Através dele, o ciclo de ajuda mútua, que é a essência do AA, se mantém vivo e eficaz:

A gente faz um trabalho muito bacana aqui em Fortaleza, junto ao Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, junto com os membros da CISP, que é a Controladoria de Inclusão Social do Preso e do Egresso. De 2001 a 2019, um pouquinho antes da pandemia, nós conseguimos encaminhar junto com esse trabalho de parceria, quase 7 mil homens pra dentro da sala de AA (H).

O Comitê Trabalhando com os Outros (CTO) tem como objetivo principal organizar atividades e iniciativas que permitam levar a mensagem do AA a quem ainda não

conhece o programa ou precisa de apoio para buscar ajuda. Suas ações podem incluir visitas a hospitais, clínicas de reabilitação, delegacias, e outros locais onde alcoólicos podem estar em busca de ajuda. É responsável também pelo estabelecimento de contato com recém-chegados ou membros que estão em risco de recuperação, oferecendo suporte adicional. Além disso, promove eventos ou reuniões abertas para conscientizar a comunidade sobre o trabalho do AA (Alcoólicos Anônimos, 2023), como explicado:

Todo ano nós fazemos um grande evento: um seminário de profissionais. É uma reunião coordenada por um membro do AA, mas dirigida ao público profissional, amigos de AA. Fantástico, né? Nós vamos ter também um megaevento em 2027, a Convenção Nacional de Alcoólicos Anônimos, é como se fosse a copa do mundo do AA e vai ser em Fortaleza (H).

Os passos do AA, além da relevância que têm e foi citada pelos participantes, todavia, devem ser realizados de maneira cautelosa e responsável:

Aqui tem gente que ingressa e pula para o décimo segundo passo. Eu entrei querendo ser Deus, eu passei a ser um alcoólatra, eu vou divulgar pra todo mundo, vou querer salvar as pessoas. Puxa, eu não estava nem em recuperação ainda, como é que eu queria fazer o décimo segundo passo, levar a mensagem? (A).

Os 12 Passos dos Alcoólicos Anônimos transcendem a recuperação do alcoolismo e servem como uma base poderosa para programas de apoio em outras áreas. Essa abordagem pode ser adaptada e aplicada em diversas instituições e grupos que buscam promover mudanças comportamentais e emocionais:

A nossa literatura, os nossos passos, eles são cedidos a várias instituições, como o Amor Exigente, os Narcóticos Anônimos, dependentes de sexo e compradores anônimos. Eles utilizam os passos. Se você tirar a palavra álcool ali, ele serve pra muita coisa (A).

A fala do participante revela como os 12 Passos, embora tenham sido inicialmente criados no contexto do Alcoólicos Anônimos, ultrapassam essa fronteira e vêm sendo utilizados por diversas outras instituições e grupos de apoio. Os passos funcionam como um caminho para o autoconhecimento e mudança de vida, independentemente da natureza específica da dependência.

5.5.3 O apadrinhamento

O apadrinhamento é uma prática central no programa de Alcoólicos Anônimos, onde um membro mais experiente (padrinho ou madrinha) oferece suporte contínuo a outro que está iniciando no processo de recuperação. Essa relação é baseada na confiança, disponibilidade e orientação, ajudando o membro apadrinhado a superar desafios e a se manter no programa (Alcoólicos Anônimos, 2023). Ele foi descrito como ferramenta essencial pelos participantes, principalmente nos momentos críticos de risco de recaída:

Meu padrinho está aqui, me recepcionou lá em 2015, continuou me recepcionando nas sucessivas reuniões ano a ano até 2018, quando finalmente eu fiz o meu ingresso de aceitação e derrota completa...Graças a Deus que eu fui bem apadrinhado. Eu sempre acho que o padrinho é uma das pessoas mais importantes para o membro que entra no AA. Hoje, eu sugiro que ele escolha o padrinho com calma. No início, o grupo todo apadrinha, e depois ele se identifica com alguém e convida pra ser seu padrinho. O padrinho tem que estar disponível 24 horas. Se a pessoa ligar, não bebe. Eu mesmo já passei horas no telefone com alguém para evitar uma recaída (D).

O apadrinhamento é amplamente reconhecido como uma das práticas mais eficazes do AA para promover a recuperação. Segundo Reis, Silva e Vicente (2016), a relação entre padrinho e apadrinhado cria um vínculo de responsabilidade mútua, reduzindo o isolamento e aumentando a adesão ao programa. Além disso, o suporte contínuo desempenha um papel fundamental na prevenção de recaídas, especialmente em situações de alto risco. Mesmo diante do retorno ao uso do álcool, o padrinho permanece como uma figura de apoio constante, sempre disponível para oferecer ajuda e orientação, como dito: “Meu padrinho, dentro dessas minhas idas e vindas, nunca deixa de me mandar mensagem. Quando eu chego e volto eu sou muito bem recebido, nunca fui tratado aqui com indiferença porque eu recaí ou porque eu não recaí” (G).

A literatura também aponta que o apadrinhamento permite a troca de experiências, criando uma dinâmica de aprendizado bidirecional. (Alcoólicos Anônimos, 2023). O padrinho atua como um modelo de comportamento, demonstrando na prática como os princípios do AA podem ser aplicados na vida cotidiana.

Apesar da importância que os membros do grupo trazem sobre o apadrinhamento e a relevância de um bom padrinho, foi colocado o cuidado que se deve ter ao considerá-lo como Poder Superior:

Às vezes, colocam o padrinho como um Poder Superior. Eu já vi casos em que o padrinho recaiu, e o apadrinhado perdeu o chão. É importante lembrar que o padrinho é humano e falho. Por isso, o Poder Superior deve ser algo além do padrinho. Eu tenho que ter um Poder Superior que é superior a tudo. Perfeito, divino e bondoso (G).

5.5.4 A espiritualidade

Um tema que emergiu com grande destaque foi o da espiritualidade como eixo central na recuperação. A espiritualidade, no contexto do AA, é frequentemente associada à conexão com um “Poder Superior” e à busca por sentido e propósito na vida. Um dos participantes expressou uma dificuldade que tivera:

Eu tinha muito conflito com a literatura, com o livro Alcoólicos Anônimos, por conta de Deus, porque eu sou ateu. Pode colocar aí no seu trabalho que o AA não é religião, porque afasta. Eu tive muita dificuldade. Até hoje, quando eu leio o quarto capítulo do Livro Azul, que é o “Nós, os agnósticos”, eu fico lá marcando: isso tá errado, isso aqui tá errado. Um monte de conflitos que eu tenho com relação a isso. Eu encontrei esse poder maior que eu dentro da sala de AA, entre os companheiros. Então, Poder Superior pra mim é o grupo de AA, é a irmandade de AA como um todo. É esse programa que eu aceito (L).

Mesmo se considerando ateu, ele se coloca humildemente como alguém que tem limites e reconhece que existe algo ou alguém com mais poder que ele:

Eu consegui fazer todos os passos, o terceiro passo, porque o importante é reconhecer que eu tenho limites, que eu não sou capaz de tudo. Demorou muito tempo pra eu reconhecer isso, mas eu tive que reconhecer senão eu ia morrer bêbado. Eu reconheci a impotência, e se eu sou impotente, alguém pode mais do que eu (L).

A flexibilidade do conceito de Poder Superior permite que membros agnósticos ou ateus encontrem significado no programa. McInerney e Cross (2021) destacam que essa abordagem contribui para a adesão ao programa, pois remove barreiras religiosas que poderiam afastar potenciais participantes. A espiritualidade também pode servir como um contraponto ao sentimento de isolamento. Ao conectar-se com algo maior do que si mesmo, seja uma divindade, a natureza ou a comunidade, os

indivíduos podem encontrar propósito e pertencimento, fatores que são protetores contra a recaída.

É importante ressaltar que a espiritualidade no contexto do AA é abrangente e adaptável às crenças e experiências individuais, diferentemente de uma abordagem estritamente religiosa. Um participante reforçou: “O Poder Superior é perfeito, divino e amoroso. Eu aprendi que não posso colocar minha expectativa em um ser humano, porque ele é falho. Meu padrinho pode recair, mas meu Poder Superior não” (H). Ainda sobre o conceito de Poder Superior, outro presente afirmou:

De repente, você entra em Alcoólicos Anônimos e sente toda essa energia, sente todo esse Poder Superior, né? Então, a pergunta não é quem é Deus, é o que é Deus, né? Deus é essa energia, é essa transferência de sentimentos, de amor, né? O que é que a gente vive aqui? É o amor por aquele que está chegando aqui precisando de ajuda. Isso é Deus. Deus é energia, Deus é amor. Se você sintonizar com ele, a gente vai pelo caminho certo (A).

A espiritualidade no AA é reconhecida como uma abordagem inclusiva, que respeita as diferentes crenças dos participantes e enfatiza a importância de uma conexão pessoal. Segundo McInerney e Cross (2021), a espiritualidade no AA atua como um recurso psicológico que promove esperança, resiliência e motivação para mudar comportamentos.

5.5.5 O anonimato

O anonimato é um dos pilares fundamentais do Alcoólicos Anônimos, desempenhando um papel crucial na criação de um ambiente seguro e acolhedor para os membros. Um participante enfatizou sua importância:

O anonimato é o alicerce, a paz espiritual de nossas tradições, é fundamental. A instituição não é anônima, mas os membros são e devem ser. Não são obrigados, mas devem ser... Quando é que você deve abrir o anonimato? Por que eu vou abrir? Interessa a sociedade saber que eu sou alcoólatra? No meu ambiente de trabalho? As pessoas vão perder a confiança em mim?” E se eu voltar a beber? As pessoas vão acreditar que essa instituição funciona? (A).

O anonimato não apenas protege a identidade dos indivíduos, mas também ajuda a combater o estigma associado ao alcoolismo, permitindo que os participantes

se concentrem na recuperação sem medo de julgamento ou repercussões sociais. Em um período inicial, o anonimato se relaciona à proteção pessoal do membro, especialmente nos primeiros estágios de recuperação, quando ainda há vergonha ou medo de julgamento por parte da sociedade. Em um estágio mais avançado, o membro entende que não deve divulgar seu anonimato de forma impulsiva, como quando tenta “salvar” outros em ambientes inadequados ou antes de estar preparado emocionalmente (Alcoólicos Anônimos, 2023).

Esse entendimento está ligado ao aprendizado sobre os limites pessoais e a importância de consolidar a recuperação antes de tentar ajudar os outros (evitando “pular” diretamente para o 12º Passo). Com o tempo, os membros perceberam que o anonimato não é apenas uma questão pessoal, mas também uma forma de proteger a instituição:

Com relação ao anonimato, eu entendo que é uma proteção para mim e para a instituição. O anonimato me permite compartilhar minha história sem medo de ser julgado ou exposto. Isso me dá liberdade para ser honesto comigo mesmo e com os outros (G).

Essa declaração evidencia como o anonimato proporciona um ambiente seguro, onde os membros podem se abrir sobre suas lutas e experiências. O anonimato reduz o medo de exposição pública e as possíveis consequências negativas que podem advir da revelação da dependência alcoólica, como discriminação no trabalho ou na comunidade (AA World Services, 2017). Um dos participantes refletiu: “Eu tive que evitar certas pessoas e lugares que poderiam me expor ou me levar de volta ao álcool. O estigma ainda é muito forte, e o anonimato nos protege disso.” (A). O estigma também foi citado por outro membro:

Aqui no AA a gente está entre iguais, a gente não tem que estar medindo as palavras. Aqui a gente chega e fala, porque é local pra gente chegar e falar e eles entendem o que a gente tá falando. Se a gente chegar com uma pessoa que não entende, que não faz parte, pra desabafar ou falar alguma coisa, “vixe, esse aí é muito doido.” (G).

O estigma associado ao alcoolismo pode levar ao isolamento social e dificultar a busca por ajuda. O anonimato no AA oferece uma camada de proteção contra esse estigma, permitindo que os indivíduos participem do grupo sem o temor de serem identificados ou rotulados pela sociedade. O impacto desse estigma foi mencionado:

“Eu já sofri vários problemas de falar da minha doença do alcoolismo para um não alcoólico, Eu desisti, me prejudica muito, porque a pessoa não entende a doença, aí diz que é falta de vergonha, é um sem-vergonha, é mau-caratismo e tudo” (A).

Além da proteção contra o estigma, um outro integrante do grupo colocou a importância do anonimato com o objetivo de focar na recuperação:

No começo, eu não entendia muito bem o anonimato. Pensava: “Por que não podemos nos abrir mais?”. Mas depois percebi que o anonimato é fundamental para proteger a nós mesmos e ao AA. Isso nos permite focar na recuperação, sem distrações ou preocupações com o que os outros possam pensar (L).

Essa perspectiva ressalta a função do anonimato em manter o foco na recuperação e na essência do programa, evitando que questões externas interfiram no processo. Além disso, o anonimato ajuda a preservar a igualdade entre os membros, evitando hierarquias ou distinções baseadas em status social ou profissional (Alcoólicos Anônimos, 2023).

O anonimato também é visto como uma forma de manter a humildade, evitando que o ego interfira na recuperação. É um lembrete de que o foco deve ser no programa e no grupo, não na promoção individual: “Tem o anonimato para proteger a instituição e, sobretudo, no meu caso, para dar uma sequência na recuperação, sabe? Inclusive para me levar a ser humilde na minha própria recuperação. É assim que eu entendo o anonimato” (A).

O anonimato serve, como falado pelos participantes, a vários propósitos no AA, como: proteção dos membros, igualdade entre os membros, foco na recuperação e na proteção da organização e criação de um espaço seguro contra o estigma.

Sobre o anonimato relativo a participações na imprensa, rádio e filmes, é pontuado através da décima primeira tradição do AA que as relações com o público geral devem caracterizar-se pelo anonimato pessoal, evitando a publicidade sensacionalista. Os sobrenomes e fotografias dos membros do AA não devem ser divulgados por rádio, filmes ou publicamente impressos. As relações públicas devem se basear no princípio da atração e não da promoção. (Alcoólicos Anônimos, 2023). Como exemplo, foi citado:

Nós conseguimos salvar muitos casamentos, muitas vidas. Foi um trabalho tão estupendo que passou em rede nacional, e o juizado da violência da mulher ganhou em 2012 um prêmio nacional por conta desse trabalho feito com o AA. E nós não aparecemos em televisão, mas ficou lá a sementinha plantada desse trabalho silencioso, eficiente, por trás dos bastidores...Você pode dar entrevista, desde que sua imagem esteja desfocada, sem nome completo e profissão (H).

É importante reconhecer, todavia, que o anonimato também pode limitar a capacidade de abordar o estigma em nível societal. A falta de vozes públicas de pessoas em recuperação pode perpetuar mal-entendidos e preconceitos sobre o alcoolismo. Encontrar um equilíbrio entre a proteção individual e a promoção da conscientização pública é um desafio contínuo.

Como profissional, reconheço a necessidade de respeitar o anonimato dos indivíduos, ao mesmo tempo em que apoio esforços para reduzir o estigma através da educação e sensibilização pública. Isso pode incluir o compartilhamento de informações gerais sobre o alcoolismo e a recuperação, sem violar a confidencialidade dos membros.

Em forma de agradecimento após o grupo focal, alguns participantes disseram: “Fico muito feliz, cara, quando um profissional se interessa pela nossa irmandade, porque com certeza vai levar nossa mensagem adiante. Com certeza vai levar essa experiência fantástica, porque aqui é história de vidas, ok?” (H); “Se não fossem os profissionais, o AA não estava onde está hoje, né? Mais de 2 milhões de pessoas recuperadas, né? 180 países. Completamos agora 89 anos de existência. Então, é uma coisa fantástica” (J);

Parabéns pelo trabalho que vocês fazem, você nem imagina o quanto isso é importante. O AA vai ter vida ampla, nunca vai acabar, mas pra gente ter sala cheia, nós precisamos de informação, que essa informação chegue lá fora, e vocês são a porta, o elo, pra essa informação chegar (B).

O final da reunião do grupo focal se deu de forma semelhante ao que acontece nas reuniões de grupo do AA. O participante que estava conduzindo o grupo na organização do tempo de fala de cada um finalizou:

Agradecemos pelo comparecimento, pelo silêncio, pela hora da reunião. Pedimos a todos para guardar o anonimato das pessoas do que foi visto e ouvido nesta reunião. Lembrando que Alcoólicos Anônimos não tem ligação com seitas religiosas, mas é costume do nosso grupo, no início do tempo das reuniões, recitarmos de pé a Oração da Serenidade. E eu convido aquelas pessoas que queiram nos acompanhar, pausadamente, a oração. “Concedei-me, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar as que posso e sabedoria para distinguir uma das outras.” Em seguida, dediquemos um instante de silêncio a todos os alcoólicos do mundo inteiro, sobretudo aqueles que ainda não chegaram na sala de Alcoólicos Anônimos (A).

5.6 Impacto positivo da sobriedade

Por fim, deixo transcrito uma frase de um dos participantes que denota a alegria de se alcançar a real sobriedade:

Hoje, pra vocês terem uma ideia, eu estou com Parkinson, doença de Parkinson. Mas eu estou vivo cara, estou vivo, estou bacana, estou legal. Me casei novamente, vou ser pai em Janeiro, vou me derramar em lágrima no hospital quando essa criança nascer. Voltei a jogar, voltei a trabalhar. Eu tenho que encontrar espaço, eu tenho que me lembrar como foi minha bebedeira, como foi minha vida e como eu estou hoje, reestabelecido. Então, a minha vida é só alegria, é só alegria cara (J).

A fala do participante sintetiza, de forma tocante, o que muitos buscam ao trilhar o caminho da sobriedade: uma vida com sentido, vínculos restaurados e a possibilidade de experimentar alegria genuína, mesmo diante das adversidades. Ao relatar sua vivência, ele expressa não apenas conquistas externas, como trabalho, família e saúde, mas, sobretudo, uma transformação interna marcada por esperança, recomeço e gratidão.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa evidenciou como o Transtorno por Uso de Álcool (TUA) é um fenômeno marcado por múltiplas dimensões, sejam elas biológicas, psicológicas, sociais e culturais, exigindo, portanto, uma análise que considere todos esses aspectos interdependentes. Desde os fatores que influenciam o início do consumo de álcool até as dinâmicas relacionadas à recaída e às estratégias de recuperação, percebe-se uma teia complexa em que os indivíduos com dependência precisam navegar para alcançar a sobriedade de forma duradoura.

Um ponto central é a constatação de que o uso de álcool pode se iniciar sob forte influência familiar e cultural, muitas vezes alicerçada em costumes e hábitos que normalizam ou incentivam o beber, dificultando o reconhecimento precoce de seus prejuízos. Relatos de participantes apontaram que o álcool aparece, em alguns casos, como “ferramenta” de inserção social ou de fuga emocional, reforçando tanto a aceitação social do beber quanto a tentativa de autogerenciamento de problemas psíquicos (ansiedade, depressão, baixa autoestima). Essas constatações se alinham a achados da literatura, que relacionam padrões familiares de uso e estressores sociais à progressão para a dependência.

A negação emerge, assim, como elemento-chave na perpetuação do transtorno, retardando a busca por ajuda e aprofundando as consequências negativas. Os discursos dos entrevistados mostraram que essa recusa em admitir a gravidade do consumo resulta em prejuízos pessoais, familiares, financeiros e jurídicos, os quais só se tornam mais evidentes quando surgem consequências extremas, como acidentes, perdas afetivas ou problemas de saúde. O processo de “virada de chave” costuma ocorrer justamente quando eventos externos ou internos (como confrontos familiares ou vivências de quase morte) se chocam com o autoengano, rompendo os mecanismos de defesa que sustentavam a continuidade do uso.

Quanto à recaída, este estudo expôs o caráter paulatino desse fenômeno, reforçando que ela não se resume ao ato final de voltar a beber, mas é antecedida por alterações sutis de pensamentos, atitudes e comportamentos, como afastamento de redes de apoio, retorno a ambientes de risco e adoção de padrões de

autossabotagem. Nesse sentido, a recaída foi descrita não apenas como uma falha pontual, mas como um processo progressivo de descompromisso com as ferramentas de proteção que mantêm a pessoa em sobriedade. A discussão mostrou que identificar e intervir nesses sinais iniciais constitui estratégia fundamental para prevenir o consumo efetivo de álcool.

O estudo trouxe também o conceito de “recuperação” sob a ótica dos participantes de Alcoólicos Anônimos, demonstrando que ela vai além da abstinência. Para muitos dos entrevistados, a verdadeira recuperação engloba transformações profundas no modo de pensar, sentir e se relacionar com o mundo. Foram mencionados recursos como o engajamento constante nas reuniões, a prática dos Doze Passos, o apadrinhamento e o desenvolvimento de uma espiritualidade que não necessariamente se vincula a uma religião específica. Esses elementos se apresentaram como centrais na reconstrução pessoal, pois dão sustentação não só à decisão de parar de beber, mas também à mudança de estilo de vida e à reintegração social, fortalecendo o indivíduo a longo prazo.

Nesse contexto, o Alcoólicos Anônimos destacou-se como ambiente acolhedor, capaz de suprir lacunas emocionais e sociais vivenciadas por aqueles que se encontram em sofrimento em razão do TUA. O anonimato e a igualdade entre os membros permitem que pessoas de diferentes idades, profissões e origens socioeconômicas compartilhem suas histórias sem medo de julgamento ou estigmatização. É nesse “lugar seguro” que o apoio mútuo prospera, impulsionando muitos a manterem a disciplina e a perseverança no caminho da sobriedade.

Por fim, a cartilha educativa desenvolvida como produto técnico amplia o alcance dessas descobertas, ao fornecer orientações claras sobre prevenção de recaídas, manutenção de sobriedade e promoção de estratégias de enfrentamento e suporte mútuo. Destinada a profissionais de saúde, familiares e indivíduos em tratamento, a cartilha reforça a necessidade de um olhar integrado sobre o TUA, no qual o cuidado médico, as abordagens psicossociais e a participação em grupos como o AA se complementam, promovendo uma abordagem efetiva e humanizada.

Em síntese, a pesquisa contribui para a compreensão de como as vivências pessoais de recaída e recuperação são mediadas por crenças, emoções, vínculos

sociais e práticas grupais de ajuda mútua. A experiência dos participantes indica que a superação do TUA se consolida quando há vigilância contínua, práticas de autocuidado e suporte permanente de uma rede ativa. Esse arcabouço de proteção segue o princípio de que a doença pode ser crônica, mas a recuperação, quando pautada em autoconhecimento, disciplina e solidariedade, abre caminho para uma transformação profunda, capaz de ressignificar a trajetória de vida de quem antes via no álcool a única resposta aos seus conflitos.

7 PRODUTO TÉCNICO PRINCIPAL

A partir das percepções coletadas com os membros do AA foram definidos os tópicos abordados na cartilha, incluindo:

- Compreendendo o uso do álcool
- Da negação ao reconhecimento da dependência
- Lidando com a recaída
- Recuperação bem-sucedida e apoio do AA
- Participação familiar
- Mensagem final

A cartilha foi diagramada de forma visualmente atraente, com uma linguagem acessível e direta, incorporando ilustrações e exemplos práticos para facilitar a compreensão. Ela foi disponibilizada tanto em formato impresso quanto digital, ampliando seu alcance entre os indivíduos em recuperação, familiares e profissionais de saúde.

A seguir, disponibilizo a cartilha na íntegra:

2025

**CARTILHA EDUCATIVA PARA
INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO
POR USO DE ÁLCOOL,
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
FAMILIARES**



Mestranda: Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque
Orientador: Kristopherson Lustosa Augusto

**Uma cartilha educativa para
indivíduos com transtorno por
uso de álcool, profissionais de
saúde e familiares**

Esta cartilha foi desenvolvida como produto técnico do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais (MESTED) a partir de dados extraídos do estudo qualitativo intitulado "Percepção de participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos sobre as experiências de recaída e recuperação associadas ao Transtorno por Uso de Álcool". Baseada na análise de um grupo focal com membros de Alcoólicos Anônimos (AA), esta cartilha tem como objetivo compartilhar orientações práticas sobre os fatores que influenciam as recaídas e as estratégias para a promoção da recuperação, voltadas a indivíduos em tratamento, seus familiares e profissionais de saúde.

FORTALEZA
2025

SESSÕES

- 01** Compreendendo o uso do álcool
- 02** Da negação ao reconhecimento da dependência
- 03** Lidando com a recaída
- 04** Recuperação bem-sucedida e apoio do AA
- 05** Participação familiar
- 06** Mensagem final

1 COMPREENDENDO O USO DO ÁLCOOL

Alguns fatores podem estar associados ao início do uso do álcool:



Nº 01 – Influência familiar e cultural

Ambientes onde o consumo de álcool é normalizado podem levar ao início precoce do uso.



Nº 02 – Estratégias de enfrentamento

O álcool é frequentemente usado como escape para lidar com emoções negativas ou eventos estressantes.



Nº 03 – Transições de vida

Momentos de mudanças, como saída da casa dos pais ou novas responsabilidades, podem aumentar o uso.

Reflexão: Identificar essas influências pode ajudar a reduzir os riscos e promover estratégias preventivas.

2 DA NEGAÇÃO AO RECONHECIMENTO DA DEPENDÊNCIA

A negação como barreira:

- Justificar ou minimizar o consumo de álcool é comum entre os dependentes.
- Comparar-se a outros pode atrasar o reconhecimento da gravidade do problema.

São passos para o reconhecimento do Transtorno por Uso de Álcool:

Nº 01 – Experiências negativas

A reflexão sobre experiências negativas relacionadas ao consumo ajudam na conscientização sobre a necessidade de mudança



Nº 02 – Autorreflexão

A autoavaliação permite o indivíduo confrontar honestamente sua relação com o álcool, superar mecanismos de negação e admitir sua impotência e sua perda de controle diante da substância.

Dica: O reconhecimento é o primeiro passo para uma mudança efetiva. Buscar apoio faz toda a diferença.

3 LIDANDO COM A RECAÍDA

Entenda a recaída:

- A recaída é um processo gradual, não um evento repentino.
- Pensamentos e comportamentos sabotadores, como "posso controlar o uso da bebida" ou afastamento do grupo de apoio, são sinais de alerta.



Nº 01 – Gatilhos

Identifique os gatilhos, avalie situações, pessoas ou emoções que induzem ao consumo.

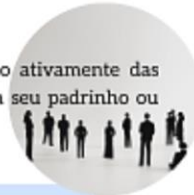


Nº 02 – Estratégias de enfrentamento

Mantenha uma rotina estruturada, incluindo práticas saudáveis como exercícios, meditação e autocuidado. Insira atividades produtivas e prazerosas no dia a dia.

Nº 03 – Redes de apoio

Fortaleça sua rede de apoio, participando ativamente das reuniões do AA e mantendo contato com seu padrinho ou madrinha.



Sugestão: Encare a recaída como uma oportunidade de aprendizado e não como um fracasso definitivo.

4 RECUPERAÇÃO BEM-SUCEDIDA E APOIO DO AA

Em busca da sobriedade:



Nº 01 – Participação no Programa dos 12 Passos

Aceitar a condição, praticar a autoavaliação moral, buscar apoio espiritual e ajudar os que ainda sofrem com o álcool são fundamentais.



Nº 02 – Apoio espiritual

Independentemente da religião, práticas de reflexão e espiritualidade ajudam na busca por equilíbrio emocional.



Nº 03 – Apadrinhamento

Buscar auxílio de um membro mais experiente do AA funciona como um suporte relevante.



Nº 04 – Anonimato

O anonimato proporciona um espaço seguro e respeitoso na troca de experiências em busca da sobriedade.

**Pensamento: pequenos
passos levam a grandes
mudanças. Comece!**

5 PARTICIPAÇÃO FAMILIAR

Como a família pode ajudar?

Nº 01 – Primeira dica

Entenda que o alcoolismo é uma doença, não uma escolha moral.

Nº 02 – Segunda dica

Participe de grupos de apoio. Sugestão: grupo Al-Anon - é um grupo de apoio voltado para familiares e amigos de pessoas que enfrentam problemas relacionados ao Transtorno por Uso de Álcool.

Nº 03 – Terceira dica

Incentive a adesão ao tratamento sem julgamentos ou cobranças excessivas.

Nº 04 – Quarta dica

Se cuide e não se culpe. Você também importa.

**A família é o elo.
Todos importam!**

MENSAGEM FINAL



A recuperação é um processo contínuo que exige dedicação, apoio e informações adequadas. Esta cartilha foi criada para servir como um guia prático e inspirador. Esperamos que você encontre aqui ferramentas úteis para uma vida plena, saudável e verdadeiramente sóbria. Para mais informações, procure um grupo de Alcoólicos Anônimos ou entre em contato com profissionais de saúde especializados.

Fortaleza
2025

BIBLIOGRAFIA

1-ALCOHOLICS ANONYMOUS. Alcoólicos Anônimos. Tradução de Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil - JUNAB. 4. ed. Rio de Janeiro: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil, 2023. ISBN 978-85-63111-00-5.

2-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR: texto revisado. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023. 1152 p. ISBN 978-65-5882-093-2.

3-CARVALHO, A. F.; HEILIG, M.; PEREZ, A.; PROBST, C.; REHM, J. Alcohol use disorders. The Lancet, v. 394, n. 10200, p. 781-792. 31 ago. 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31775-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31775-1/fulltext). Acesso em: 1 jul. 2025.

5-KELLY, J.F.; ABRY, A.; FERRI, M.; HUMPHREYS, K. Alcoholics Anonymous and 12-step facilitation treatments for alcohol use disorder: a distillation of a 2020 Cochrane review for clinicians and policy makers. Alcohol and Alcoholism, v. 55, n. 6, p. 1-12. jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa050>. Acesso em: 29 jun. 2025.

6-REIS, S.C.R.T.; SILVA, A.C.; VICENTE, F.C. Alcoólicos Anônimos. Revista INFAD de Psicologia: International Journal of Developmental and Educational Psychology, v. 2, n. 1, p. 375-384, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijdaep.2016.n1.v2.172>. Acesso em: 30 jun. 2025.

Quer saber mais?

Alcoólicos Anônimos - links úteis:

<https://www.aa.org.br/reunioes-a-distancia/>

<https://www.aa.org.br/linha-de-ajuda/>

<https://www.aa.org.br/o-grupo-de-a-a/>

Fortaleza
2025

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. N. S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool entre adultos jovens brasileiros de 18 a 24 anos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, p. e200092, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200092. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/qb77ytYCGcHgDnQrxLjFYqF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2025.
- ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Alcoólicos Anônimos**: a história de como milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo. Tradução e adaptação da 4^a edição do original. São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil, 2001. 575 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5-TR: texto revisado. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023. 1152 p.
- ARAÚJO, J. V. G. *et al.* Complicações decorrentes do uso abusivo de álcool: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 9, n. 4, p. 13844-13858, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n4-089>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/59018>. Acesso em: 01 jul. 2025.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 131 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf. Acesso em: 01 jul. 2025.
- CABRAL, L. R. Alcoolismo juvenil. **Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health**, Portugal, n. 30, p. 172-188, 2016. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8444>. Acesso em: 30 jun. 2025.
- CAMPOS, E. A. Etnografia virtual em Alcoólicos Anônimos em tempos de pandemia: desafios teóricos e metodológicos. **Revista Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, Aveiro, v. 9, p. 102-109, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.9.2021.102-109>. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/354/356>. Acesso em: 01 jul. 2025.
- CARVALHO, A. F. *et al.* Alcohol use disorders. **The Lancet**, London, v. 394, n. 10200, p. 781-792, 2019. Disponível em:

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2931775-1>. Acesso em: 01 jul. 2025.

CHUNG, T. *et al.* Adolescent binge drinking: developmental context and opportunities for prevention. **Alcohol Research: Current Reviews**, Bethesda, v. 39, n. 1, p. 5-15, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6104966/>. Acesso em: 30 jun. 2025.

COLDER, C. R.; SHYHALLA, K.; FRNDAK, S. Early alcohol use with parental permission: psychosocial characteristics and drinking in late adolescence. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 76, p. 82-87, 2017. DOI: 10.1016/j.addbeh.2017.07.030. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460317302848?via%3Dihub>. Acesso em: 30 jun. 2025.

COSTA, R. M. L.; DANZIATO, L. A invenção dos Alcoólicos Anônimos: alcoolismo e subjetivação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 21-34, 2018. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v70n3/03.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2025.

CRISTO, F.; GÜNTHER, H. Hábito: por que devemos estudá-lo e o que podemos fazer?. **Psico**, Porto Alegre, v. 46, n. 2, p. 233-242, 2015. DOI: 10.15448/1980-8623.2015.2.17186. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/17816/13351>. Acesso em: 30 jun. 2025.

ESTEVIÃO, F. Q. O. L. *et al.* Transtorno do uso de bebidas alcoólicas e fatores associados entre mulheres adultas. **Research, Society and Development**, Minas Gerais, v. 11, n. 10, e295111033010, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.33010>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/33010/27793>. Acesso em: 01 jul. 2025.

FERREIRA, A. C. Z. *et al.* Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 18, e1144, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.34292>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/34292/21002>. Acesso em: 30 jun. 2025.

GADAMER, H. G. **Verdade e método I**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GBD 2019 RISK FACTORS COLLABORATORS. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, London, v. 396, n. 10258, p. 1223-1249, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30752-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30752-2.pdf). Acesso em: 01 jul. 2025.

GUNILLASDOTTER, V. *et al.* Exercise as treatment for alcohol use disorder: a qualitative study. **Drug and Alcohol Review**, Abingdon, v. 41, n. 7, p. 1642-1652, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/dar.13527>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dar.13527>. Acesso em: 29 jun. 2025.

HENSSLER, J. *et al.* Controlled drinking – non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. **Addiction**, Abingdon, v. 116, n. 8, p. 1973-1987, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.15329>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.15329>. Acesso em: 29 jun. 2025.

INANLOU, M. *et al.* Addiction recovery: a systematized review. **Iranian Journal of Psychiatry**, Tehran, v. 15, n. 2, p. 172-181, 2020. Disponível em: https://ijps.tums.ac.ir/article_39893.html. Acesso em: 30 jun. 2025.

KARRIKER-JAFFE, K. J. *et al.* Testing a socioecological model of relapse and recovery from alcohol problems. **Substance abuse: Research and Treatment**, Auckland, v. 14, p. 1-15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/1178221820933631>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1178221820933631>. Acesso em: 01 jul. 2025.

KELLY, J. F. *et al.* Alcoholics anonymous and 12-step facilitation treatments for alcohol use disorder: a distillation of a 2020 cochrane review for clinicians and policy makers. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 55, n. 6, p. 641-651, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa050>. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/55/6/641/5867689>. Acesso em: 29 jun. 2025.

KITZINGER JÚNIOR, R. H. *et al.* Habits and routines of adults in early recovery from substance use disorder: clinical and research implications from a mixed methodology exploratory study. **Substance abuse: Research and Treatment**, Auckland, v. 17, p. 1-12, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/11782218231153843>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/11782218231153843>. Acesso em: 29 jun. 2025.

KRENTZMAN, A. R. A full and thankful heart: writings about gratitude by Alcoholics Anonymous co-founder, Bill Wilson. **Addiction Research & Theory**, v. 27, n. 6, p. 451-461, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1547816>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16066359.2018.1547816>. Acesso em: 29 jun. 2025.

KUNSTSCHE, E. Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 31, n. 10, p. 1844-1857, 2006. DOI: [10.1016/j.addbeh.2005.12.028](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.028). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460305003217?via%3Dihub>. Acesso em: 30 jun. 2025.

LIMA-RODRÍGUEZ, J. S. *et al.* Resposta da pessoa doente alcoólatra frente à sua doença: perspectivas de pacientes e familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1165–1172, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0516.2662>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/108032>. Acesso em: 30 jun. 2025.

MALBERGIER, A. *et al.* Síndromes decorrentes do uso de substâncias. In: MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. F. (ed.). **Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011. p. 667–697.

MARLATT, G. A.; DONOVAN, D. M. (ed.). **Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. 2nd. ed. New York: The Guilford Press, 2005.

MCINERNEY, K.; CROSS, A. A phenomenological study: exploring the meaning of spirituality in long-term recovery in Alcoholics Anonymous. **Alcoholism Treatment Quarterly**, Philadelphia, v. 39, n. 3, p. 282-300, 2021. DOI: 10.1080/07347324.2021.1895016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/07347324.2021.1895016?needAccess=true>. Acesso em: 01 jul. 2025.

MELEMIS, S. M. Relapse prevention and the five rules of recovery. **Yale Journal of Biology and Medicine**, New Haven, v. 88, n. 3, p. 325-332, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553654/>. Acesso em: 29 jun. 2025. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, R. G.; MENANDRO, P. R. M. Em busca de uma nova identidade: o grupo de Alcoólicos Anônimos. **Revista Estudos de Psicologia** (PUC-Campinas), Campinas, v. 18, n. 3, p. 05-21, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2001000300001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/8SjQ44XrkJwTGVcGMTpGhwD/?format=pdf>. Acesso em: 01 jul. 2025.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional status report on alcohol and health in the Americas 2020**. Washington: PAHO, 2020. 100 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52705/9789275122211_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 01 jul. 2025.

REIS, S.; SILVA, A. C.; CASTRO, F. V. Alcoólicos Anônimos. **Revista INFAD de Psicología: International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 2, n. 1, p. 375-384, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.179>. Disponível em: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/179/244>. Acesso em: 30 jun. 2025.

RIBEIRO, M. Organization of the services for the treatment of alcohol dependence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, p. 59-62, 2004. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/pz7MhtDVxCZr9YkYzFCX4Rd/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 01 jul. 2025.

ROBINSON, S. M.; ADINOFF, B. The classification of substance use disorders: historical, contextual, and conceptual considerations. **Behavioral Sciences**, Basel, v. 6, n. 3, p. 18, 2016. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs6030018>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-328X/6/3/18>. Acesso em: 01 jul. 2025.

ROSSOW, I.; KUNSTSCHE, E. Early onset of drinking and risk of heavy drinking in young adulthood: a 13-year prospective study. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, New York, v. 37, p. E297-E304, 2013. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01924.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.2012.01924.x>. Acesso em: 30 jun. 2025.

SINHA, R. Stress and substance use disorders: risk, relapse, and treatment outcomes. **The Journal of Clinical Investigation**, New Haven, v. 134, n. 16, e172883, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1172/JCI172883>. Disponível em: <https://www.jci.org/articles/view/172883/pdf>. Acesso em: 01 jul. 2025.

SILVA, D. M. R. *et al.* Associação entre a dinâmica familiar e consumo de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 3, e20200829, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0829>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8gBfMWZTYpKP3JF8HNdRTp/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2025.

SILVA, M. L.; GUIMARÃES, C. F.; SALLES, D. B. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 6, p. 1007-1015, 2014. DOI: [10.15253/2175-6783.2014000600014](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000600014). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041233014>. Acesso em: 01 jul. 2025.

VIERA, A.; JADOVICH, E.; LAUCKNER, C.; MUILENBURG, J.; KERSHAW, T. Responding to location-based triggers of cravings to return to substance use: A qualitative study. **Journal of Substance Use and Addiction Treatment**, New York, v. 168, p. 209534, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209534>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949875924002467?via%3Dihub>. Acesso em: 29 jun. 2025.

VIEIRA, K. A. L. Análise de conteúdo: hermenêutica na educação. **Arquivo Brasileiro de Educação**, Belo Horizonte, v. 6, n. 13, p. 85-100, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.2318-7344.2018v6n13p85-104>. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/arquivobrasileiroeducacao/article/view/20642/14936>. Acesso em: 29 jun. 2025.

VOLKOW, N. D; KOOB, G. F.; MCLELLAN, A. T. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 374, n. 4, p. 363-371, 2016. DOI: 10.1056/NEJMra1511480. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1511480>. Acesso em: 30 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report**: on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 jul. 2025.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO DE LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

A seguir, o TCLE em sua íntegra:

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE E TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO: RECAÍDAS E RECUPERAÇÃO: NARRATIVAS DE PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque

INSTITUIÇÃO A QUE PERTENCE O PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Unichristus

ORIENTADOR: Kristopherson Lustosa Augusto

CEP/FChristus – Rua João Adolfo Gurgel, 133, Papicu – CEP: 60190060 – Telefone:
(85) 32656668

INTRODUÇÃO: Você está sendo convidado a participar de um grupo focal como parte de um estudo para compreender os principais motivos de recaídas do uso de álcool em participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos que pratiquem o décimo segundo passo. Este documento tem como objetivo fornecer informações sobre o estudo e garantir que você esteja ciente dos detalhes e dos seus direitos como participante.

PROPÓSITO DO ESTUDO: O objetivo principal do estudo é conhecer as narrativas dos participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos sobre o processo de recuperação do transtorno por uso de álcool, identificando ainda fatores chaves para uma boa recuperação e quais as estratégias utilizadas para um maior tempo de abstinência. O grupo focal permitirá uma discussão em grupo para compartilhar informações e insights sobre o tema.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você concordar em participar, você participará de um grupo focal conduzido pelo/a pesquisador responsável onde serão feitas perguntas norteadoras com o objetivo de conhecer melhor o processo de recuperação pela ótica dos participantes que pratiquem o décimo segundo passo. As falas dos participantes do grupo focal serão gravadas para facilitar a análise posterior. Suas informações pessoais serão mantidas em sigilo e seu nome não será associado às respostas ou opiniões durante a análise do estudo.

DURAÇÃO E LOCALIZAÇÃO: A coleta dos dados através dos grupos focais está prevista para o mês de Novembro de 2024 e será realizada apenas após a submissão e aprovação do Comitê de Ética. O grupo focal será realizado no Grupo de Alcoólicos Anônimos Verdes Mares.

RISCOS: Os riscos deste estudo estariam relacionados com a quebra de confidencialidade mediante a divulgação de dados e identificação não autorizados pelos participantes, o que poderia resultar em danos psicológicos e/ou morais. Porém, todos os cuidados serão tomados para não revelar a identidade dos participantes e a autorização para uso das informações será obtida expressamente através do termo de consentimento livre e esclarecido.

BENEFÍCIOS: Os benefícios do estudo estarão em avaliar os fatores associados ao processo de recuperação através da ótica dos participantes dos grupos de Alcoólicos

Anônimos e com os resultados obtidos desenvolver uma cartilha com orientações de prevenção de recaída e apoio para pacientes e familiares, além da publicação de um artigo científico com os dados coletados e avaliados.

CONFIDENCIALIDADE E ASPECTOS ÉTICOS: Os participantes não serão identificados pelos nomes próprios, sendo atribuído a eles códigos contendo uma letra, bem como serão mantidos sigilos de suas informações. A pesquisa seguirá os aspectos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 conjuntamente com a Resolução 510/16, que estabelecem os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade empregadas nas pesquisas com seres humanos.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA E DIREITO DE RETIRADA: Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você tem o direito de recusar-se a participar ou retirar-se a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou consequência negativa.

CONTATO: Se você tiver alguma dúvida ou preocupação sobre o estudo, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável: Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque, e-mail: germana_albuquerque@hotmail.com, telefone para contato: (85)981050511; caso queira tirar dúvidas sobre qualquer assunto relacionado a seus direitos nesta pesquisa, pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus -Unichristus, na rua Adolfo Gurgel, 133, Cocó, Fortaleza-CE, telefone: (85)32658100, de segunda a sexta-feira, no horário das 8 h às 12 h e das 13h às 17h. Esse Comitê é formado por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que os direitos dos participantes de pesquisas sejam respeitados.

DECLARAÇÃO **DE** **CONSENTIMENTO:**
 EU, _____
 (Nome completo do participante), RG _____, telefone
 para contato _____, declaro que li e compreendi as informações
 apresentadas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estou ciente de que

minha participação é voluntária e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades. Declaro ainda que concordo que os dados obtidos na investigação possam ser utilizados para fins científicos, como na publicação de artigo científico, sempre preservando a identidade dos participantes. Estou ciente que receberei uma via deste documento.

ASSINATURA

DO

PARTICIPANTE:

ASSINATURA

DO

PESQUISADOR

RESPONSÁVEL:

DATA: ____/____/____ Fortaleza/CE

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Narrativas de participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos sobre recaídas durante o tratamento			
2. Número de Participantes na Pesquisa: 10			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4, Ciências da Saúde, Grande Área 7, Ciências Humanas			
PESQUISADOR			
5. Nome: Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque			
6. CPF: 017.424.103-83		7. Endereço (Rua, n.º): Rua Silva Paulo MEIRELES 789 FORTALEZA CEARA 60120021	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 85999725183	10. Outro Telefone:	11. Email: germana_albuquerque@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 13 / 08 / 2024		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO LTDA.		13. CNPJ: 04.102.843/0001-50	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (85) 3265-8868		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: Danielle Pinto B. Barbosa		CPF: 321.333.833-87	
Cargo/Função: supervisão de campo		 Assinatura	
Data: 13 / 08 / 24			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO C- COMPROVANTE DE ENVIO DO ARTIGO CIENTÍFICO

Revista
**CADERNO
PEDAGÓGICO**

ISSN: 1983-0882
Qualis CAPES 2017-2020: A2

17426 / **Barros Oliveira de Freitas Albuquerque** / Percepção de participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos [Biblioteca da Submissão](#)

Fluxo de Trabalho

Publicação

Submissão

Avaliação

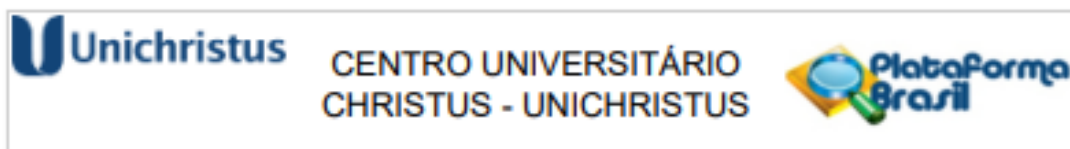
Edição de Texto

Editoração

Rodada 1

Situação da rodada 1
Submissão aceita.

ANEXO D- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Narrativas de participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos sobre recaídas durante o tratamento

Pesquisador: Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82987524.9.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.112.059

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que visa compreender os principais motivos de recaídas do uso de álcool em participantes de um grupo de Alcoólicos Anônimos que pratiquem o décimo segundo passo por meio da realização de um grupo focal e da aplicação de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Conhecer as narrativas dos participantes de um grupo de alcoólicos anônimos sobre e as recaídas no processo de tratamento; Específicos: Compreender o que levou ao uso do álcool. Identificar os fatores-chave para uma recuperação bem-sucedida. Aprender as estratégias utilizadas para obtenção de um maior tempo de abstinência. Elaborar uma cartilha que será desenvolvida através dos dados mais relevantes que surgirem com a pesquisa para psicoeducação e prevenção de recaída, funcionando ainda como material informativo para os profissionais que trabalham com dependência de álcool, para familiares e pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Possíveis riscos são descritos no TCLE: Os riscos deste estudo estariam relacionados com a quebra de confidencialidade mediante a divulgação de dados e identificação não autorizados pelos participantes, o que poderia resultar em danos psicológicos e/ou morais. Porém, todos os cuidados serão tomados para não revelar a identidade dos participantes e a autorização para uso das informações será obtida expressamente através do termo de consentimento livre e

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

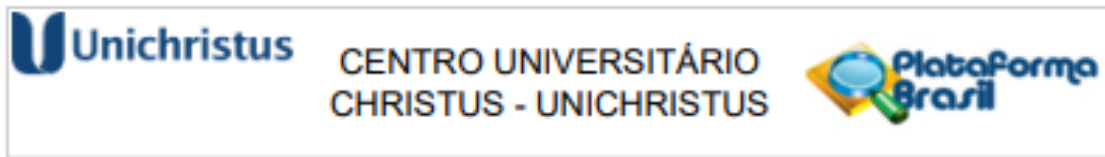
CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.112.059

esclarecido.

Possíveis benefícios são descritos no TCLE: Os benefícios do estudo estarão em avaliar os principais fatores de risco que levam a recaídas em usuários de álcool através da ótica dos participantes dos grupos de Alcoólicos Anônimos e com os resultados obtidos desenvolver uma cartilha com orientações de prevenção de recaída e apoio para pacientes e familiares, além da publicação de um artigo científico com os dados coletados e avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto possui escrita acadêmica satisfatória, justificativa pertinente e bibliografia apropriada. No entanto, alguns pontos da proposta devem ser observados. Primeiramente, deve-se revisar o texto para se corrigir problemas com passagens informais (e.g., "hábito de beber pesado"; "prevenção das mesmas"), erros de coesão (e.g., WARE et al., 2023) Alonso (2007)), além de atualizar as citações para a nova norma ABNT (e.g., (KARRIKERJAFJE et al., 2020)). Salienta-se, outrossim, que o objetivo geral não abrange todas as ações contidas nos objetivos específicos. Aparentemente, o projeto se propõe a mais do que o evidenciado pelo objetivo geral. No que tange aos aspectos metodológicos, o projeto não cita se busca alcançar a saturação de informações, bem como os procedimentos a serem tomados que busquem o bem-estar dos participantes no momento do grupo focal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresenta, de forma clara e objetiva:

1. Objetivo e justificativa da pesquisa;
2. Garantia à recusa ou à retirada da pesquisa sem penalização;
3. Manutenção do sigilo, a privacidade e o anonimato;
4. Entrega de uma via ao participante;
5. Possíveis riscos e benefícios associados ao estudo;
6. Procedimentos de condução do grupo focal.

No entanto, não apresenta:

1. Numeração de página;
2. O envio dos dados de participação aos respondentes que assim desejarem;
3. Procedimentos de armazenamento, tempo de permanência e protocolos de destruição dos dados coletados.

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br

Continuação do Parecer: 7.112.059

Recomendações:

Corrigir os pontos mencionados nos tópicos *Comentários e Considerações sobre a Pesquisa* e *Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória*.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações no projeto de pesquisa que precisem ser corrigidas quanto à sua eficácia. No entanto, é imprescindível que sejam corrigidos os pontos elencados nos tópicos *Comentários e Considerações sobre a Pesquisa* e *Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória*.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2400404.pdf	14/08/2024 13:57:25		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto Narrativas AA.pdf	14/08/2024 13:47:19	Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	folhaassinadaprojetopdf.pdf	14/08/2024 00:44:32	Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	apresentacaodoprojetopdf.pdf	14/08/2024 00:36:21	Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque	Aceito
Declaração de Pesquisadores	garantiregressopedfok.pdf	13/08/2024 22:46:16	Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque	Aceito
Outros	garantiaresultadospdf.pdf	13/08/2024 22:30:21	Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque	Aceito
Outros	anuenciapdf.pdf	13/08/2024 22:14:38	Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque	Aceito
Outros	Curriculo_kristopherson.pdf	13/08/2024 21:50:57	Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque	Aceito
Outros	Curriculo_germana.pdf	13/08/2024 21:50:22	Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque	Aceito
Outros	termocompromissopdf.pdf	13/08/2024 21:27:55	Germana Barros Oliveira de Freitas	Aceito

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS**



Continuação do Parecer: 7.112.059

Outros	termocompromissopdf.pdf	13/08/2024 21:27:55	Albuquerque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclePDF.pdf	13/08/2024 20:37:56	Germana Barros Oliveira de Freitas Albuquerque	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 30 de Setembro de 2024

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-8187

E-mail: cep@unichristus.edu.br