



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Influência das reuniões de autoajuda na manutenção da abstinência do consumo de bebidas alcoólicas: um estudo numa Comunidade Terapêutica

Ana Márcia Magalhães Amaral Martins

Orientador: Professora Doutora Maria João Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Sociedade Risco e Saúde

*Lisboa, 26 de junho
2025*

Influência das reuniões de autoajuda na manutenção da abstinência do consumo de bebidas alcoólicas: um estudo numa Comunidade Terapêutica

Ana Márcia Magalhães Amaral Martins

Orientador: Professora Doutora Maria João Bernardo Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Sociedade Risco e Saúde

Júri:

Presidente:

- Doutora Maria Paula Pestana de Freitas da Silva Faria Campos Pinto, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Doutora Dália Maria de Sousa Gonçalves da Costa, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

- Doutora Maria João Bernardo Bárrios, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de orientadora.

*Lisboa, 26 de junho,
2025*

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de expressar a minha profunda gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Maria João Bárrios, pelo apoio incondicional, pela sabedoria partilhada e pela força que me transmitiu em cada etapa deste percurso. A sua orientação foi fundamental para a concretização deste trabalho, e a sua confiança em mim foi um dos pilares que me permitiu chegar até aqui.

Um agradecimento muito especial aos meus diretores, Vitor Carvalho e Sandra Nascimento, pela abertura e liberdade que me concederam para desenvolver esta pesquisa. A vossa disponibilidade e flexibilidade foram essenciais para que este projeto tomasse forma.

À equipa e aos meus colegas da Clínica Horizonte, em especial ao António Jorge, o meu sincero obrigada pela colaboração, pelas trocas de ideias e pelo ambiente de trabalho que tanto me inspirou.

Um reconhecimento especial aos entrevistados que generosamente partilharam as suas experiências, contribuindo de forma decisiva para este estudo. A vossa disponibilidade e confiança foram fundamentais.

Dedico esta tese a todos aqueles que procuram a recuperação e precisam de um sinal de esperança. Que saibam que existe um caminho longe das substâncias, um caminho de liberdade e reconstrução.

Por fim, mas com todo o meu coração, dedico este trabalho à minha família. Ao meu marido, pelo apoio incansável, pela paciência e por nunca me deixar desistir, mesmo nos momentos mais desafiantes. E, acima de tudo, aos meus filhos, Carolina e Rodrigo, para que entendam que o conhecimento é uma jornada sem fim, e que estudar e aprender são as ferramentas que nos permitem crescer e transformar o mundo. Esta conquista também é vossa.

Resumo

O consumo de bebidas alcoólicas representa um problema de saúde pública com impactos na sociedade e bem-estar das populações. Em Portugal, a dependência do consumo de bebidas alcoólicas encontra como resposta o tratamento em comunidades terapêuticas. Mas a manutenção da abstinência após a alta terapêutica constitui um desafio, sendo recomendada a participação em reuniões de autoajuda (Narcóticos Anónimos e Alcoólicos Anónimos). Esta pesquisa analisou a percepção de utentes dependentes do consumo de bebidas alcoólicas com alta programada, sobre o contributo dessas reuniões na manutenção da abstinência ou na ocorrência de recaídas, considerando os determinantes sociais que influenciam esse processo.

A metodologia incluiu um inquérito por entrevista com recurso a um guião a 13 pacientes com diagnóstico de dependência alcoólica, de uma comunidade terapêutica em Portugal, e uma entrevista semiestruturada ao presidente dos Alcoólicos Anónimos Portugal. Os dados foram tratados mediante análise de conteúdo, nas seguintes dimensões:

Os resultados destacam o papel crucial das reuniões de autoajuda na manutenção da sobriedade, oferecendo apoio emocional e social, e na reconfiguração das redes sociais e familiares. Conclui-se que a participação contínua nesses grupos aparenta ser um contributo positivo para a recuperação, reforçando a necessidade de políticas públicas que promovam sua integração no tratamento da dependência alcoólica.

Palavras-chave: alcoólicos anónimos; comunidades terapêuticas; reuniões de autoajuda; alcoolismo.

Abstract

Alcohol consumption represents a public health issue with significant societal impacts and consequences for population well-being. In Portugal, alcohol dependence is addressed through treatment in therapeutic communities. However, maintaining abstinence after treatment discharge remains a challenge, with participation in self-help meetings (Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous) being widely recommended.

This study examined the perceptions of discharged patients with alcohol dependence regarding the role of these meetings in sustaining abstinence or preventing relapse, while considering the social determinants influencing this process. The methodology included a questionnaire survey of 13 patients diagnosed with alcohol dependence, as well as a semi-structured interview with the president of Alcoholics Anonymous Portugal. The data were processed using content analysis, in the following dimensions:

The results highlight the crucial role of self-help meetings in maintaining sobriety, providing emotional and social support, and reshaping social and family networks. The study concludes that continuous participation in these groups appears to play a role on the recovery, underscoring the need for public policies that promote their integration into alcohol dependence treatment.

Keywords: Alcoholics Anonymous; therapeutic communities; self-help meetings; alcoholism.

Lista de Acrónimos e Siglas

AA - Alcoólicos Anónimos

ARS - Administração Regional de Saúde

CID-11 Classificação Internacional de Doenças 11ª versão

CT Comunidade Terapêutica

CRI Centro de Recursos Integrados

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESPAD European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

ET Equipa de Tratamento

ICAD Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências

INE Instituto Nacional de Estatística

NA - Narcóticos Anónimos

OCDE Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS Organização Mundial da Saúde

PRACE - Programa de Reforma da Administração Central do Estado

RASI - Relatório Anual de Segurança Interna

SICAD Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TUA - Transtorno por Uso de Álcool

UA Unidade de Alcoologia

UAL Unidade de Alcoologia de Lisboa

UTRA - Unidade de Tratamento de Respostas Adaptadas

WHO World Health Organization

Índice

Agradecimentos.....	II
Resumo.....	III
Abstract	IV
Lista de Acrónimos e Siglas	V
Índice.....	VI
Índice de figuras	VIII
Índice de tabelas	IX
Introdução	1
1- Enquadramento teórico	4
1.1. O mecanismo de dependência química do cérebro	4
1.2. O consumo de bebidas alcoólicas e o alcoolismo.....	6
1.3. Definição e Critérios de Diagnóstico para a Dependência Alcoólica	8
1.4. O Acoolismo à luz da Sociedade de Risco	10
1.5. Respostas dirigidas à adição ao álcool e outras substâncias psicoativas	12
1.6. Os Grupos de Autoajuda- Alcoólicos Anónimos (AA)	15
1.6.1. O surgimento dos Grupos de Autoajuda	16
1.6.3 As Comunidades Terapêuticas (CT)	19
2- Metodologia	23
2.1. Abordagem metodológica e as questões de ética	23
2.2. Modelo de análise	24
2.3. Objetivos: Geral e Específicos	26
2.4. Seleção e caracterização da Comunidade Terapêutica (CT)	26
2.5. Amostra	27
2.6. Recolha de dados	27
2.6.1. Inquérito por Entrevista	27
2.7. Tratamento de dados: análise de conteúdo e análise descritiva	29
3- Resultados	31
3.1. Caracterização dos inquiridos	31
3.2. Percursos de consumo	33

3.3 Percepções dos inquiridos sobre consequências do consumo, grupos de autoajuda, papel da família e dos amigos.....	34
3.3.1. Consequências relativas à dependência alcoólica	34
3.3.2. Motivos para frequentar as reuniões de autoajuda e motivos associados	35
3.3.3. Relação familiar	37
3.3.4. Papel da família nas reuniões de autoajuda	39
3.3.5. Papel dos amigos nas reuniões de autoajuda	40
3.3.6. Papel das reuniões de autoajuda na abstinência / recaída	42
3.4. Entrevista ao Presidente dos AA em Portugal.....	44
4- Discussão dos resultados.....	46
4.1. Limitações da pesquisa	51
Conclusão	53
Bibliografia.....	56
Anexos	62
Anexo I – Guião de entrevista aos aditos	62
Anexo II – Guião de entrevista ao presidente do AA	70
Anexo III - Protocolo de Investigação e Consentimento Informado	71

Índice de figuras

Figura 1:Circuito de recompensa cerebral	4
Figura 2 - Consumo de álcool, consumo de litros per capita (países da OCDE)	7
Figura 3 - Modelo de Análise.....	25
Figura 4 - Passos metodológicos baseados na análise de conteúdo de Bardin (1977).....	29
Figura 5 - Local de residência	31
Figura 6 - Sexo dos inquiridos	32
Figura 7 - Situação face ao emprego à data de admissão.....	32
Figura 8 - Escolaridade dos inquiridos.....	32
Figura 9 - Estado civil dos inquiridos	33
Figura 10 - Os inquiridos que têm e que não têm filhos	33
Figura 11 - Início do consumo de bebidas alcoólicas	33
Figura 12 - Tipo de bebida alcoólica com que iniciou o consumo	34
Figura 13 - Frequenta as reuniões de autoajuda?	35
Figura 14: Frequência nas reuniões de autoajuda	42
Figura 15: Avaliação da importância das reuniões de autoajuda para a manutenção da abstinência.....	43
Figura 16:Continuação da frequência nas reuniões de autoajuda	43
Figura 17: Recomendar as reuniões de autoajuda a outros aditos.....	44

Índice de tabelas

Tabela 1 - Marcos da evolução das respostas ao tratamento das dependências em Portugal (1924-2023).....	13
Tabela 2:12 passos dos AA, mecanismos psicológicos e impacto na abstinência.....	18
Tabela 3 - Análise comparativa dos modelos.....	20
Tabela 4 - Dimensões e variáveis de análise.....	28
Tabela 5 - Planeamento das entrevistas.....	28
Tabela 6 - Idade dos entrevistados	31

Introdução

Globalmente, estima-se que 400 milhões de pessoas, correspondendo a 7% da população mundial com 15 ou mais anos, vivam com perturbações por uso de álcool. Deste total, aproximadamente 209 milhões de indivíduos (3,7% da população adulta global) apresentam dependência alcoólica (World Health Organization [WHO], 2024).

O consumo de bebidas alcoólicas constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas, como cancro e doenças cardiovasculares, verificando-se que mesmo níveis moderados de ingestão aumentam o risco a longo prazo, estando associado a aproximadamente 2,6 milhões de óbitos anuais, além de contribuir para incapacidades e comorbilidades em milhões de indivíduos (Organisation for Economic Co-operation and Development [OCDE], 2021; WHO, 2024). Para além disso, o álcool está associado a uma maior incidência de acidentes rodoviários, lesões e perturbações de saúde mental do que qualquer outra substância psicoativa, particularmente entre os jovens. Cerca de 25% de todas as mortes nas estradas na União Europeia estão relacionadas com o álcool (European Commission, 2021; OCDE, 2021).

Na Europa, o consumo de bebidas alcoólicas permanece um dos mais elevados do mundo. De acordo com o Relatório Europeu sobre Álcool e Saúde, os europeus consomem, em média, 9,8 litros de álcool puro por pessoa anualmente, valor que, apesar de representar uma ligeira diminuição em relação aos 10,3 litros registados em 2010, ainda coloca a região como a de maior consumo per capita globalmente (WHO, 2024).

Em Portugal, o panorama não é muito diferente, em 2022, o consumo de álcool per capita foi ligeiramente superior à média europeia. Embora alguns indicadores revelem uma tendência de estabilização nos últimos anos, o consumo excessivo e episódico (binge drinking), sobretudo entre jovens e adultos, continua a merecer atenção (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências [SICAD], 2022). A elevada taxa de mortalidade atribuível ao álcool e o número significativo de internamentos hospitalares associados reforçam a necessidade de estratégias eficazes de prevenção e tratamento (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022; SICAD, 2022). Em particular, os dados mais recentes destacam a elevada prevalência de consumo em idades jovens e o impacto crescente da dependência, que afeta populações cada vez mais diversificadas, incluindo um número crescente de mulheres (Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências [ICAD], 2022; WHO, 2024).

Esta adição pode ocorrer na forma isolada ou em simultâneo com a adição a outras substâncias, e constitui um problema público com consequências acrescidas. Em Portugal, as políticas públicas que dão resposta ao problema da dependência do consumo de álcool efetivam-se através do Instituto nos Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD). Incluímos nestas respostas a Unidades de Alcoologia (Norte, Centro e Algarve) e as Comunidades Terapêuticas (CT), que possibilitam a desintoxicação e institucionalização para tratamento. Após a alta, os utentes são encaminhados para as equipas de tratamento que os referenciaram, por forma a manter alguma supervisão, sobretudo medicamentosa. Além disso, é comum a indicação para a frequência em reuniões de autoajuda de Alcoólicos Anónimos (AA) e Narcóticos Anónimos (NA). Pelo seu carácter de anonimato, não existem dados concretos acerca do número de pessoas que frequentam as reuniões, sabendo-se que existem cerca de 100 reuniões de AA que se podem frequentar, online ou presenciais em todo o país, estando concentradas sobretudo, nas zonas urbanas. Com a pandemia COVID-19, observou-se um crescimento das reuniões online, melhorando a acessibilidade dos grupos de ajuda mútua. Esses grupos estão presentes em todo o mundo, com salas abertas nos mais diferentes horários, representando alternativas eficazes aos serviços usualmente fornecidos à população (Reis, 2012).

Em Portugal, qualquer interessado pode obter informações via contacto direto. As reuniões costumam ocorrer em locais de fácil acesso, como: i) Centros de apoio social ou paroquiais salas cedidas por paróquias, centros sociais, igreja, Cáritas...); ii) Associações ou instituições de saúde (clínicas de recuperação, hospitais ou centros de tratamento de dependências); iii) Espaços municipais ou juntas de freguesia; iv) Sede de Organizações Não-Governamentais (ONGs) (ex: Cruz Vermelha, Liga Portuguesa Contra o Cancro); Prisões e Instituições de Reinserção (para reclusos, sem acesso ao público geral). Existem folhetos em Hospitais/Centros de Saúde onde divulgam locais próximos. Neste contexto, a dependência alcoólica emerge como um desafio complexo, exigindo abordagens multidisciplinares e continuadas para garantir a manutenção da abstinência após o tratamento. As CT têm-se mostrado eficazes na reabilitação de pacientes com dependência de álcool, mas a transição para o quotidiano após o tratamento representa um período crítico, com elevadas taxas de recaída. É neste cenário que as reuniões de autoajuda ganham relevância, oferecendo um suporte contínuo e um espaço de partilha que promove a abstinência a longo prazo (Kelly et al., 2020). Reconhece-se um conjunto de condições capazes de influenciar e determinar o sucesso do tratamento pós alta terapêutica. Com efeito, formulámos a questão de partida: Na perspetiva dos utilizadores, de que forma as reuniões de autoajuda de AA e NA contribuem para a manutenção da abstinência após alta de

tratamento em comunidade terapêutica? Na sequência deste questionamento, e considerando os determinantes sociais convocados ao problema de saúde pública, propusemos uma pesquisa com o objetivo de: analisar a percepção de uma população de utentes dependentes do consumo de álcool com alta programada sobre o contributo das reuniões de autoajuda nas condições de manutenção de abstinência ou recaída e consumo. A análise efetuada contribuiu com um conjunto de informações no âmbito das Ciências Sociais e da Saúde, para a compreensão do papel dos AA na recuperação, combinando perspetivas teóricas e empíricas. Esta reflexão é relevante para as abordagens praticadas no processo de internamento e alta terapêutica, com interesse tanto para os profissionais da CT, como para os grupos de autoajuda, e todos os *stakeholders*.

Esta dissertação estrutura-se em quatro capítulos. Primeiramente surge uma revisão teórica centrada sobretudo sobre o alcoolismo e AA como enquadramento da pesquisa., De seguida, a metodologia da pesquisa descreve os procedimentos de recolha e análise de dados. Os dados são apresentados no ponto 3 e discutidos no ponto seguinte, com base na literatura e dados de enquadramento. Inclui ainda a sistematização das conclusões e implicações do estudo.

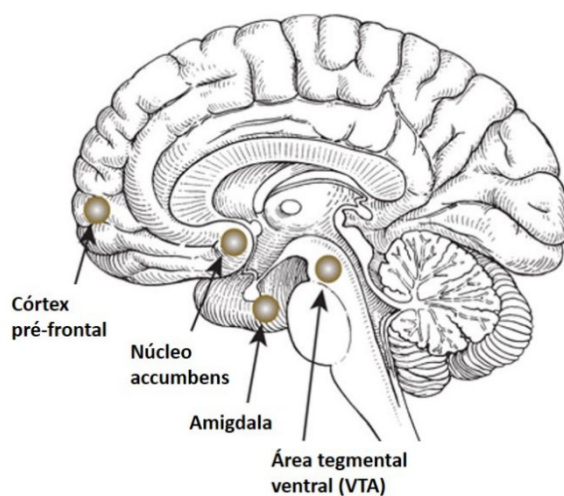
1- Enquadramento teórico

A dependência de álcool é reconhecida globalmente como um grave problema de saúde pública devido aos seus impactos multifacetados na saúde individual, nas relações familiares e na sociedade como um todo. Além disso, o alcoolismo está associado a consequências sociais significativas, como violência doméstica, acidentes de trânsito, perda de produtividade laboral e exclusão social (Rehm et al., 2009; WHO, 2018).

1.1. O mecanismo de dependência química do cérebro

A dependência química é uma perturbação neurológica que afeta o sistema de recompensa no cérebro. Numa pessoa saudável, o sistema de recompensa reforça comportamentos que são essenciais para a sobrevivência, tais como, comer, beber, comportamento sexual e interação social. Por exemplo, o sistema de recompensa garante que quando estamos com fome procuremos comida, porque sabemos que depois de comer nos sentiremos bem, ou seja, torna a atividade de comer agradável e memorável, para que façamos o mesmo sempre que sentirmos fome. As drogas de abuso, como o álcool, ou outra substância psicoativa, apropriam-se desse sistema (de recompensa), tornando as necessidades naturais da pessoa em necessidades de drogas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004; Silveira & Moreira, 2006).

Figura 1: Circuito de recompensa cerebral



Fonte: Dihel et al. (2018)

As principais vias de recompensa envolvem a transmissão do neurotransmissor dopamina, a partir da Área Tegmental Ventral (ATV) do mesencéfalo para o sistema límbico e para o córtex frontal. Essa estimulação pela dopamina produza sensações de prazer ou efeito de recompensa (Dihel et al, 2018; OMS, 2004; Silveira & Moreira, 2006).

A maioria das drogas aumentam a concentração de dopamina na via da recompensa. Algumas drogas, como o álcool, heroína e nicotina,

estimulam os neurónios produtores de dopamina indiretamente na ATV, para que se gerem mais potenciais de ação (Wang, 2022). Diferentes drogas agem de maneira diferente, mas o resultado comum é que a dopamina vai-se acumular na sinapse numa quantidade muito maior do que a normal, provocando uma estimulação contínua dos neurónios (Dihel et al, 2018; Formigoni et al., 2017; OMS, 2004).

As atividades quotidianas que antes traziam prazer, como comer ou socializar, perdem o seu valor, pois o cérebro passa a priorizar a droga como fonte principal de recompensa. Este mecanismo é chamado de "egoísmo" porque o cérebro pretende satisfazer as suas necessidades químicas, muitas vezes em detrimento do bem-estar geral do indivíduo (Dupont, 1997). Razão pela qual os indivíduos dependentes frequentemente negligenciam as suas necessidades básicas e relações sociais em favor do uso da substância (Chaim, 2012).

A manifestação da sintomatologia pode ser resumida nos seguintes tópicos:

Abstinência e dependência

Quando o consumo de álcool é interrompido abruptamente, o cérebro, que já se adaptou à presença constante da substância, entra num estado de desequilíbrio. Esta situação leva a sintomas de abstinência, como ansiedade, irritabilidade, tremores, insónia e, em casos graves, convulsões ou *delirium tremens*. Esses sintomas são tão desagradáveis que muitas pessoas continuam a beber para evitá-los, perpetuando o ciclo de dependência (Schuckit, 2014; Zalesky, 2004).

Impacto no Comportamento e nas Necessidades Naturais

Assim como ocorre com outras drogas, o álcool "sequestra" o sistema de recompensa, fazendo com que a procura pela substância se torne uma prioridade em detrimento de necessidades básicas, como alimentação, sono e relações sociais. Indivíduos dependentes de álcool podem negligenciar a sua saúde física e emocional, focando-se quase exclusivamente no consumo da substância. Este comportamento compulsivo é um reflexo das alterações neuro químicas e estruturais no cérebro, que reforçam a dependência (Chaim, 2012; Schuckit, 2014).

Tratamento e Recuperação

A dependência do álcool é uma condição tratável, mas requer intervenções multidisciplinares, incluindo terapia comportamental, medicamentos (como naltrexona ou acamprosato, que ajudam a reduzir o desejo pelo álcool) e apoio psicossocial. A recuperação envolve a

reestruturação do sistema de recompensa, ajudando o indivíduo a redescobrir prazer em atividades naturais e a lidar com os sintomas de abstinência (Brousse et al 2012; Laranjeira et al., 2000).

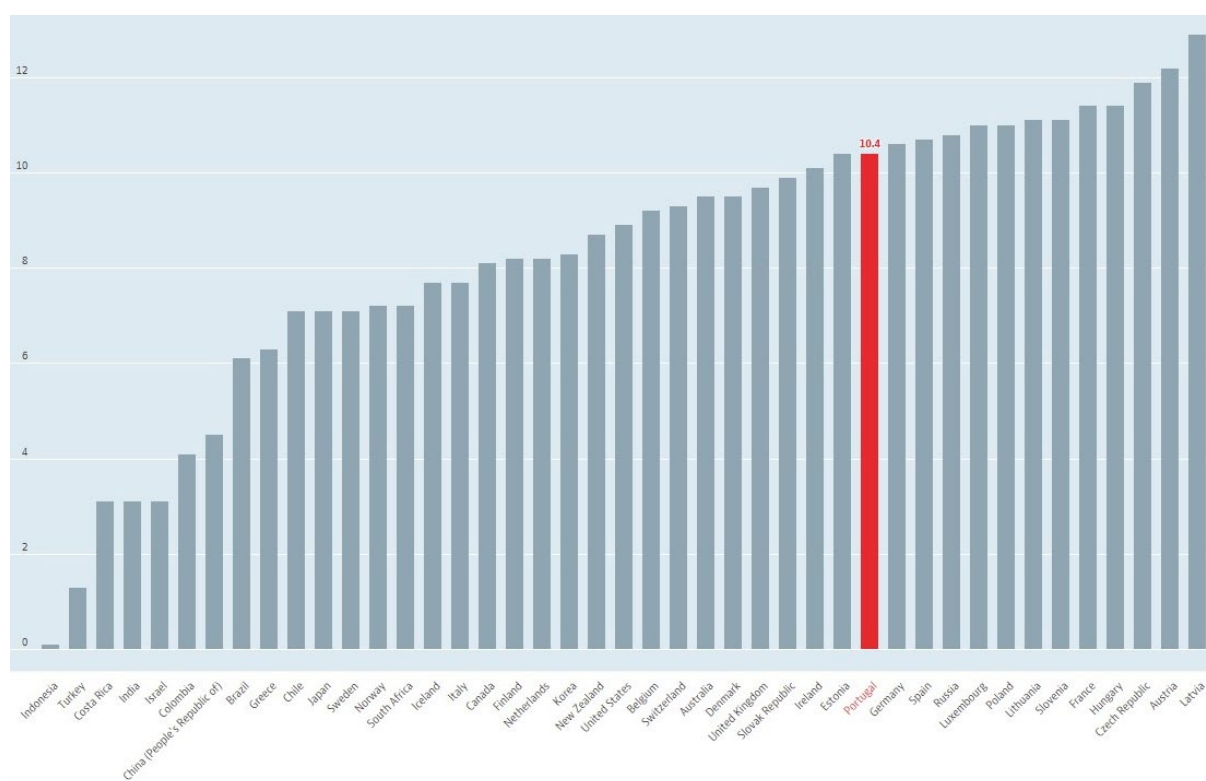
Este é um exemplo claro de como as substâncias psicoativas podem alterar o sistema de recompensa do cérebro, substituindo necessidades naturais pela procura compulsiva da substância. O álcool, ao atuar no sistema dopaminérgico, provoca mudanças neuro químicas e comportamentais que sustentam a dependência. Compreender esses mecanismos é essencial para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e tratamento (Schlienger, 2000; Schuckit, 2014).

1.2. O consumo de bebidas alcoólicas e o alcoolismo

Segundo Patrício (2014), o consumo de bebidas com álcool está enraizado na cultura portuguesa, e de tal forma disseminado que “é banal termos na família ou no nosso grupo de amigos, ou de trabalho, alguém que seja consumidor, sendo frequente um conhecido, ou até desconhecido oferecer uma bebida com álcool” (Patrício, 2014, p.75). No contexto internacional, Portugal destaca-se com altos níveis de consumo, tanto para o sexo masculino, como para o feminino, dentro dos países selecionados (SICAD, 2022).

Segundo os dados mais recentes da OCDE, Portugal pertence ao grupo de países com o consumo de litros por ano, mais elevado, 10,4 litros, para população com mais de 15 anos, tal como podemos observar o quadro infra (figura 2).

Figura 2 - Consumo de álcool, consumo de litros per capita (países da OCDE)



Fonte: OCDE (2022)

O consumo de álcool em Portugal configura-se como um problema complexo, com repercussões significativas na saúde pública, segurança rodoviária e dinâmica social. De acordo com o Relatório Anual 2023 – A Situação do País em Matéria de Álcool, publicado pelo Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD), observa-se uma tendência preocupante no agravamento dos padrões de consumo, particularmente entre os jovens. O início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, associado ao aumento das prevalências de consumo recente e episódios de embriaguez _que quadruplicaram na última década_, reflete uma normalização de comportamentos de risco, com potenciais consequências a médio e longo prazo (ICAD, 2023).

Os impactos na saúde são evidentes, com 40.437 internamentos hospitalares registados em 2023, relacionados direta ou indiretamente com o consumo de álcool, incluindo patologias físicas e perturbações de saúde mental. No âmbito das respostas terapêuticas especializadas, registaram-se 1.345 internamentos em CT e 804 em Unidades de Alcoologia (UA/DA), valores que refletem um aumento face a anos anteriores, indiciando uma crescente procura por intervenção estruturada.

A nível judicial, os dados do Relatório Anual de Segurança Interna (RASI) destacam a condução sob influência de álcool ($TAS \geq 1,2$ g/l) como um dos crimes contra a vida em sociedade com maior expressão quantitativa, totalizando 24.133 registos. Este fenómeno não só compromete a segurança rodoviária, como sobrecarrega o sistema judicial e de saúde. Paralelamente, verifica-se um aumento exponencial das comunicações à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) devido à exposição de menores a contextos de consumo problemático de álcool – de 232 casos em 2017 para 1.226 em 2023 –, sinalizando um agravamento das dinâmicas familiares disfuncionais associadas a esta problemática (RASI, 2024).

O relatório do ICAD (2023) alerta ainda para um desinvestimento crónico na área dos comportamentos aditivos e dependências, o que pode comprometer a capacidade de resposta do Estado a estes desafios. A conjugação destes fatores – aumento do consumo de risco, sobrecarga dos sistemas de saúde e judicial, e fragilização das políticas públicas – exige uma abordagem integrada, que articule prevenção, fiscalização eficaz e intervenção terapêutica acessível. A situação atual sublinha a urgência de reforçar estratégias baseadas em evidência, capazes de mitigar os custos sociais, económicos e humanos associados ao consumo nocivo de álcool em Portugal.

As bebidas alcoólicas estão facilmente disponíveis nos circuitos domésticos e comerciais e, portanto, é naturalmente alvo de uso e abuso por muitos consumidores dependentes de outras substâncias (Kelly et al., 2020). “Se é comum os consumidores fazerem a associação de álcool, tabaco e canábis, também há quem use o álcool para potenciar o efeito dos psicofármacos, nomeadamente de tranquilizantes” (Patrício, 2014, p.82).

1.3. Definição e Critérios de Diagnóstico para a Dependência Alcoólica

O álcool, quimicamente designado como etanol, constitui uma substância psicoativa de consumo globalizado, com profundas raízes socioculturais. A sua ação farmacológica caracteriza-se por uma elevada hidrossolubilidade, concentrando-se preferencialmente em órgãos com maior teor hídrico, particularmente o cérebro, pulmões e rins (Reis et al., 2014). A perceção dos seus efeitos deletérios remonta à Antiguidade, com Hipócrates (séc. IV a.C.) a descrever a sua associação a diversas patologias, incluindo o delirium tremens, e Chaucer (séc. XIV) a destacar o seu potencial disruptivo no controlo comportamental (Marques, 2001).

O reconhecimento do alcoolismo como entidade nosológica distinta emergiu no século XIX, com Magnus Huss (1849) a cunhar o termo "*alcoholismus chronicus*" para descrever um estado de intoxicação prolongada caracterizado por sintomatologia neurológica e psíquica. Este marco conceptual coincidiu com a industrialização, que potenciou a produção massificada de bebidas destiladas e os consequentes problemas de saúde pública, culminando em medidas extremas como a Lei Seca norte-americana (1920-1933) (Silveira & Moreira, 2006).

A medicalização do alcoolismo consolidou-se com a inclusão da dependência alcoólica no DSM-III (1980), representando uma rutura paradigmática face às perspetivas moralistas precedentes. As sucessivas revisões diagnósticas (DSM-5, 2013; DSM-5-TR, 2022) refinaram esta conceptualização, substituindo as categorias dicotómicas de abuso/dependência pelo continuum dimensional do Transtorno por Uso de Álcool (TUA), avaliado através de 11 critérios agrupados em quatro domínios principais: (1) controlo prejudicado, (2) compromisso social, (3) uso de risco e (4) parâmetros farmacológicos (tolerância e abstinência) (APA, 2013).

Paralelamente, a OMS, através da CID-10 (1992) e CID-11 (2022), estabeleceu critérios diagnósticos convergentes, embora com diferenças terminológicas e organizativas. Enquanto o DSM-5 estratifica a gravidade (leve, moderada, grave) com base no número de critérios preenchidos (2-3, 4-5, ≥ 6 , respetivamente), a CID-11 requer a presença de três entre seis características nucleares, enfatizando a compulsividade, perda de controlo e persistência do uso apesar das consequências adversas (OMS, 2022).

Esta evolução nosológica, influenciada pelo modelo aditivo de Goodman (1990), reflete a complexidade etiopatogénica da dependência alcoólica, integrando dimensões neurobiológicas (e.g., disfunção dopaminérgica), psicológicas (e.g., regulação emocional) e sociais (e.g., desadaptação funcional). A coexistência dos sistemas DSM e CID, longe de constituir uma contradição, enriquece a abordagem clínica, permitindo uma avaliação multidimensional adaptada aos contextos de intervenção (Sellman et al., 2014).

1.4. O Alcoolismo à luz da Sociedade de Risco

A teoria da sociedade de risco, desenvolvida por Ulrich Beck (1992), fornece um quadro analítico fundamental para compreender o consumo problemático de álcool como um fenómeno profundamente enraizado nas contradições da modernidade tardia. Beck argumenta que os riscos contemporâneos diferem qualitativamente dos perigos tradicionais, na medida em que são produtos diretos do progresso tecnológico e das dinâmicas socioeconómicas globais (Gresele et al., 2024). Estes riscos, frequentemente invisíveis e de consequências tardias (como as alterações climáticas ou as crises financeiras), manifestam-se também ao nível dos comportamentos individuais (Gresele et al., 2024). O alcoolismo, neste contexto, pode ser interpretado como uma estratégia de *coping* disfuncional face às pressões de uma sociedade caracterizada pela precariedade laboral, pelo individualismo exacerbado e pela erosão dos tradicionais sistemas de apoio social. Esta perspetiva permite-nos ultrapassar visões estritamente patológicas da dependência, situando-a antes no âmbito das respostas adaptativas - ainda que problemáticas - a um ambiente social marcado pela incerteza crónica (D'Andrea, 2017).

O processo de globalização, enquanto elemento estruturante da sociedade de risco contemporânea, exerce uma influência paradoxal na epidemiologia do alcoolismo. Por um lado, a liberalização dos mercados e a revolução nos transportes e comunicações facilitaram uma expansão sem precedentes da indústria do álcool, com estratégias de marketing cada vez mais sofisticadas e transnacionais. Por outro lado, a mesma conectividade global que favorece o consumo, também permite a circulação de modelos terapêuticos e de prevenção, criando um espaço transnacional de partilha de boas práticas (Room et al., 2008; Tenajas & Miraut, 2023). Contudo, como alertam estes autores, a eficácia destas transferências depende criticamente da capacidade de adaptação cultural e da existência de infraestruturas locais adequadas, revelando assim as assimetrias fundamentais do processo globalizado.

No âmbito organizacional, as instituições dedicadas ao tratamento da dependência alcoólica refletem a complexidade da gestão de riscos na modernidade tardia. Como demonstram Scott e Davis (2007) na sua análise da "sociedade das organizações", a crescente institucionalização da vida social levou à emergência de estruturas especializadas no controlo de problemas complexos como o alcoolismo. As comunidades terapêuticas e os grupos de autoajuda (como os AA) representam respostas organizacionais distintas, mas complementares a este desafio. Enquanto as primeiras oferecem um ambiente estruturado e profissionalizado de desintoxicação

e reabilitação, os segundos proporcionam redes informais de suporte continuado, fundamentais para a manutenção da abstinência a longo prazo (De Leon, 2000).

A situação portuguesa oferece um estudo de caso particularmente revelador das dinâmicas globais do consumo de álcool. O aumento significativo da ingestão alcoólica entre adultos mais velhos - especialmente na geração *baby boomer* - espelha tendências observadas noutros países desenvolvidos. Este padrão parece estar associado a uma conjugação de fatores, incluindo o envelhecimento populacional, a maior disponibilidade de rendimento entre reformados, e mudanças culturais que normalizam o consumo regular entre esta faixa etária. Contudo, a análise comparativa internacional revela variações significativas que desafiam explicações simplistas. Nos Estados Unidos e na Austrália, por exemplo, o fenómeno do *binge drinking* sénior tem assumido proporções alarmantes, com consequências graves para a saúde pública. Em contraste, países como a Itália e a Polónia registaram reduções consistentes no consumo entre adultos mais velhos, sugerindo que fatores culturais (como a persistência de tradições familiares fortes) e políticas públicas específicas (como a regulação rigorosa da publicidade a bebidas alcoólicas) podem mitigar eficazmente estas tendências globais (Ouellette et al., 2018).

A persistência da dependência alcoólica como problema social de primeira magnitude exige respostas que reconheçam a sua natureza multifatorial. Como demonstra a teoria da sociedade de risco, as soluções unidimensionais são necessariamente insuficientes face a fenómenos complexos que articulam dimensões individuais, sociais e globais (Gresele et al., 2024). Num plano macro, é imperativo desenvolver políticas de regulação transnacional que limitem os excessos da globalização neoliberal do álcool, como a publicidade agressiva ou a liberalização excessiva do comércio (Room et al., 2008). Simultaneamente, a nível meso-organizacional, é crucial fortalecer as redes locais de tratamento e reinserção, capacitando-as para lidar com as especificidades culturais do consumo (Tenajas & Miraut, 2023). Finalmente, a experiência dos grupos de autoajuda White (2004) lembra-nos que, numa era de riscos globalizados, a reconstrução de comunidades locais de apoio mútuo pode ser o antídoto mais eficaz contra o isolamento e a alienação que frequentemente alimentam a dependência.

1.5. Respostas dirigidas à adição ao álcool e outras substâncias psicoativas

Durante muitos anos, sobretudo, por razões culturais, o abuso do álcool não era estigmatizado como o consumo de outras substâncias, foi sendo socialmente tolerado, pois enquadrava-se numa espécie de ritual de socialização, mesmo dos muito jovens, que ainda hoje é tolerado e “aplaudido” por muitos (Patrício, 2014, p.78).

As respostas políticas e institucionais à dependência alcoólica e outras dependências em Portugal têm evoluído significativamente, com um enfoque crescente na prevenção, tratamento e reinserção social, tal como se pode verificar no quadro infra. Portugal tem uma trajetória marcante na abordagem às dependências, com particular destaque para o alcoolismo e a toxicodependência. Desde as primeiras legislações no início do século XX até à criação de estruturas especializadas no século XXI, a evolução reflete mudanças paradigmáticas: de uma visão repressiva para uma abordagem de saúde pública, centrada na redução de danos e na reintegração social (Patrício, 2014). Este texto sintetiza os marcos históricos e as políticas públicas, destacando a resposta à dependência alcoólica, e apresenta um quadro-síntese cronológico. de acordo com o documento publicado pelo SICAD em 2019 “Construímos Caminhos... uma história dos Comportamentos Aditivos e Dependências em Portugal.

A tabela 1 permite visualizar como o álcool foi gradualmente incluído nas políticas de dependências, inicialmente marginalizado face às drogas ilícitas, mas hoje parte de uma estratégia unificada. Até 1980, o álcool era tratado como "doença mental" (ex.: Centro António Flores). A partir dos anos 2000, ganha espaço em políticas integradas (ex.: Centros de Alcoologia no IDT, ICAD). No entanto, persistem desafios significativos, incluindo o acesso e a qualidade dos serviços, o estigma e a necessidade de uma maior integração entre os diferentes setores (Patrício, 2014).

Tabela 1 - Marcos da evolução das respostas ao tratamento das dependências em Portugal (1924-2023)

Ano	Marco Legislativo/Institucional	Impacto na Resposta ao Álcool e Toxicodependência
1924	Lei n.º 1687	Primeira legislação portuguesa sobre drogas (ópio e cocaína). Não menciona o álcool, mas inicia o modelo proibicionista.
1958	Criação do Instituto de Assistência Psiquiátrica	Primeira estrutura nacional com competências para tratar "alcoólicos e toxicómanos", ainda em contexto asilar.
1963	- Lei de Saúde Mental (Lei n.º 2118) - Centro António Flores (Hospital Júlio de Matos)	Reconhecimento do alcoolismo como doença mental; primeiro serviço dedicado a alcoólicos em Lisboa.
1973	Consulta de Toxicodependência (Hospital Santa Maria)	Foco em drogas ilícitas, mas abre precedente para serviços especializados.
1977	Comissão do Combate ao Alcoolismo (CCA)	Primeira estrutura dedicada à prevenção do alcoolismo, mas com poucos recursos.
1986	- Primeiro grupo de Narcóticos Anónimos (NA) em Lisboa - Sociedade Portuguesa de Alcoologia (SPA)	Modelo dos 12 passos e promoção de estudos sobre álcool.
1987	Centro das Taipas (1º serviço público para toxicodependência)	Prioridade às drogas ilícitas, mas influencia futuros serviços para álcool.
1988	Centros Regionais de Alcoologia (Porto, Coimbra, Lisboa)	Estruturas dedicadas à prevenção e tratamento do alcoolismo, sob tutela da Saúde Mental.
1999	- Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD) - Instituto Português da Droga e Toxicodependência (IPDT)	Álcool ainda não é prioridade, mas consolida políticas integradas.
2000	Lei n.º 30/2000 (descriminalização do consumo)	Mudança de paradigma: toxicodependente como doente; indiretamente influencia políticas para álcool.
2002	Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)	Substitui o IPDT e integra o SPTT; álcool começa a ser incluído nas políticas.
2007	Integração dos Centros de Alcoologia no IDT	Álcool ganha espaço institucional dentro da estratégia para dependências.
2008	Resolução da OMS para redução do uso nocivo do álcool	Influencia políticas nacionais, como taxação e restrições à publicidade.
2011	SICAD	Substitui o IDT; álcool e drogas ilícitas unificados numa única agência.
2023	Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD)	Consolidação do modelo integrado, incluindo álcool, drogas e dependências comportamentais (ex.: jogo).

Fonte: SICAD (2019)

A história do tratamento para a dependência alcoólica em Portugal está intimamente ligada ao desenvolvimento das Unidades de Alcoologia, que têm desempenhado um papel fundamental na abordagem multidisciplinar e especializada dos problemas relacionados com o álcool. A primeira unidade especializada, a Unidade de Alcoologia de Lisboa (UAL), foi criada em 1967, tem sido pioneira no tratamento e reabilitação de pessoas com dependência alcoólica (Administração Regional de Saúde [ARS], s.d.; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2017). A UAL baseia-se no modelo Minnesota, adaptado à realidade portuguesa e inspirado na filosofia dos 12 passos dos AA, que combina uma abordagem multidisciplinar que inclui desintoxicação, terapia cognitivo-comportamental, terapia de grupo e apoio médico e psiquiátrico. Conta, atualmente, com 12 camas, com o objetivo de assegurar a prestação de cuidados especializados de Psiquiatria e Saúde Mental para o tratamento dos doentes com perturbações de uso de álcool e outras perturbações aditivas, e das comorbilidades psiquiátricas associadas quando existentes, que necessitem de cuidados em regime de internamento (SNS, s.d.).

Além da UAL, outras unidades regionais têm contribuído significativamente para o tratamento da dependência alcoólica em Portugal. A Unidade de Alcoologia do Porto, inaugurada em 2010, está integrada no âmbito do Programa de Reforma da Administração Central do Estado (PRACE), oferece cuidados integrados e globais a doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, tanto em regime ambulatorio quanto de internamento, sendo uma referência na região Norte do país (Moreira, 2022).

No Centro de Portugal, a Unidade de Alcoologia de Coimbra tem uma trajetória marcante. Criada em 1964 no Hospital Sobral Cid como Serviço de Recuperação de Alcoólicos, evoluiu para o Centro de Recuperação de Alcoólicos em 1971 e, posteriormente, foi renomeada para Centro Regional de Alcoologia Maria Lucília Mercês de Mello em 1988. Em 2007, integrou-se no Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT, IP) e, mais tarde, na Administração Regional de Saúde do Centro.

No Sul do país, a Unidade de Alcoologia do Algarve faz parte da Unidade Local de Saúde do Algarve (ULS Algarve), instituída em 1 de janeiro de 2024. Esta unidade está fortemente ligada à evolução do SNS e oferece cuidados de saúde primários e especializados na região, contribuindo para a redução das desigualdades regionais no acesso ao tratamento (SNS, s.d.).

Os primeiros pacientes tratados nas unidades de alcoologia em Portugal eram, em grande parte, indivíduos com problemas graves de dependência alcoólica, frequentemente associados a complicações de saúde física e mental, como doenças hepáticas, problemas cardiovasculares, depressão e ansiedade. Além disso, muitos desses pacientes enfrentavam dificuldades sociais e familiares significativas, incluindo desemprego e isolamento social (Moreira, 2022).

Além das Unidades de Alcoologia, existe também a Unidade de Tratamento de Reabilitação Alcoólica (UTRA), localizada no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), que complementa a rede de cuidados especializados no tratamento da dependência alcoólica (SNS, s.d.).

Através do Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, foi criado o ICAD, “dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial” (artº2) assumindo as atribuições, competências, direitos, obrigações e posições contratuais do SICAD e também das ARS, no que se refere aos programas de intervenção nesta área.

As equipas de tratamento, estão integradas nos Centros de Respostas Integradas (CRI), e são unidades de intervenção local que prestam cuidados globais a pessoas com problemas de

dependência de substâncias e seus envolventes em regime ambulatorio, individualmente ou em grupo. Deste modo, englobam como principais valências consultas e respostas essencialmente ao nível psicológico, médico e social. Nas Equipas de Tratamento é efetuada a triagem, o rastreio de doenças infecciosas, a avaliação, a definição do plano terapêutico, o seguimento, o encaminhamento e a referenciação dos utentes (ICAD, s.d.).

As CT são unidades especializadas de tratamento residencial de longa duração (habitualmente com a duração de 3 a 12 meses), em regime de internamento, onde através de apoio psicoterapêutico e social se procura ajudar à reorganização do mundo interno dos utentes, e a perspetivar o seu futuro. As CT são espaços residenciais, destinados a promover a reabilitação biopsicossocial do utente, mediante um programa terapêutico articulado em diferentes fases, sendo que a dinâmica comunitária as distingue das restantes abordagens de tratamento. Estes dispositivos terapêuticos operam com uma equipa multidisciplinar, sob supervisão psiquiátrica.

1.6. Os Grupos de Autoajuda- Alcoólicos Anónimos (AA)

Os grupos de autoajuda, encontram-se associados a um maior período de abstinência de consumo de bebidas alcoólicas e a melhores resultados durante e após o tratamento (Valentim et al., 2017, p. 94).

Sabe-se, também, que “a participação em grupos de autoajuda constitui um preditor de melhor saúde mental e física” (Valentim et al., 2017, p. 93). Dupont (1997) explora a relação entre o cérebro humano e as dependências químicas, como álcool e drogas. O autor, destaca a importância de entender o cérebro e procurar soluções eficazes para prevenção e tratamento, considerando que o cérebro é o principal órgão afetado pelo uso de substâncias (Dupont, 1997).

Comparando as dependências às doenças crónicas e recorrentes, o autor destaca que não têm cura definitiva, mas que podem ser gerenciadas com tratamento adequado. Defende, então, que a prevenção, especialmente entre jovens, é crucial para reduzir o risco de dependência, além de sugerir que a educação sobre os efeitos das drogas e do álcool no cérebro pode ajudar a evitar o uso inicial (Dupont, 1997).

No tratamento, Dupont (1997) destaca a importância de abordagens multidisciplinares, incluindo terapia comportamental, medicamentos e apoio social. Discute o papel de grupos de apoio, como os AA na recuperação, considerando que as dependências afetam não apenas o

indivíduo, mas também as suas famílias e a sociedade como um todo. Apesar dos desafios, o autor transmite uma mensagem de esperança, mostrando que é possível viver uma vida plena e saudável após a dependência, desde que haja comprometimento com o tratamento e apoio adequado (Dupont, 1997).

Já Frois (2009), explora a complexidade das dependências, o papel das associações de 12 passos (como os AA) e os desafios sociais e psicológicos enfrentados por quem procura a recuperação. A dependência não é apenas como uma questão individual, mas um fenómeno social e cultural, com um estigma associado, que marginaliza os indivíduos, dificulta a sua reintegração social e o acesso ao tratamento (Frois, 2009, Leurent et al., 2024).

Na aplicação dos 12 passos destaca-se a importância do apoio mútuo, da partilha de experiências e da espiritualidade (não necessariamente religiosa) e o anonimato como pilar central, pois permite que os participantes se sintam seguros e livres de julgamentos (Frois, 2009).

O estigma social em torno das dependências afeta a autoestima e a identidade dos indivíduos, levando muitos ao isolamento e à dificuldade de procurar ajuda, perpetuando o ciclo da dependência (Frois, 2009). Por sua vez, as associações de 12 passos oferecem um espaço onde o estigma é minimizado. Mas, se por um lado o anonimato é visto como uma ferramenta para proteger a identidade dos membros e garantir a confidencialidade, por outro pode reforçar o estigma, ao manter as dependências como um "segredo" que não pode ser discutido abertamente na sociedade (Frois, 2009).

Embora o conceito de espiritualidade não esteja ligado a uma religião específica, Frois (2009) alerta para a possível exclusão de pessoas que não se identificam com a abordagem.

1.6.1. O surgimento dos Grupos de Autoajuda

Os AA tiveram origem no encontro entre Bill Wilson, um investidor, e o Dr. Robert Smith, médico-cirurgião, ambos marcados pela dependência alcoólica e pela participação nos Grupos de Oxford, um movimento religioso que abordava o alcoolismo através de princípios espirituais (AA, s.d). A fundação simbólica do movimento ocorreu a 10 de junho de 1935, em Akron,

Ohio, quando o Dr. Bob consumiu álcool pela última vez, consolidando a ideia de que a recuperação era viável através do apoio mútuo e da partilha de experiências (AA, s.d.).

Os grupos de Oxford, liderados por Frank Buchman, foram fundamentais na génese dos AA, ao promoverem valores como honestidade, altruísmo e confissão pública. No entanto, Bill W. e Dr. Bob adaptaram esses princípios, criando um movimento mais específico e menos dogmático, estruturado em 12 passos (Kurtz, 1979). O anonimato, pilar central dos AA, foi institucionalizado no *Livro Azul* (1939) como forma de preservar a humildade e evitar hierarquias, garantindo que o foco permanecesse na recuperação coletiva (AA, 2019).

A expansão dos AA foi rápida, com a publicação do Livro Azul e a abertura de grupos em cidades como Chicago e Los Angeles. A primeira convenção, em 1950, reuniu 1.500 membros e consolidou as Doze Tradições, que orientam o movimento até hoje (Kurtz, 1979; AA, s.d.). A internacionalização ocorreu nas décadas seguintes, com grupos em Toronto (1943), Londres (1947), e posteriormente na América Latina, África e Ásia, superando barreiras culturais e linguísticas através de traduções e adaptações locais (Kurtz, 1979).

O Livro Azul sistematizou a filosofia dos AA, definindo o alcoolismo como uma condição bifacetada—uma "alergia física" combinada com uma "obsessão mental" (Costa & Danziato, 2018) e destacando a importância da partilha de experiências como método terapêutico. Atualmente, os AA estão presentes em mais de 180 países, com mais de 109.000 grupos (AA, s.d.), oferecendo um espaço de apoio mútuo sem filiações religiosas ou políticas, centrado na sobriedade e na reintegração social (AA, s.d.).

Estudos destacam a eficácia dos grupos de autoajuda na recuperação do alcoolismo, pois proporcionam redes de apoio e estratégias para evitar recaídas (Leurent et al., 2024; Frois, 2012). Teorias sociológicas, como a da sociedade de risco de Beck e da modernidade líquida de Bauman, ajudam a compreender o papel desses grupos na mitigação de incertezas e na reconstrução de identidades resilientes (Silva, 2020). Além disso, a teoria das organizações reforça que estruturas informais como os AA são essenciais para enfrentar problemas complexos, oferecendo suporte emocional e prático numa sociedade cada vez mais fragmentada (Checco, 2018).

Segundo a literatura institucional dos AA, as reuniões dos grupos de 12 passos dividem-se em duas modalidades principais: abertas e fechadas, cada uma com funções distintas no âmbito da recuperação e sensibilização sobre o alcoolismo.

As reuniões abertas caracterizam-se pela inclusão de participantes externos, tais como familiares, profissionais de saúde ou indivíduos interessados em conhecer o programa. Estas sessões visam promover a divulgação do modelo dos 12 passos, funcionando como um mecanismo de educação comunitária (AA, s.d.).

Em contraste, as reuniões fechadas restringem a participação a indivíduos que manifestem o desejo de cessar o consumo de álcool, proporcionando um espaço confidencial e seguro para a partilha de experiências pessoais. Esta estrutura, ao limitar a presença de não-membros, reforça a coesão grupal e facilita a adesão aos princípios terapêuticos do programa (AA, s.d.).

Apesar da ampla disseminação deste modelo, a evidência científica sobre a sua eficácia apresenta resultados ambíguos. Alguns estudos, como os citados por Frois (2009), sugerem que a integração em grupos de 12 passos pode potenciar a recuperação, especialmente quando articulada com intervenções complementares, como a terapia cognitivo-comportamental. Contudo, persistem críticas quanto à baixa taxa de retenção de membros, com elevados índices de abandono nos primeiros meses de participação (Dupont, 1997; Frois, 2009).

Esta dualidade de perspetivas sublinha que, embora os AA constituam um recurso valioso para muitos indivíduos, a sua eficácia varia consoante fatores individuais e contextuais. Assim, o modelo dos 12 passos não deve ser interpretado como uma solução universal, mas sim como uma abordagem complementar no espectro mais amplo de estratégias de tratamento da dependência alcoólica.

Tabela 2:12 passos dos AA, mecanismos psicológicos e impacto na abstinência

Passo	Texto Resumido	Mecanismo Psicológico	Impacto na Abstinência
1	Admitir a impotência perante o álcool	Quebra da negação; aceitação da doença	Reduz resistência ao tratamento
2	Acreditar num Poder Superior restaurador	Fé cognitiva (esperança ativa)	Diminui desespero; promove o envolvimento
3	Entregar a vontade a esse Poder	<i>Coping</i> por rendição (vs. controle rígido)	Reduz ansiedade e recaídas por stress
4	Inventário moral sem medo	Autoconhecimento estruturado	Identifica gatilhos emocionais
5	Admitir erros perante outro	Catarse interpessoal	Reduz vergonha (fator de recaída)
6-7	Prontidão para mudar defeitos	Reestruturação cognitiva	Modifica crenças disfuncionais
8-9	Reparar danos a terceiros	Restauração social	Reforça redes de apoio
10	Inventário diário	Auto-monitorização	Prevenção de recaídas
11	Melhorar contacto espiritual	Mindfulness/meditação	Aumenta regulação emocional
12	Ajudar outros alcoólicos	Altruísmo terapêutico	Consolida autoeficácia

Fonte: AA, 2019

1.6.3 As Comunidades Terapêuticas (CT)

A Sob a perspetiva da sociologia do risco (Beck, 2011), o surgimento das CT pode ser interpretado como uma resposta às falhas sistémicas da modernidade, em que a toxicodependência deixou de ser vista como um desvio individual para ser reconhecida como um problema social complexo. Nas décadas de 1980, os toxicodependentes eram frequentemente estigmatizados como "desviantes" ou "criminosos", enfrentando dupla exclusão—social e sanitária. Neste contexto, as CT emergiram como espaços de contenção e reestruturação normativa, oferecendo não apenas tratamento, mas também um novo enquadramento relacional baseado em regras, hierarquias e trabalho terapêutico (Beck, 2011; Santos, 2005; Sommer, 2011).

O modelo das CT tem as suas raízes no pós-Segunda Guerra Mundial (1940-1950), como reação ao paradigma asilar psiquiátrico, marcado pelo isolamento e desumanização. O psiquiatra sul-africano Maxwell Jones (1907-1990) é considerado o principal fundador deste movimento, ao estabelecer, em 1947, a *Industrial Neurosis Unit* no Belmont Hospital (Reino Unido), onde introduziu princípios revolucionários como a democratização das relações terapêuticas, a terapia de grupo e um ambiente comunitário acolhedor, em contraste com a rigidez institucional da época (De Leon, 2000; Sommer, 2011).

Nas décadas de 1960-1970, o modelo foi adaptado nos EUA para o tratamento de dependências químicas, influenciado por iniciativas como a *Synanon* (1958), pioneira no uso de métodos confrontativos e hierárquicos, a *Daytop Village* (1963), que incorporou estratégias de reinserção social, e os AA, que trouxeram uma dimensão espiritual à recuperação (Sommer, 2011). A disseminação internacional das CT, com variantes como o *Le Patriarce* (França, 1964) e o *Projeto Homem* (Portugal, 1980), consolidou-as como uma abordagem terapêutica distinta, posteriormente sistematizada na obra seminal de George De Leon (2000).

Em Portugal, o aparecimento das CT ocorreu num cenário de crise social e sanitária, agravada pela explosão do consumo de heroína nos anos 1980. A ineficácia das respostas tradicionais, entre a repressão penal (Decreto-Lei n.º 430/83) e a medicalização psiquiátrica, levou à mobilização da sociedade civil, com organizações religiosas e comunitárias a assumirem um papel central. A primeira CT portuguesa, a *Comunidade Terapêutica Arco-Íris* (1978), em Coimbra, marcou uma rutura com o modelo asilar, inspirando a criação de estruturas como

a *Casa de Sant'Ana* (1981) e o *Vale do Homem* (1984), que privilegiavam a abstinência, a reabilitação psicossocial e a reinserção comunitária (Matos, 2012; Vieira, 2007).

Atualmente, o modelo biopsicossocial, integrando intervenções médicas (e.g., farmacoterapia), psicológicas (e.g., terapia cognitivo-comportamental) e sociais (e.g., reinserção laboral), constitui o eixo central das CT portuguesas, alinhado com as diretrizes do ICAD. Este percurso histórico evidencia como as CT se consolidaram como uma alternativa terapêutica crítica, respondendo não apenas às limitações dos sistemas de saúde tradicionais, mas também às dinâmicas de exclusão social inerentes à modernidade tardia.

As CT têm registado um crescimento consistente desde 2017, atingindo valores máximos em 2022-2023. Salienta-se ainda uma alteração no perfil dos utentes, com um aumento significativo na procura de tratamento por parte de mulheres e jovens adultos (15-34 anos), particularmente nos casos associados ao consumo excessivo episódico (binge drinking) (ICAD, 2023).

São vários os modelos de tratamento utilizados pelas CT em Portugal, destacando-se quatro (tabela 3).

Tabela 3 - Análise comparativa dos modelos

Critério	Minnesota	Hierárquico	Democrático	Portage
Estrutura	Semi-hierárquica	Vertical	Horizontal	Semi-hierárquica
Decisão	Colaborativa	Centralizada	Coletiva	Participativa
Abordagem	Biopsicossocial	Confrontativa	Empoderamento	Cognitivo-comportamental
Foco	Individualizado	Conformidade	Autonomia	Desenvolvimento
Flexibilidade	Alta	Baixa	Média	Alta
Risco de Abuso	Baixo	Alto	Baixo	Moderado

Autoria própria

I. Modelo Minnesota (abstinência)¹

O Modelo Minnesota, desenvolvido nos anos 1950 no Hospital de Willmar (Minnesota, EUA), representa uma abordagem integrada que combina os princípios dos 12 Passos dos Alcoólicos Anónimos com intervenções médicas e psiquiátricas. Caracteriza-se por:

- Ênfase na abstinência total como objetivo terapêutico;
- Individualização do tratamento, com planos personalizados;
- Integração de abordagens médicas (especialmente psiquiátricas) e psicossociais;

¹ Modelo utilizado na Comunidade Terapêutica em estudo

- Utilização de terapia de grupo e acompanhamento individual;
- Forte componente educacional sobre a doença aditiva.

Este modelo diferencia-se pela sua abordagem biopsicossocial integrada, sendo particularmente eficaz no tratamento do alcoolismo, embora tenha sido adaptado para outras dependências químicas (McElrath, 1997).

II. Modelo Hierárquico (Tradicional)

Inspirado nas primeiras CT norte-americanas, como a Synanon (anos 1950), este modelo pressupõe a existência de uma hierarquia, formal, numa relação de chefe/subordinado. Baseia-se numa estrutura rígida de poder, onde os residentes avançam por fases de tratamento consoante a sua adesão às normas: características principais:

- Fases progressivas: os participantes começam como “recém-chegados” e, mediante comportamentos exemplares, ascendem a cargos de liderança;
- Confrontação direta: uso de grupos de confrontação para romper negações e promover responsabilização;
- Abordagem disciplinar: regras estritas, punições por recaídas e ênfase na autoridade dos terapeutas;
- Críticas: associado a práticas coercivas, hoje considerado pouco adaptado a contextos de direitos humanos

(De Leon, 2000).

III. Modelo Democrático (Maxwell Jones²)

Desenvolvido por Maxwell Jones nos anos 1940, o modelo democrático entende que a gestão deve ser realizada de forma participada e democrática, não existindo relações muito hierarquizadas e formais, optando-se por uma participação de todos nos temas que a eles reportam. Privilegia a horizontalidade e a participação coletiva na gestão da CT:

- Tomada de decisão partilhada: residentes e equipa técnica discutem regras e sanções em assembleias diárias;
- Autogestão: atividades quotidianas (limpeza, cozinha) são distribuídas rotativamente, promovendo responsabilização mútua;
- Terapia social: problemas individuais são trabalhados em grupo, com enfoque na empatia e suporte pelos pares (Vieira, 2007, Jones, 1966).

² Maxwell Jones (1907-1990), psiquiatra britânico, pioneiro do modelo democrático de CT, desenvolveu no Hospital Belmont (1947-1952) um sistema inovador baseado em autogestão, terapia social e decisão coletiva, influenciando profundamente as abordagens modernas de tratamento de dependências (Sommer, 2011).

IV. Modelo Portage (Híbrido)

Surgido no Canadá, nos anos 1970, o *Portage* baseia-se num modelo cognitivo-comportamental e, mais recentemente, também na psicologia positiva. Combina elementos hierárquicos e democráticos, com um enfoque pedagógico:

Sistema de "famílias": os residentes são divididos em pequenos grupos, cada um com um líder eleito, simulando estruturas familiares.

- Planos individuais: metas terapêuticas são personalizadas e avaliadas semanalmente (ex.: gestão de *craving*, habilidades sociais);
- Prémios e incentivos: progressos são recompensados com maior autonomia (ex.: saídas supervisionadas) (Sommer,2011).

O Modelo Minnesota destaca-se pela sua abordagem médica integrada, sendo particularmente adequado para casos com comorbidades psiquiátricas. Comparativamente aos outros modelos:

- Apresenta maior flexibilidade que o Hierárquico, mas mais estrutura que o Democrático;
- Combina a individualização do Portage com o rigor metodológico dos 12 Passos;
- Oferece menor risco de abuso que os modelos puramente hierárquicos;
- Mantém maior carácter científico que os modelos exclusivamente pautados na autoajuda

(McElrath, 1997; Sommer,2011).

Em Portugal, observa-se uma tendência de integração dos princípios do Minnesota em comunidades que originalmente seguiam o modelo Hierárquico ou Democrático, criando abordagens híbridas mais adaptadas às necessidades contemporâneas de tratamento (Vieira, 2007).

2- Metodologia

2.1. Abordagem metodológica e as questões de ética

A investigação em ciências sociais caracteriza-se por um processo sistemático de recolha de dados, a partir do mundo empírico, com vista a descrever, explicar, prever, ou controlar fenómenos. A presente pesquisa, pela natureza do seu objeto de estudo, em torno de pessoas dependentes do consumo de bebidas alcoólicas, privilegiou uma metodologia qualitativa. A observação empírica do fenómeno, a sua verificação e análise aprofundada, podem ser contributos pertinentes para a abordagem no processo de internamento e a alta terapêutica, tanto para os profissionais da CT e os AA, como para todos os *stakeholders* desta problemática (Roriz & Padez, 2017).

A ética na investigação científica constitui um pilar fundamental em qualquer estudo, exigindo especial rigor quando envolvem populações vulneráveis, como indivíduos com dependência de álcool. Neste contexto, impõem-se dilemas éticos particulares, desde a garantia de consentimento informado até à proteção da privacidade dos participantes, sobretudo devido ao estigma social associado a esta condição (MacLean & Buykx, 2025). O dever de confidencialidade, que abrange não apenas os investigadores principais, mas todos os elementos da equipa com acesso aos dados, exige a adoção de medidas rigorosas para assegurar o anonimato (Roriz & Padez, 2017). Na presente investigação, evitou-se a divulgação de histórias pessoais, locais ou situações identificáveis, optando-se por uma abordagem metodológica que privilegia a objetividade das questões, de modo a captar exclusivamente a perceção dos inquiridos sem comprometer a sua identidade. Para realização das entrevistas online (através do *google forms*), foi gravado o áudio da entrevista, com a devida autorização dos entrevistados.

O consentimento informado (ver anexo III) é um procedimento crítico para o cumprimento da dimensão ética na pesquisa científica em ciências sociais. A assinatura do consentimento informado antecedeu o início da investigação, uma vez que sempre ser obtido antes que as informações sejam recolhidas através de qualquer forma de comunicação, interação ou intervenção com os participantes, ou, quando se trata de observar comportamentos em contextos sociais. O consentimento informado contém três componentes: informação, compreensão e voluntariedade. Implica que os participantes devem receber informações detalhadas sobre a pesquisa que estão a participar, para que possam tomar uma decisão

voluntária, informada e racional sobre se devem ou não participar de tais pesquisas (Nunes, 2011).

A temática das dependências, é um tema complexo e desafiante, pelo que fomos sensíveis a todas as questões não previstas, por forma a que o participante se sentisse confortável com os assuntos a abordar.

2.2. Modelo de análise

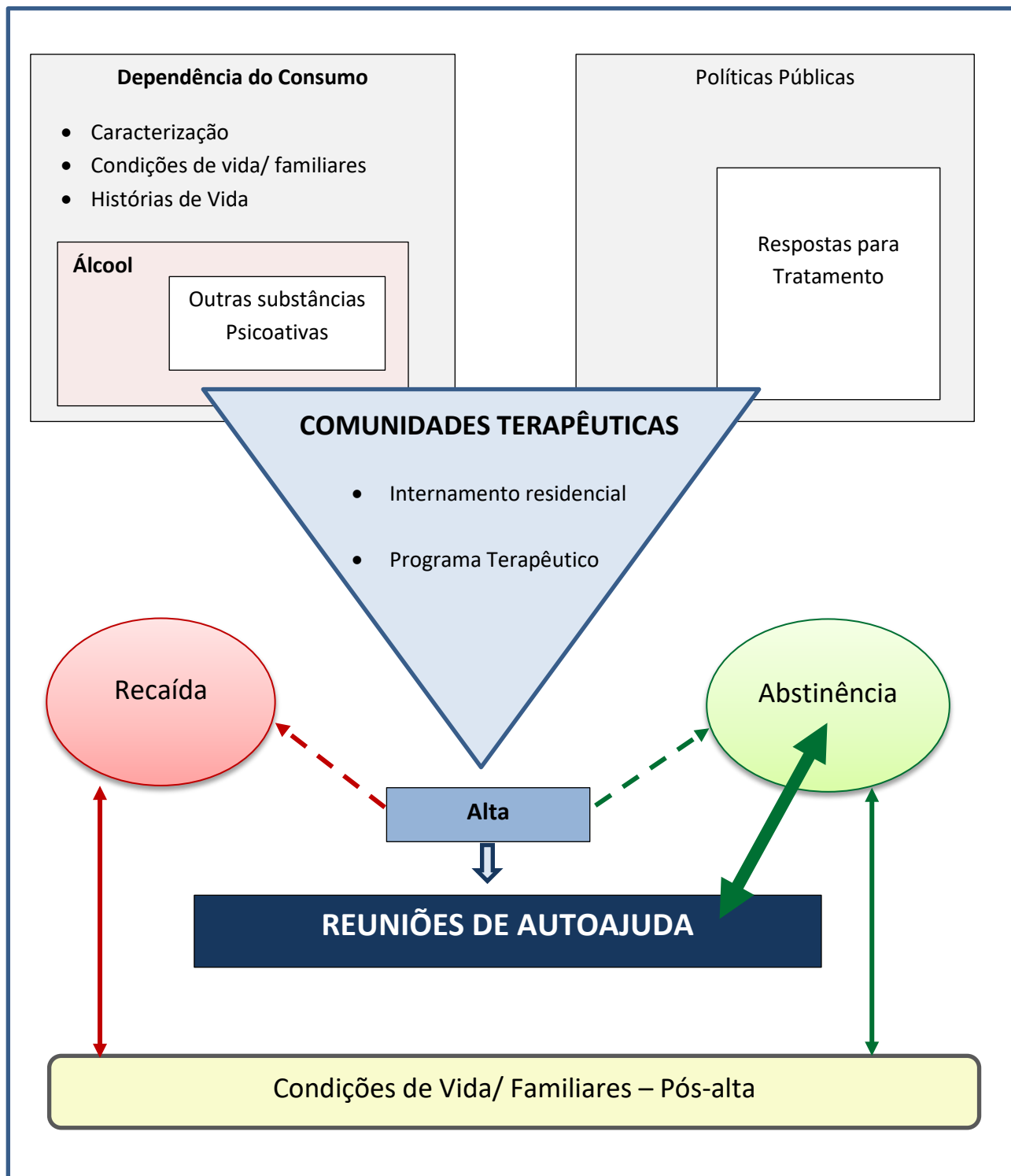
Os modelos de análise assumem um papel fundamental no processo de investigação científica enquanto estruturadores cognitivos, na medida em que proporcionam ao investigador um enquadramento sistemático para organizar, interpretar e operacionalizar o seu objeto de estudo. Tal como destacam Carmo e Ferreira (2008), estas ferramentas não se limitam a orientar metodologicamente a pesquisa; funcionam igualmente como instrumentos metacognitivos, potenciando uma reflexão crítica sobre os pressupostos, escolhas e limitações inerentes à investigação. Ao oferecerem uma representação simplificada da realidade, sem, contudo, a esgotar, os modelos permitem não apenas clarificar o "que" e o "como" da investigação, mas também fundamentar o "porquê" das opções teóricas e metodológicas adotadas, contribuindo assim para a coerência e robustez do trabalho académico (Sybirna, 2021).

Na figura 3 apresenta-se o modelo de análise resultante da verificação do estado da arte referente à problemática em estudo, que analisa a dependência alcoólica através de três componentes interligadas. No eixo individual, examina-se a caracterização do consumo (padrões, frequência e contextos) e as histórias de vida dos dependentes, que revelam os significados pessoais atribuídos ao álcool. Em paralelo, no eixo estrutural, consideram-se as políticas públicas e respostas institucionais de tratamento.

As CT ocupam a posição central neste modelo, funcionando como unidades de transição que articulam as dimensões individual e coletiva. Através de programas terapêuticos estruturados, estas comunidades processam os inputs recebidos de ambos os eixos, transformando-os em intervenções personalizadas. Os resultados do tratamento bifurcam-se em dois desfechos possíveis: a recaída, representando a interrupção do processo de recuperação; e a abstinência, indicando sucesso terapêutico. Fator crítico para a manutenção dos resultados positivos são as reuniões de autoajuda (como os AA), que estabelecem uma relação bidirecional com a

abstinência, sendo simultaneamente recomendadas pelas instituições e adotadas voluntariamente pelos aditos. Nesta estrutura de natureza multifatorial da dependência alcoólica, em particular sob um modelo biopsicossocial, emergem os objetivos da pesquisa que exploram o papel dos AA nas dimensões que integram o período pós-alta.

Figura 3 - Modelo de Análise



Fonte: autoria própria

2.3. Objetivos: Geral e Específicos

Objetivo Geral

Analisar a percepção de uma população de utentes dependentes do consumo de álcool com alta programada sobre o contributo das reuniões de autoajuda nas condições de manutenção de abstinência ou recaída e consumo

Objetivos específicos

- i) Caracterizar uma população de utentes de uma CT dependentes do consumo de álcool com alta programada, do ponto de vista sociodemográfico e dinâmicas familiares;
- ii) Caracterizar os percursos de consumo desses utentes, identificando substâncias e fatores facilitadores desde o início do consumo até à institucionalização na CT;
- iii) Averiguar a frequência desses utentes nos grupos de autoajuda após alta terapêutica, identificando as suas percepções sobre as reuniões, motivos de frequência ou não frequência e o papel da família;
- iv) Analisar as condições desses utentes após alta terapêutica em termos de manutenção da abstinência ou recaídas e consumo, dinâmicas familiares e condições de retorno à vida social e laboral.

2.4. Seleção e caracterização da Comunidade Terapêutica (CT)

Para realização da pesquisa foi selecionada a CT Horizonte. Situada na localidade de Rio de Mouro, em regime de convenção desde o ano de 2018, esta CT pertence à The Beginning Counseling Services, que também detém a clínica Heritage Counseling Services. O seu programa terapêutico está dividido em duas fases e em duas valências. A primeira conta com uma média de 25 utentes, sendo caracterizada por contenção, supervisão clínica e acompanhamento terapêutico. A segunda fase conta com 12 utentes e é caracterizada por uma abordagem com vista à programação da alta, no sentido da prevenção da recaída e reinserção social. Esta CT aplica o modelo Minnesota e o modelo Cognitivo-Comportamental que,

conforme descrito no enquadramento teórico, tem como foco a abstinência e na adesão aos 12 Passos, numa abordagem individualizada.

2.5. Amostra

Atendendo ao cariz sociológico desta pesquisa, e partindo do princípio de que “as informações úteis só podem ser obtidas nos elementos que as constituem” (Quivy & Champanoudt, 1998, p.159), definiu-se como universo a totalidade dos utentes, que entre 2020 e 2022 concluíram o processo terapêutico com alta programada, na CT selecionada. Destes, 35 tinham diagnóstico principal de dependência alcoólica, sendo o critério de delimitação da população alvo. Dos 35, 13 mostraram-se disponíveis para colaborar com a pesquisa, consistindo no nosso grupo de inquiridos. Este grupo constituiu uma amostra de natureza não probabilística, determinada por conveniência (uma das 7 técnicas de amostra não probabilística), justificada pelo interesse em aprofundar, de forma qualitativa, as perceções subjetivas dos indivíduos. Importa referir que, na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível. Geralmente trata-se de estudos exploratórios, cujos resultados, não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência (Carmo & Ferreira, 1998).

2.6. Recolha de dados

2.6.1. Inquérito por Entrevista

Para a recolha de dados, a metodologia utilizada foi o inquérito por entrevista estruturada com recurso a um guião (Anexo 1), constituído por questões de resposta aberta e fechada, respeitando a natureza dos dados que se pretende registar, reunindo detalhadamente as experiências e perceções dos entrevistados.

O cumprimento do objetivo geral implicou ainda a realização de uma entrevista semiestruturada ao presidente dos AA Portugal, realizada também com recurso a um guião (Anexo 2). Sobre a entrevista ao presidente dos AA em Portugal, a organização dos dados foi obtida através da transcrição da gravação da videochamada e identificação de unidades de significado. A exploração do material foi efetuada através de categorização, identificando temas e subcategorias relevantes para a pergunta de pesquisa.

A construção dos guiões de apoio às entrevistas aos utentes foi suportada pelas seguintes dimensões e variáveis de análise (tabela 4).

Tabela 4 - Dimensões e variáveis de análise

Dimensão	Variáveis
Caracterização sociodemográfica	Sexo
	Idade
	Escolaridade
	Profissão
	Estado Civil
	Filhos
	Composição do Agregado Familiar
	Distrito de Residência
	Nacionalidade
	Situação Perante o Trabalho
Tratamento	Número de tratamento
	Escolha do local
	Duração do tratamento
	Circunstâncias iniciais
Alta terapêutica - Reuniões de autoajuda	Frequência nos AA
	Primeira reunião de AA
	Perceção sobre importância das reuniões AA
	Perceção sobre os motivos da frequência das reuniões AA
Família e amigos nas reuniões de AA	Perceção sobre o papel da família
	Perceção sobre o papel dos amigos

A realização das entrevistas seguiu os elementos definidos no planeamento, que respeitavam a sensibilidade da temática e objeto de estudo (tabela 5).

Tabela 5 - Planeamento das entrevistas

Antes	Durante	Depois
Definir o objetivo e finalidade.	- Explicar quem pretende recolher os dados e as razões da recolha.	- Registrar as observações sobre o comportamento do entrevistado e o ambiente em que ocorreu a entrevista.
- Elaborar o protocolo de consentimento informado para participação na entrevista.	- Saber escutar para não condicionar as respostas.	- Transcrever os registos e entregar cópia ao(s) entrevistados (assegurar a veracidade/exatidão das informações).
- Construir o guião da entrevista.	- Evitar perguntas indutoras. - Demonstrar interesse pelas respostas, informações e pontos de vista expressados pelo entrevistado.	
- Selecionar os entrevistados.	- Enquadrar as perguntas que possam colocar o entrevistado numa posição desconfortável ou a sentir desconforto	
- Definir a data, hora e local (videochamada ou presencial).	- Não emitir juízos de valor (declarações/posições).	
- Preparar o material para gravação.	- Manter o controlo com diplomacia.	
	- Utilizar perguntas de introdução e focagem que permitam ao entrevistado estar confortável.	
	- Pedir esclarecimentos adicionais, quando necessário.	

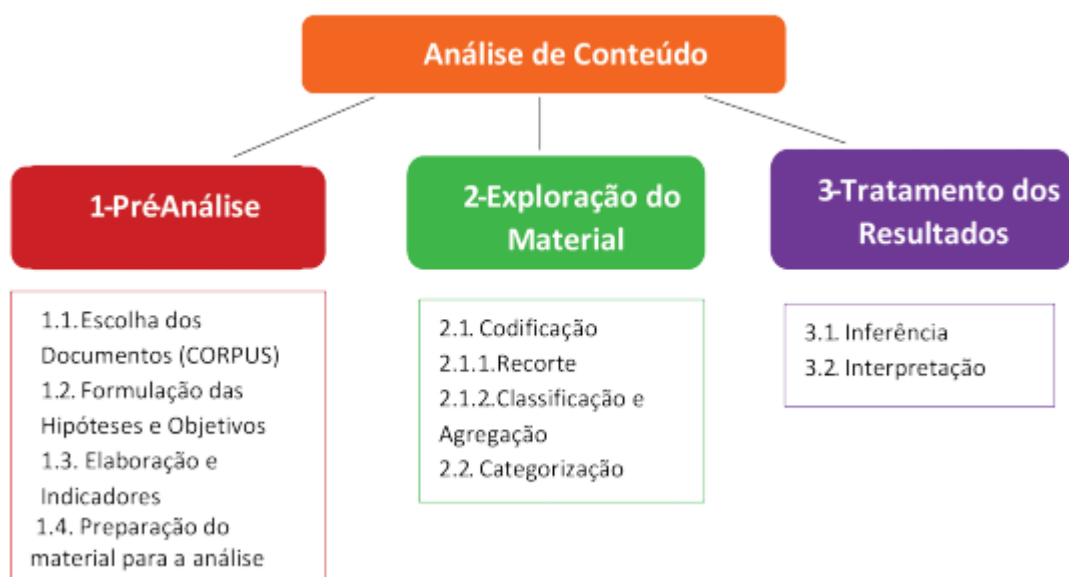
Fonte: Sá et al. (2021)

As entrevistas foram realizadas por videochamada, entre outubro e dezembro de 2024, pois, sendo este um tema tão delicado, considera-se a interação visual menos impessoal para o tipo de perguntas realizadas.

2.7. Tratamento de dados: análise de conteúdo e análise descritiva

As entrevistas foram transcritas de forma integral para que a informação fosse sujeita a uma análise de conteúdo (Militar et al., 2019). De acordo com Guerra (2006) a análise de conteúdo deve estar integrada num desenho metodológico claro, desde a seleção de entrevistados (critérios de diversificação e saturação) até a condução das entrevistas (problemas de diretividade e construção de guíões). A análise de conteúdo desenvolveu-se pioneiramente nos Estados Unidos, tendo em Lasswell um nome representativo no início da sua trajetória. Apenas em 1977, com a publicação da obra de Bardin, “*Analyse de Contenu*”, surge uma definição mais precisa sobre essa técnica, onde o método ganhou contornos que são os guias orientadores do estudo nos dias atuais (figura 4). Consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, composto por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores (quantitativos ou não), que permitem a inferência de conhecimentos (Campenhoudt et al., 2019; Costa et al., 2021).

Figura 4 - Passos metodológicos baseados na análise de conteúdo de Bardin (1977)



Fonte: Bardin (1977)

Na análise dos dados qualitativos adotou-se a análise de conteúdo mencionada por Guerra (2006), na sua modalidade categorial tipológica e temática, fundamentada nos trabalhos de Poirier e Valladon. Esta técnica qualitativa combina duas dimensões complementares que permitem organizar sistematicamente os dados empíricos enquanto preservam a sua riqueza discursiva e contextual (Guerra, 2006). A análise de conteúdo, enquanto método de tratamento e interpretação de materiais qualitativos, foi operacionalizada através de um processo sistemático que incluiu: (1) a organização do corpus documental; (2) a codificação dos dados; e (3) a categorização e interpretação dos conteúdos (Guerra, 2006). Segundo a autora a análise de conteúdo não é neutra: exige transparência sobre os pressupostos teóricos do pesquisador e reflexividade quanto ao papel do investigador na construção dos dados.

O processo metodológico desenvolveu-se em quatro fases principais articuladas com os princípios da análise de conteúdo. Inicialmente, realizou-se uma pré-análise através de leitura flutuante dos textos e definição de critérios de categorização, fase essencial para a familiarização com o corpus. Na fase seguinte procedeu-se à codificação e categorização temática propriamente dita, identificando unidades de significado relevantes (como falas sobre "isolamento social") e agrupando-as em temas substantivos (por exemplo, "consequências do alcoolismo"), seguindo os pressupostos da análise de conteúdo clássica (Bardin, 1977; Guerra, 2006). A terceira fase dedicou-se à construção tipológica, onde se elaboraram tipos ideais baseados em padrões comportamentais e discursivos identificados nos dados e consequente inferência e interpretação (Bardin, 1977; Guerra, 2006).

Esta abordagem analítica revelou-se particularmente adequada para sistematizar a complexidade dos dados qualitativos sem perder de vista a profundidade interpretativa necessária ao objeto de estudo. A análise de conteúdo, na sua vertente categorial tipológica e temática, permitiu não apenas organizar os conteúdos de forma sistemática, mas também estabelecer comparações significativas entre diferentes perfis de participantes e contextos terapêuticos, cumprindo assim os objetivos de uma análise qualitativa rigorosa (Guerra, 2006).

3- Resultados

Este capítulo está estruturado em conformidade com os objetivos específicos da pesquisa. Num primeiro momento apresentamos os resultados da análise descritiva relativa à caracterização dos inquiridos, em termos sociodemográficos e percursos de consumo (3.1 e 3.2) (objetivos i e ii). No momento seguinte, observaremos os resultados da análise de conteúdo das entrevistas no que respeita às perceções dos inquiridos sobre as consequências da dependência alcoólica, frequência dos grupos de autoajuda, papel da família e amigos (3.3.1. a 3.3.5.) (objetivo iii). Seguem-se as perceções sobre o efeito na manutenção da alta / recaída (3.3.6) (objetivo iv) e terminamos com a análise da entrevista ao presidente dos AA.

3.1. Caracterização dos inquiridos

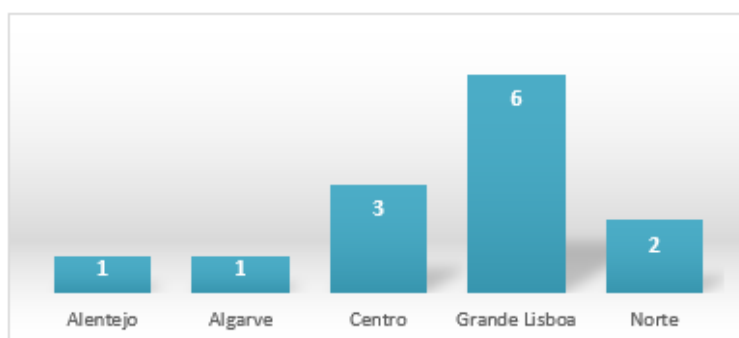
O registo das datas de nascimento permitiu identificar as idades dos entrevistados à data do inquérito (tabela 6).

Tabela 6 - Idade dos inquiridos

Idade	
35	
39	
42	
45	
47	
47	
48	Média: 49,6
50	Mediana 48
52	
54	
56	
63	
67	

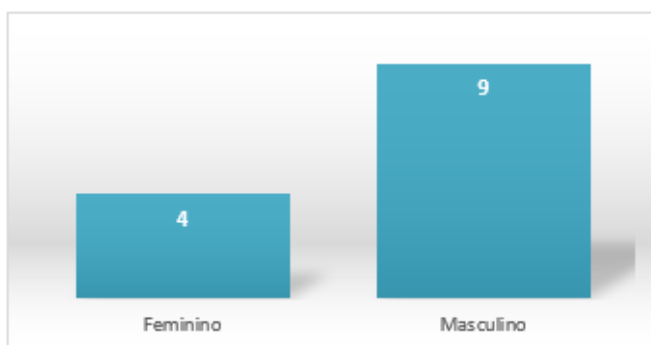
Quanto ao local de residência, a maior parte correspondia à Grande Lisboa (figura 5).

Figura 5 - Local de residência



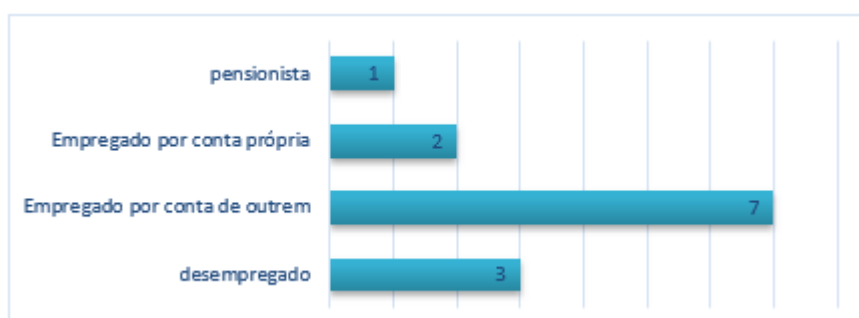
O grupo de inquiridos é maioritariamente do sexo masculino (figura 6).

Figura 6 - Sexo dos inquiridos



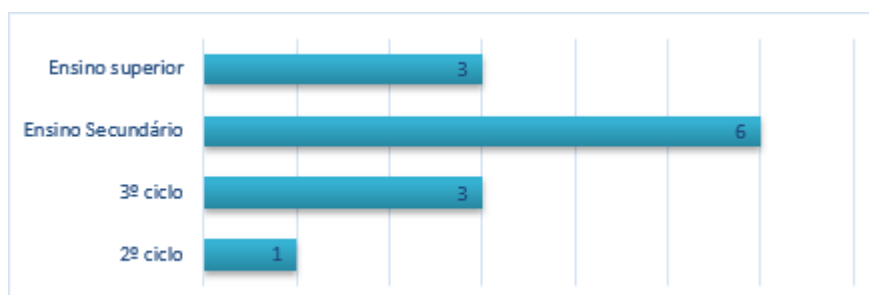
À data de admissão na CT, a maioria dos inquiridos estava empregado (figura 7).

Figura 7 - Situação face ao emprego à data de admissão



A escolaridade dos inquiridos é diversificada com cerca de metade a referir o 12º ano (figura 8).

Figura 8 - Escolaridade dos inquiridos



Apenas 3 dos inquiridos apresentavam como estado civil casado / junto (figura 9) e a maioria tem filhos (figura 10).

Figura 9 - Estado civil dos inquiridos

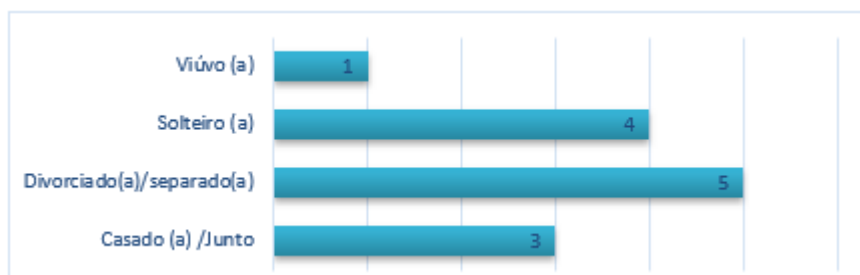
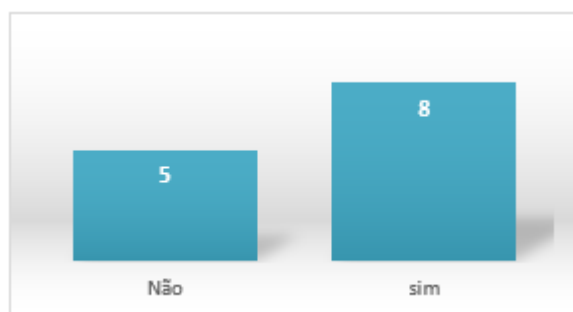


Figura 10 - Os inquiridos que têm e que não têm filhos



3.2. Percursos de consumo

O grupo de inquiridos iniciou o consumo de bebidas alcoólicas quando eram menores de idade, entre ao 11 e os 17 anos (figura 11), sendo sobretudo cerveja e vinho (figura 12).

Figura 11 - Início do consumo de bebidas alcoólicas

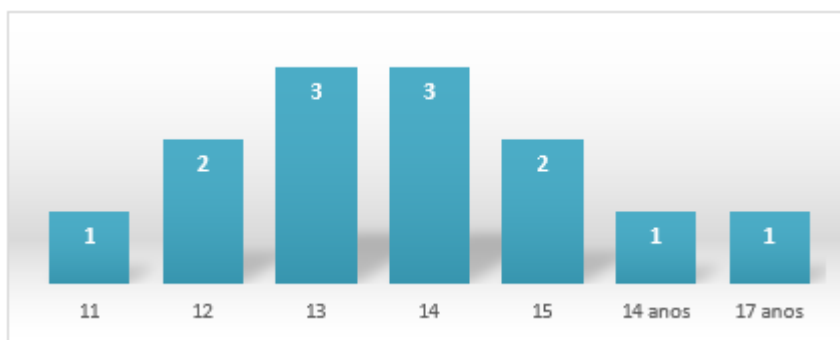
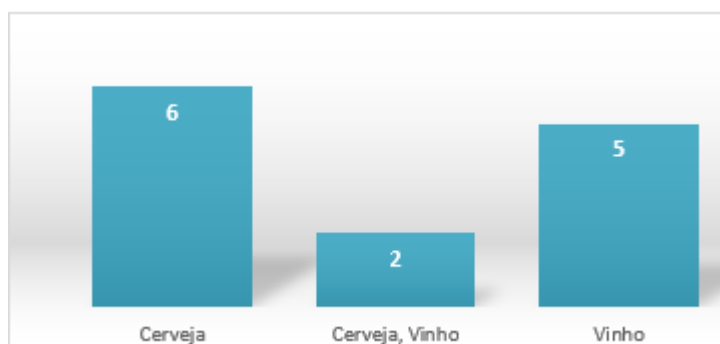


Figura 12 - Tipo de bebida alcoólica com que iniciou o consumo



3.3 Percepções dos inquiridos sobre consequências do consumo, grupos de autoajuda, papel da família e dos amigos

3.3.1. Consequências relativas à dependência alcoólica

Para a pergunta “Que consequências teve na sua vida devido ao consumo de álcool?” as categorias foram organizadas em torno de três eixos principais: a) consequências familiares e sociais; b) impactos na saúde e segurança; e c) repercussões profissionais e financeiras.

a) Consequências familiares e sociais: quebra dos laços/relação

O consumo abusivo de álcool mostrou-se profundamente disruptivo para as relações familiares e sociais, sendo esta consequência identificada por 12 dos 13 inquiridos. Os relatos evidenciam um padrão de deterioração dos laços afetivos, marcado por sentimentos de vergonha, exclusão e isolamento. Por exemplo, um participante mencionou: *"Fiquei sozinho, a minha mulher deixou-me e os meus filhos deixaram de me falar"*. Outro destacou: *"A minha família tem vergonha de mim"*. Esses depoimentos ilustram como o álcool pode corroer as bases da confiança e do apoio mútuo, elementos essenciais para a coesão familiar.

Além disso, o isolamento social emerge como uma consequência frequente identificada pelos 13 inquiridos. Um inquirido descreveu: *"Dei por mim a viver num quarto imundo e a entrarem e saírem pessoas que eu nunca tinha conhecido antes"*. Esse relato reflete não apenas a perda de vínculos familiares, mas também a inserção em contextos de marginalização social, onde o indivíduo se vê desconectado de redes de apoio significativas.

b) Impactos na saúde e segurança: riscos amplificados

Os relatos também destacam os efeitos do consumo abusivo de álcool na saúde física e mental, bem como na segurança pessoal, identificados por 10 dos inquiridos. Acidentes graves foram mencionados por 2 inquiridos, como no caso de quem afirmou: *"Tive um acidente grave, podia ter morrido"*. Tais situações ilustram como o álcool aumenta a exposição a riscos, colocando em perigo não apenas o indivíduo, mas também terceiros.

A saúde mental também é afetada, com sentimentos de culpa e vergonha sendo recorrentes. Um inquirido mencionou: *"Sei que lhes causei muito sofrimento"*, evidenciando o peso emocional associado ao consumo excessivo. Esses relatos reforçam a ideia de que o álcool atua como um fator de risco multidimensional, comprometendo tanto o bem-estar físico quanto o emocional.

c) Repercussões profissionais e financeiras: a espiral do declínio.

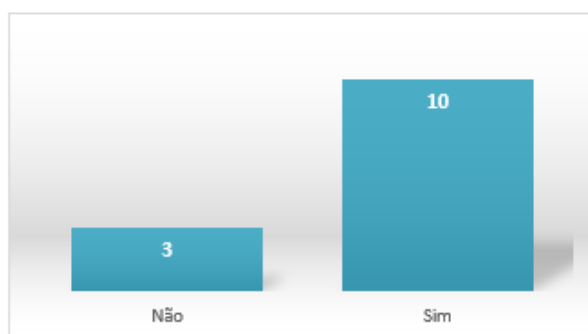
O consumo abusivo de álcool também tem impactos significativos na vida profissional e financeira dos indivíduos, relatados por 9 inquiridos. A perda de emprego foi um tema recorrente, mencionado por 6 dos inquiridos, como no relato: *"Perdi o meu emprego, fiquei com dívidas de falta de pagamento da minha casa"*. Outro mencionou: *"Perdi vários trabalhos, amigos e ia perdendo a família"*. Esses depoimentos mostram como o álcool pode desestabilizar a vida económica, gerando um ciclo de endividamento e dependência financeira.

Além disso, a dependência dos pais ou de outros familiares foi mencionada por 2 inquiridos como uma consequência frequente, refletindo a perda de autonomia e a sobrecarga imposta às redes de apoio familiar. Esse fenómeno ilustra como o consumo abusivo de álcool pode ampliar as desigualdades sociais, aprofundando a vulnerabilidade dos indivíduos e de suas famílias.

3.3.2. Motivos para frequentar as reuniões de autoajuda e motivos associados

Nem todos inquiridos frequentam os grupos de autoajuda, ainda que recomendados pós tratamento em CT (figura 13).

Figura 13 - Frequenta as reuniões de autoajuda?



Quando questionados sobre “quais os motivos que o(a) levam a querer continuar a frequentar as reuniões de autoajuda”, foram identificadas cinco categorias:

a) Apoio social e sentimento de pertença

Uma das motivações mais destacadas pelos inquiridos foi o apoio social e o sentimento de pertença proporcionado pelas reuniões de autoajuda. Relatos de 10 inquiridos enfatizaram a importância de estar num ambiente onde se sentem compreendidos e aceites. Por exemplo, um participante mencionou: *"Sinto que estou com pessoas amigas e que estão todas para o mesmo, até os recém-chegados ajudam-me a ter força e continuar o caminho da recuperação"*. Outro destacou: *"São a minha nova família desde que saí de tratamento e tenho conseguido estar sem beber"*. Esses depoimentos ilustram como os grupos de autoajuda funcionam como uma rede de apoio emocional, substituindo, em muitos casos, as redes familiares que foram fragilizadas pela dependência.

b) Consciência da doença e prevenção de recaídas

A consciência da doença e o medo de recaída foram outros fatores mencionados por 7 inquiridos. Reconhecem que a dependência de álcool é uma condição crónica que requer vigilância constante. Um afirmou: *"Eu sei que se eu deixar de ir muito tempo fico em perigo, já me conheço, se me desvio muito a minha cabeça vai logo pra outro sítio, por isso sei que preciso de continuar a ir"*. Outro mencionou: *"Sei que é o sítio certo para eu não ignorar a minha doença e saber que a qualquer momento tudo pode mudar se eu não estiver rodeada de pessoas que me compreendem"*. Esses relatos destacam a importância das reuniões como um espaço de reflexão e autoconsciência, onde os indivíduos podem reforçar seu compromisso com a sobriedade.

c) Partilha de experiências e inspiração

A partilha de experiências foi outro motivo mencionado por 5 inquiridos, que consideraram relevante para a permanência nas reuniões. Os participantes valorizaram a oportunidade de ouvir partilhar histórias de vida, o que lhes permite ganhar perspetiva e motivação. Um inquirido disse: *"Fiz novos amigos e as partilhas ajudam-me a lembrar do que foi a minha vida a usar álcool"*. Outro destacou: *"Eu sei que a minha partilha pode dar esperança a outras"*.

peessoas e sei que também que me ajuda a lembrar que sou um adito em recuperação e que preciso de estar atento". Estes depoimentos mostram como a dinâmica de grupo facilita a troca de experiências e o fortalecimento emocional.

d) Reconstrução de relações familiares

A reconstrução das relações familiares também foi mencionada por 5 inquiridos, como uma motivação para continuar a frequentar as reuniões. Estes, expressaram o desejo de reconquistar a confiança e o respeito das suas famílias. Um inquirido afirmou: *"Sei que com as reuniões eu posso continuar limpo e sóbrio e quero muito voltar a ter a confiança da minha família, que não estejam sempre desconfiados do que digo".* Esse relato ilustra como a participação nos grupos de autoajuda pode ser percebida como um passo essencial para a reconciliação familiar e a restauração de vínculos afetivos.

e) Motivação pessoal e autocuidado

Por fim, a motivação pessoal e o autocuidado foram fatores mencionados por 3 inquiridos. Um deles disse: *"Ainda tenho muitos pensamentos que não quero ter e lá ajuda-me a ultrapassar esta dificuldade".* Outro mencionou: *"Depois de estar a pensar nisto tudo, talvez vá a uma reunião e ver se ganho alguma motivação".* Estes depoimentos destacam a importância das reuniões como um espaço de reflexão e fortalecimento pessoal, onde os indivíduos podem trabalhar as suas dificuldades emocionais e psicológicas.

3.3.3. Relação familiar

No que diz respeito às relações familiares, a família assume um papel central tanto na procura de tratamento como no processo de recuperação do indivíduo com perturbação pelo uso de álcool. Por um lado, funciona como uma fonte essencial de apoio emocional e prático, incentivando a motivação para a mudança de comportamentos aditivos e facilitando o acesso a intervenções terapêuticas, por outro, as dinâmicas familiares podem gerar conflitos e desafios, seja devido a padrões disfuncionais pré-existentes, seja pelo stresse associado ao cuidado prolongado (McCrary & Flanagan, 2021). Estudos destacam que a participação ativa da família em terapias (como a Terapia Familiar Sistémica ou programas psicoeducativos) melhora significativamente os resultados do tratamento, promovendo a adesão à abstinência e reduzindo

recaídas (O'Farrell & Fals-Stewart, 2006). Assim, a intervenção junto das famílias não só beneficia o doente, como fortalece a resiliência e o bem-estar de todos os elementos envolvidos.

Após o tratamento em comunidades terapêuticas, a reconstrução dos vínculos familiares é um processo complexo, marcado por avanços e retrocessos. A secção do questionário sobre a família, tem como objetivo analisar a relação atual dos inquiridos em recuperação com suas famílias, identificando os principais padrões e desafios. Procurou-se compreender como a dinâmica familiar é afetada pela dependência de álcool e como ela se transforma após o tratamento. Foi possível identificar seis categorias:

a) Reconstrução de vínculos e reconciliação

Cinco inquiridos relataram uma melhoria significativa na relação familiar após o tratamento. Esses relatos destacam a importância da comunicação e do esforço mútuo para superar os conflitos do passado. Por exemplo, um mencionou: *"É boa, já tenho netos e posso estar com eles"*. Outro afirmou: *"Posso dizer que é boa, temos falado mais"*. Esses depoimentos ilustram como a sobriedade pode abrir portas para a reconstrução de vínculos afetivos e a criação de novos momentos de conexão.

b) Desconfiança e preocupação

A desconfiança e a preocupação por parte da família foram temas relatados por 6 inquiridos. Dois mencionaram que, apesar da melhoria na relação, a desconfiança ainda persiste. Um inquirido disse: *"Estão sempre preocupados que volte a recair, já estou há 2 meses sem beber"*. Outro mencionou: *"É boa, ainda desconfiam muito"*. Esses relatos refletem o impacto duradouro da dependência de álcool na dinâmica familiar, onde a confiança precisa ser reconstruída gradualmente.

c) Conflitos e dificuldades de relacionamento

Três inquiridos relataram que a relação familiar continua marcada por conflitos e dificuldades. Um afirmou: *"Muito má, só confusões, já nem eu tenho paciência para mim próprio"*. Outro mencionou: *"Nunca nos demos muito bem, falo algumas vezes com uma pessoa da minha família"*. Esses depoimentos mostram que, em alguns casos, os danos causados pela dependência são profundos e a reconciliação pode ser um processo lento e desafiador.

d) Isolamento e perda de vínculos

O isolamento e a perda de vínculos familiares foram mencionados por dois inquiridos. Um deles disse: *"Não tenho ninguém"*. Outro mencionou: *"Só tenho com a minha mãe e não é muito boa"*. Esses relatos destacam a solidão e a exclusão que podem resultar da dependência de álcool, especialmente quando os vínculos familiares são irremediavelmente danificados.

e) Reencontro e restabelecimento de contactos

Dois inquiridos relataram o restabelecimento de contactos familiares após um período de afastamento. Um participante mencionou: *"Entretanto já perdi os meus pais, mas restabeleci contacto com o meu irmão, vamos falando"*. Outro afirmou: *"Tenho uma parte da família com quem ainda não tenho contacto, mas a minha mulher aceitou-me e estou muito feliz por estar com ela e com a minha filha"*. Esses depoimentos ilustram como a recuperação pode abrir caminho para a reconciliação e o reencontro com familiares.

f) Nova família: os grupos de autoajuda

Para 6 inquiridos, os grupos de autoajuda tornaram-se uma nova família. Um disse: *"Encontrei uma nova família das salas (NA/AA)"*. Esse relato pode refletir a importância dos grupos de apoio como uma rede alternativa de suporte emocional e social, especialmente para aqueles que perderam o contacto com as suas famílias biológicas.

3.3.4. Papel da família nas reuniões de autoajuda

Relativamente à pergunta “Qual o papel da sua família na sua ida às reuniões? (Compreendem? incentivam-no?)” foi possível encontrar cinco categorias:

a) Incentivo e apoio ativo

Nove inquiridos relataram que as suas famílias desempenham um papel ativo no incentivo à participação nas reuniões de autoajuda. Esse apoio pode-se manifestar de diferentes formas, desde o acompanhamento físico até o reforço emocional. Por exemplo, um mencionou: *"Querem que eu vá, sobretudo os meus filhos"*. Outro destacou: *"A minha mãe, sobretudo, dá-me muito apoio, é ela que me leva às reuniões e também está nas Famílias Anónimas"*. Estes depoimentos ilustram como o apoio familiar pode ser um fator crucial para a adesão às reuniões, especialmente quando a família está envolvida no processo de recuperação.

b) Compreensão e aceitação

A compreensão da importância das reuniões de autoajuda foi outro tema recorrente. Cinco inquiridos relataram que as suas famílias compreendem e valorizam a participação nessas atividades. Um afirmou: *"Compreendem"*. Outro mencionou: *"O meu irmão já foi a uma reunião aberta para conhecer o programa, ele compreende e incentiva"*. Esses relatos destacam a importância da informação e da educação sobre a dependência de álcool como ferramentas para promover a compreensão familiar.

c) Apoio com reservas

Em alguns casos, o apoio familiar foi descrito por três inquiridos, como ambíguo ou limitado. Um mencionou: *"Alguns compreendem outros não, não falam muito sobre isso, só me perguntam se está tudo bem comigo"*. Outro disse: *"Não falam muito sobre isso"*. Estes depoimentos refletem uma postura mais passiva por parte da família, onde o apoio existe, mas não é explicitamente expresso ou reforçado.

d) Desconhecimento e incompreensão

A falta de compreensão sobre a importância das reuniões de autoajuda também foi mencionada por dois inquiridos. Um deles afirmou: *"Açam estranho, mas foi-lhes explicado que era muito importante"*. Outro mencionou: *"Não compreendem"*. Estes relatos ilustram como o desconhecimento sobre a dinâmica dos grupos de autoajuda pode gerar resistência ou indiferença por parte da família.

e) Reconhecimento do próprio papel na dinâmica familiar

Quatro inquiridos reconheceram que a falta de adesão às reuniões no passado foi influenciada pelas suas próprias atitudes. Um disse: *"Sempre incentivaram, eu é que fui um desonesto e nunca cumpri como devia"*. Este relato reflete a autoconsciência sobre o papel do indivíduo na dinâmica familiar e na sua própria recuperação.

3.3.5. Papel dos amigos nas reuniões de autoajuda

Relativamente às questões sobre os amigos foi possível identificar cinco categorias:

a) Redução do círculo social e isolamento

Oito inquiridos relataram uma redução significativa do seu círculo social, muitas vezes como resultado de uma escolha consciente para evitar situações de risco. Um mencionou: *"Hoje em*

dia não me dou com muita gente, é só trabalho e casa". Outro afirmou: *"Não sei se posso dizer que são amigos, mas só estou praticamente com pessoas que me dão alguma coisa para beber ou fumar".* Estes depoimentos ilustram como o isolamento pode ser uma estratégia de proteção, mas também refletem a solidão e a dificuldade de reconstruir uma rede social saudável.

b) Amizades nas salas de autoajuda

A importância das amizades formadas nas salas de autoajuda foi identificada em 11 das 13 respostas. Essas amizades são descritas como fundamentais para a manutenção da sobriedade. Um inquirido disse: *"Tenho os amigos das salas".* Outro mencionou: *"Tenho poucos, criei novas amizades nas salas e com companheiros que estiveram comigo em tratamento".* Estes relatos destacam como os grupos de autoajuda funcionam como uma rede de apoio emocional e social, onde os indivíduos encontram compreensão e solidariedade.

c) Reconstrução de vínculos antigos

Três inquiridos relataram a reconstrução de vínculos antigos, especialmente com amigos que os apoiaram durante o tratamento. Um afirmou: *"Os meus amigos que me levaram para tratamento".* Outro mencionou: *"Desde que voltei ao trabalho percebi que os amigos não me tinham abandonado, eu é que tinha desistido de mim".* Estes depoimentos mostram como a recuperação pode abrir caminho para a reconciliação e o fortalecimento de amizades antigas.

d) Presença de padrinhos e madrinhas

A figura do padrinho ou madrinha, comum nos grupos de autoajuda, foi mencionada por cinco inquiridos como uma fonte de apoio significativa. Um disse: *"Tenho uma madrinha que é muito presente".* Outro mencionou: *"Tenho um padrinho e amigos que fiz nas salas".* Estes relatos ilustram como o apadrinhamento pode ser uma ferramenta poderosa para a manutenção da sobriedade e a construção de novas conexões.

e) Qualidade das amizades

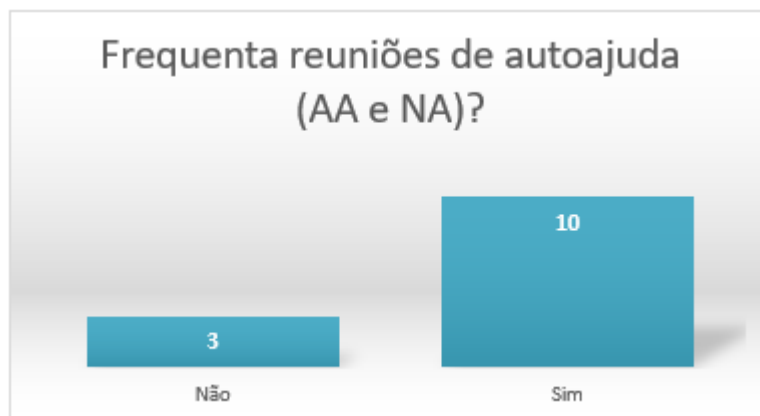
A qualidade das amizades atuais foi destacada por quatro dos inquiridos como um fator importante. Um afirmou: *"Considero muito boa para o tipo de amizades que tinha antes, neste momento tenho uma madrinha e um grupo de amigos que está lá pra mim e eu para eles".* Outro mencionou: *"Tenho dois amigos que estiveram sempre presentes, mesmo quando eu me 'portava mal'".* Estes depoimentos mostram como a recuperação pode levar à formação de amizades mais profundas e significativas.

A formação de novas amizades e a participação em convívios foram mencionadas por três inquiridos, como atividades que reforçam a rede social. Um participante disse: *"Tenho uma madrinha que é muito presente e depois tenho amigos da recuperação e costumamos fazer jantares e convívios"*. Estes relatos destacam a importância de atividades sociais que promovem a conexão e o apoio mútuo.

3.3.6. Papel das reuniões de autoajuda na abstinência / recaída

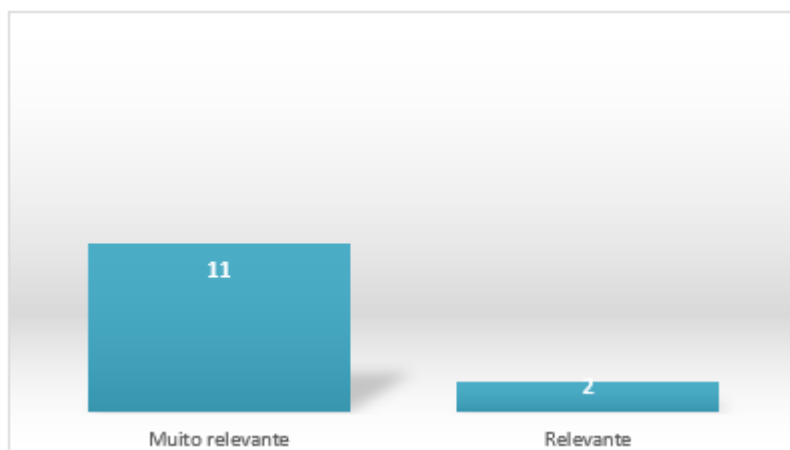
Os dados apresentados neste ponto são essenciais para a interpretação do fenómeno que se quer observar, pois dão a informação acerca do papel das reuniões, a sua frequência e impactos na sua recuperação.

Figura 14: Frequência nas reuniões de autoajuda



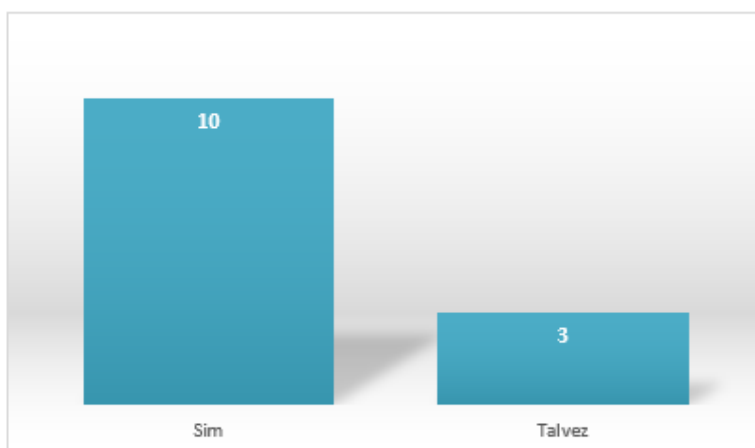
Dois dos inquiridos que não frequentam as reuniões de autoajuda já recaíram no consumo de bebidas alcoólicas. De um modo geral, para os inquiridos as reuniões são consideradas como relevantes, sendo que para 11 são muito relevantes.

Figura 15: Avaliação da importância das reuniões de autoajuda para a manutenção da abstinência



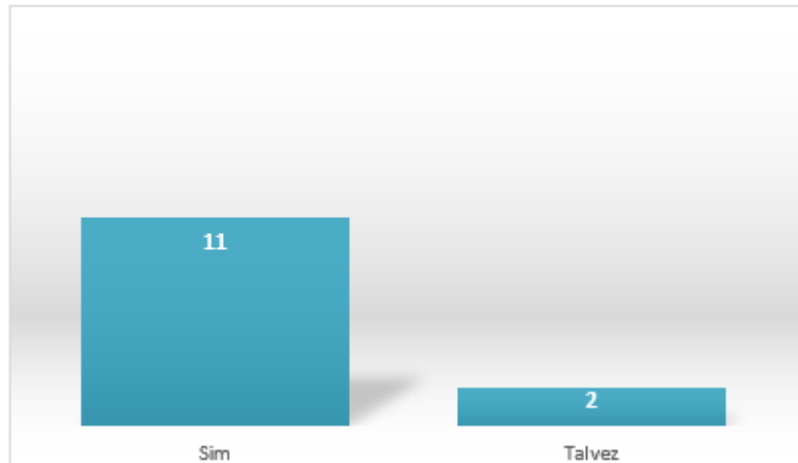
Relativamente à continuação da frequência nas reuniões de autoajuda, 10 dos inquiridos responderam afirmativamente (figura 16).

Figura 16: Continuação da frequência nas reuniões de autoajuda



Quando questionados se recomendariam as reuniões de autoajuda a outros aditos, 11 inquiridos responderam afirmativamente (figura 17).

Figura 17: Recomendar as reuniões de autoajuda a outros aditos.



3.4. Entrevista ao Presidente dos AA em Portugal

A entrevista permitiu a identificação das seguintes categorias e subcategorias

- i. Papel dos AA na recuperação
 - Acolhimento e sentimento de pertença.
 - Rede de suporte emocional e espiritual.
 - Identificação com pares (membros adictos).
- ii. Integração entre CT e AA
 - Introdução do programa dos 12 passos nas CT.
 - Importância da familiarização com a linguagem dos AA durante o tratamento.
 - Dificuldades de articulação entre serviços de saúde e AA.
- iii. Eficácia das reuniões de AA
 - Estudos que comprovam maior sustentabilidade da abstinência.
 - Importância da vinculação e convívio fora das reuniões.
 - Flexibilidade no número de reuniões (qualidade vs. quantidade).
- iv. Desafios e barreiras
 - Desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os AA.
 - Pré-conceitos sobre o modelo dos 12 passos.
 - Falta de articulação entre instituições (CT, CRI, Centros de Saúde).

v. Fatores de sucesso na manutenção da abstinência

- Rede de suporte pós-alta.
- Participação ativa em reuniões e eventos sociais dos AA.
- Adaptação do modelo dos 12 passos às necessidades individuais.

A interpretação dos resultados pode ser sistematizada em quatro conteúdos centrais:

i) Contributo: na percepção do entrevistado, a participação nas reuniões promove um sentimento de pertença e identificação com pares, fatores essenciais para a manutenção da abstinência. a rede de suporte emocional e espiritual oferecida pelos AA é vista como complementar ao tratamento em CT, especialmente no período pós-alta, quando o risco de recaída é maior.

ii) Integração: a introdução do programa dos 12 passos durante o tratamento em CT facilita a transição para as reuniões de AA após a alta. No entanto, há desafios, como o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o modelo dos AA e a falta de articulação entre instituições.

iii) Eficácia: a frequência nas reuniões é importante, mas a qualidade da participação (vinculação, convívio e envolvimento) é mais decisiva do que a quantidade. A criação de uma rede de suporte fora das reuniões (almoços, jantares, eventos) é um fator chave para a recuperação sustentável.

iv) Barreiras: preconceitos sobre o modelo dos 12 passos e a falta de conhecimento dos profissionais de saúde limitam a integração entre CT e AA. Além disso, a estrutura rígida das instituições dificulta a colaboração.

4- Discussão dos resultados

O presente estudo permitiu contribuir para uma análise em profundidade de implicações do consumo problemático de álcool em Portugal e modelos de intervenção. O tratamento em CT tem demonstrado eficácia na fase de desintoxicação e reabilitação inicial. Contudo, como evidenciam os nossos resultados, o período pós-alta constitui um momento crítico no processo de recuperação, marcado por algumas recaídas. Esta fragilidade deve-se a diversos fatores, como exposição a ambientes e relações de risco; falta de redes de apoio estruturadas; e dificuldades na reintegração familiar e social. Neste contexto, os grupos de AA emergem como um possível recurso no apoio à manutenção da abstinência.

O conjunto de entrevistas permitiu obter informação capaz de responder aos objetivos propostos. O grupo de utentes entrevistados, com uma predominância de indivíduos do sexo masculino, média de idades de 50 anos e maioritariamente residentes na Grande Lisboa, estão em consonância com os relatórios anuais do SICAD. O Relatório Anual de 2022, na sua análise sociodemográfica, refere que estes aditos são na sua maioria do sexo masculino, com idades entre os 45-54 anos e acima dos 54 anos, variando as idades médias entre os 49 e 51 anos (SICAD, 2022). Também os estudos internacionais sobre padrões de consumo problemático de álcool estão em concordância (WHO, 2022). Esta conformidade demográfica sugere que os inquiridos se enquadram no perfil típico de utentes em tratamento por dependência alcoólica em Portugal (Tinoco et al., 2024).

Nas dinâmicas familiares reveladas, 7 dos inquiridos referiram envolvimento familiar no processo terapêutico e 4 identificaram conflitos familiares como fator agravante, ecoando as conclusões de McCrady e Flanagan (2021) e O'Farrell e Fals-Stewart (2006) sobre o papel crucial do sistema familiar na génese e manutenção das dependências. O'Farrell e Fals-Stewart (2006, p.11) salientam que a família funciona simultaneamente como fator de risco e de proteção, o que justifica a necessidade de intervenções familiares integradas nos programas terapêuticos. A análise das dinâmicas familiares revelou ainda padrões interessantes que merecem destaque. Enquanto alguns inquiridos (5/13) reportaram melhorias significativas nas relações familiares após o tratamento, outros (6/13) continuaram a enfrentar situações de desconfiança e conflito. Estes dados corroboram McCrady e Flanagan (2021), que destacam o papel ambivalente da família no processo de recuperação - simultaneamente como fonte de apoio e como potencial fator de stress. A integração da família no processo terapêutico,

nomeadamente através da participação em grupos como as Famílias Anónimas, surge como uma estratégia promissora para otimizar os resultados do tratamento.

Os dados obtidos revelam um início precoce do consumo de substâncias, com todos os inquiridos a reportarem o primeiro contacto antes dos 18 anos. Esta observação alinha-se com a perspetiva de Patrício (2014) sobre a socialização do consumo de álcool, onde fatores culturais profundamente enraizados – incluindo uma certa permissividade ou mesmo incentivo no contexto familiar e entre pares – desempenham um papel determinante na normalização precoce deste comportamento.

Paralelamente, a associação com eventos traumáticos, reportada por 4 dos inquiridos, corrobora o modelo teórico de De Leon (2000), que conceptualiza a dependência como um processo progressivo, frequentemente iniciado na adolescência e exacerbado por adversidades psicossociais. Como salienta o autor, "o desenvolvimento da adição segue um continuum que frequentemente se inicia na adolescência e se agrava com fatores psicossociais adversos" (p. 112). Esta dinâmica parece estar particularmente presente na trajetória dos inquiridos, onde experiências traumáticas parecem ter funcionado como catalisadores para padrões de consumo mais severos.

Adicionalmente, a elevada prevalência de policonsumo, mencionada nas respostas de 9 inquiridos, reflete a crescente complexidade dos perfis de consumo identificados em contextos terapêuticos portugueses, um padrão consistentemente documentado nos relatórios anuais do SICAD. Este fenómeno sublinha a necessidade de intervenções diferenciadas, que contemplem a multicausalidade subjacente aos comportamentos aditivos.

As taxas de adesão pós-alta aos grupos de AA (com 8 inquiridos a referirem frequentar 4 reuniões ou mais por mês) e as perceções ambivalentes sobre estes grupos refletem as conclusões de Frois (2018) na sua análise etnográfica das CT. A autora observou que "os AA são simultaneamente um espaço de *empowerment* e de constrangimento, dependendo do grau de identificação do sujeito com o modelo espiritualizado" (p. 78). A associação positiva entre suporte familiar e continuidade na participação (7/13) corrobora as teses de Dupont (2020) sobre a importância dos sistemas de apoio social na manutenção da recuperação.

As taxas de abstinência (8/13) e recaída (2/13), (1 não respondeu) encontradas estão alinhadas com os estudos longitudinais (Gossop et al., 2003, 2008). Um inquirido destacou: "*Sei que com as reuniões eu posso continuar limpo e sóbrio*", enquanto outro mencionou: "*As partilhas*

ajudam-me a lembrar do que foi a minha vida a usar álcool". A evidência científica consultada corrobora os testemunhos recolhidos nas entrevistas, destacando a frequência em grupos de ajuda mútua como um fator determinante para a manutenção da abstinência. Esta relação é amplamente documentada na literatura, sustentando as percepções tanto dos utentes inquiridos como do presidente da Associação de AA (Dupond, 2020; Frois, 2018; Gossop et al, 2003; Kaskutas et al, 2009; Pegano 2013).

Acerca do papel das reuniões na prevenção de recaídas, sete inquiridos destacaram a importância da consciencialização da natureza crónica da dependência, que se traduz na necessidade de manutenção de estratégias de *coping* a longo prazo. Esta percepção está alinhada com o modelo transteórico de mudança de comportamento (Prochaska & DiClemente, 1983), que enfatiza a importância da fase de manutenção no processo de recuperação. As reuniões de AA, ao proporcionarem um espaço regular de reflexão e partilha, parecem facilitar esta consciencialização contínua.

Os dados obtidos confirmam que as CT aparentam demonstrar eficácia nas fases de desintoxicação e reabilitação inicial, contudo, identificam o período pós-alta como um momento particularmente crítico no processo de recuperação, caracterizado por uma elevada vulnerabilidade a recaídas. Esta fragilidade decorre de múltiplos fatores, incluindo, a exposição a ambientes e relações de risco; a falta de redes de apoio estruturadas após a alta terapêutica; e as dificuldades inerentes ao processo de reintegração familiar e social (Dupont, 2020; Frois, 2018).

Esta constatação encontra suporte nos trabalhos de Gossop et al. (2003, 2008), que enfatizam a importância crucial dos cuidados pós-alta (after-care) para a sustentabilidade do processo de recuperação. Os dados do presente estudo, onde 5/13 dos inquiridos reportaram frequentar regularmente reuniões de AA (4 ou mais reuniões mensais) e 11/13 mantinham abstinência, reforçam a noção de que estruturas de apoio pós-alta adequadas contribuem significativamente para a melhoria dos resultados terapêuticos, conforme observado nos referidos estudos longitudinais.

Os resultados do presente estudo corroboram a evidência internacional sobre a eficácia dos AA enquanto recurso terapêutico complementar. Gossop et al. (2003) verificaram que os participantes com maior adesão às reuniões de AA apresentavam maior número de dias de abstinência e menor consumo de álcool. Esta tendência foi posteriormente confirmada num estudo longitudinal de cinco anos (Gossop et al., 2008), que demonstrou que a participação

continua em grupos de autoajuda (AA/NA) estava associada a uma redução significativa nas taxas de recaída entre dependentes de álcool e opiáceos.

Na discussão sobre a eficácia das reuniões de AA, o presidente dos AA reconhece os “*estudos que comprovam que pessoas que aderem a programas de autoajuda mantêm a recuperação durante mais tempo*”. No entanto, enfatizou que a qualidade da participação é mais importante do que a quantidade de reuniões frequentadas: “*ir a 90 reuniões só porque sim não é tão importante quanto a capacidade de a pessoa estabelecer uma rede de ligações e vinculações com os companheiros*”. Acrescenta que o convívio fora das reuniões, como almoços, jantares e eventos sociais, é essencial para criar laços duradouros e fortalecer a recuperação. Em conformidade com esta percepção, a análise qualitativa das entrevistas permitiu identificar o sentimento de pertença e identificação com pares como o fator mais valorizado entre os mecanismos que contribuem para o sucesso das reuniões de AA (referido por 10 inquiridos). Como afirmou um dos inquiridos: “*São a minha nova família desde que saí de tratamento*”. Esta constatação vai ainda ao encontro dos estudos de Gossop et al (2003; 2008), que destacam a importância dos vínculos afetivos no desenvolvimento de resiliência perante situações de vulnerabilidade.

A importância da participação ativa nas reuniões, por exemplo através de tarefas como organização do espaço ou apoio a outros membros, salientada por Pegano (2013), fortalece a abstinência e funciona como mecanismo de reafirmação do compromisso com a recuperação.

Adicionalmente, Witbrodt et al. (2014) verificaram que intervenções mais prolongadas (como as de 12 meses, em contraste com as de 3 ou 6 meses) potenciam resultados positivos a curto prazo. Este estudo alinha-se com a necessidade referida pelos nossos inquiridos, cujo tempo de tratamento relatado foi, em média, de 9 meses, um período alargado para consolidar competências de *coping* e autoconhecimento, fundamentais para a mudança de comportamento.

Timko (2000) avaliou a eficácia de diferentes modalidades de tratamento ao longo de oito anos, demonstrando que a combinação de tratamento formal com AA produz *outcomes* mais favoráveis do que qualquer uma das abordagens isoladamente. Este dado é particularmente relevante para contextualizar as narrativas dos inquiridos da nossa pesquisa, que destacaram a complementaridade entre apoio profissional e o modelo de pares.

Os dados empíricos não apenas validam as experiências descritas pelos inquiridos, como reforçam a ideia central de que a adesão contínua a grupos de ajuda mútua, associada a um

enquadramento terapêutico estruturado, constitui um pilar essencial para a recuperação sustentada (Leurent et al., 2024). Esta também é a perspetiva do presidente dos AA Portugal, que destacou que os AA oferecem um espaço de acolhimento onde o adito é tratado como "*a pessoa mais importante*", promovendo um sentimento de pertença e irmandade. Essa vinculação é fundamental para a recuperação, pois cria uma rede de suporte emocional e espiritual que complementa o tratamento formal. Sublinha ainda a importância da identificação com outros membros que partilham experiências semelhantes: "*o impacto do argumento é muito diferente quando é transmitido por um técnico ou por um par*".

A integração entre o tratamento formal em CT, AA e serviços de saúde, é um ponto central de discussão. Esta pesquisa revela desafios significativos nessa articulação. O desconhecimento por parte de alguns profissionais de saúde, tal como referiu o presidente de AA, sobre o funcionamento dos AA, associado à falta de protocolos estruturados de encaminhamento, limita o potencial sinérgico destas abordagens. Esta situação reflete, em parte, o estigma ainda associado aos modelos de autoajuda, muitas vezes percecionados como menos "científicos" do que as intervenções clínicas tradicionais. Para o presidente dos AA, a introdução do programa dos 12 passos durante o tratamento em CT facilita a transição para as reuniões de AA após a alta, devendo ser introduzido desde o início do tratamento para uma familiarização com a filosofia e linguagem. Sem essa familiarização, muitos utentes não se identificam com a linguagem dos AA e acabam por desistir após uma ou duas reuniões: "*Se Maomé não vai à montanha, a montanha vai a Maomé*". Desta entrevista destaca-se ainda o reforço da importância dos AA como rede de suporte pós-alta, especialmente num contexto em que "toda a estrutura das CT foi montada para heroínómanos, e o álcool foi inserido para colmatar a perda de clientes". Destacou que os AA oferecem um espaço onde os adictos podem sentir-se "especiais" e "importantes", algo que muitas vezes lhes foi negado ao longo da vida: "*Chegar a um espaço onde lhe dizem que não está a mais e, além disso, é a pessoa mais importante, faz toda a diferença*".

Apesar dos benefícios da participação nestas reuniões, o presidente dos AA identificou desafios significativos, como o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o modelo dos 12 passos, que muitas vezes é associado a algo "*esotérico ou a uma seita*". Lamentou que "*os profissionais não enviam mais adictos para os AA por desconhecimento*", e defendeu a necessidade de desmistificar preconceitos e promover uma maior articulação entre as instituições: "*as organizações não trabalham em articulação, são instituições rígidas*", referindo-se à falta de colaboração entre CT, CRI e Centros de Saúde.

Verificou-se que o consumo abusivo de álcool é um fenómeno que se insere na dinâmica da sociedade de risco, gerando impactos profundos e multifacetados. As consequências identificadas – desde a deterioração das relações familiares até a perda de emprego e a exposição a acidentes graves – ilustram como o álcool pode atuar como um fator de amplificação de vulnerabilidades individuais e sociais.

Nesse sentido, o consumo abusivo de álcool não pode ser compreendido apenas como um problema de saúde pública, mas também como um fenómeno social que reflete e reforça as contradições da sociedade contemporânea. Este estudo vem reforçar a importância de uma abordagem holística no tratamento da dependência alcoólica, que reconheça o valor complementar das diferentes modalidades de intervenção. As reuniões de AA, quando adequadamente integradas num plano terapêutico individualizado, podem constituir um recurso valioso na ajuda à promoção da recuperação sustentada. Contudo, para maximizar o seu potencial, é essencial superar as atuais barreiras de articulação e promover uma maior convergência entre os diversos atores envolvidos no processo de tratamento e reinserção social.

4.1. Limitações da pesquisa

A dimensão reduzida da amostra e o seu carácter não probabilístico, impedem a generalização dos resultados. Embora permita uma análise qualitativa exploratória, esta amostra pode não refletir a diversidade de experiências entre a população com problemas de alcoolismo, havendo potencial para viés de seleção, dado que os participantes mais motivados ou com melhores resultados tenderam a participar mais ativamente.

Outra limitação prende-se com as restrições éticas inerentes ao estudo de uma problemática sensível como a dependência alcoólica. O necessário respeito pelo anonimato dos inquiridos dificultou o acesso a dados quantitativos mais robustos sobre a eficácia das reuniões, bem como a capacidade de triangulação de dados e obtenção de informações mais detalhadas sobre os processos de recuperação.

Adicionalmente, o estudo ficou limitado pela impossibilidade de incluir na amostra outros intervenientes-chave no processo de tratamento, como profissionais da Unidade de Alcoologia de Lisboa, o que teria permitido contrastar as perspetivas dos inquiridos com a visão clínica especializada. Da mesma forma, a ausência de entrevistas a técnicos das equipas de tratamento

(psicólogos, assistentes sociais, médicos) que acompanham os utentes após a alta constitui uma lacuna, já que teria permitido avaliar em que medida as perceções dos profissionais convergem com os relatos dos inquiridos.

A metodologia adotada, focada exclusivamente na perceção dos inquiridos sobre os AA, não permitiu comparar esta abordagem com outras modalidades de tratamento, como terapias cognitivo-comportamentais ou programas de redução de danos. Esta limitação metodológica impede conclusões mais abrangentes sobre a eficácia relativa das diferentes intervenções disponíveis. Por fim, reconhece-se que as narrativas recolhidas estão sujeitas a viés de memória e subjetividade, podendo refletir tanto tendências para relatos excessivamente positivos (por efeito de desejabilidade social) como excessivamente negativos (em casos de recaída recente).

Conclusão

A dependência de bebidas alcoólicas é uma condição crónica e multifacetada que exige intervenções contínuas para a manutenção da sobriedade. As reuniões de autoajuda, como os AA, emergem como uma aparente ferramenta essencial no processo de abstinência, oferecendo um espaço seguro para partilha, apoio mútuo e reflexão. Com base na relevância dos AA, a pesquisa realizada incidiu em entrevistas a adictos, complementadas com a percepção do presidente dos AA em Portugal.

A partir da análise dos dados coletados, procuramos aqui sintetizar as principais conclusões sobre a importância dessas reuniões na manutenção da abstinência, integrando os *insights* obtidos das respostas dos inquiridos sobre suas experiências familiares, redes sociais e motivações para a participação.

O consumo abusivo de álcool é um fenómeno que se insere na dinâmica da sociedade de risco, gerando impactos profundos e multifacetados. As consequências da dependência identificadas pelos nossos inquiridos, tais como, deterioração das relações familiares, perda de emprego e exposição a acidentes graves, ilustram como o consumo abusivo de álcool pode atuar como um fator de amplificação de vulnerabilidades individuais e sociais. Estes dados reforçam a ideia de que o consumo abusivo de álcool não pode ser compreendido apenas como um problema de saúde pública, mas também como um fenómeno social que reflete e reforça as contradições da sociedade contemporânea.

As reuniões de AA foram amplamente reconhecidas pelos inquiridos como um pilar fundamental no processo de recuperação da dependência de álcool, por oferecerem não apenas um espaço para a partilha de experiências e reflexão, mas também uma rede de apoio emocional e social, que ajuda os indivíduos a lidar com os desafios da recuperação, a manterem-se sóbrios e a reconstruírem suas vidas. Os relatos ilustram como as reuniões podem funcionar como um lembrete constante dos riscos da recaída e como um espaço de fortalecimento emocional. Além disso, a participação nessas reuniões pode facilitar a reconfiguração das redes sociais, promovendo a formação de novas amizades que apoiam a sobriedade. Nos inquiridos, a decisão de continuar a frequentar as reuniões de AA após o tratamento em CT é motivada por uma combinação de fatores sociais, emocionais e pessoais. O apoio social, a consciência da doença, a partilha de experiências e a reconstrução de relações familiares despontaram como principais razões de permanência nesses grupos.

A rede de amigos na recuperação da dependência de álcool dos inquiridos é marcada por uma reconfiguração intencional, onde os indivíduos priorizam as conexões que apoiam a sobriedade e evitam aquelas que representam riscos. As amizades formadas nas salas de autoajuda emergiram como uma fonte crucial de apoio emocional e social, para estes inquiridos, destacando a importância desses grupos no processo de recuperação. Por outro lado, a redução do círculo social e o isolamento foram mencionados como desafios significativos, podendo refletir a dificuldade de reconstruir uma rede social saudável após o tratamento. A presença de padrinhos e madrinhas, bem como a reconstrução de vínculos antigos, foram identificados pelos entrevistados como fatores que facilitam a manutenção da sobriedade e a integração social.

A família é frequentemente descrita como um sistema dinâmico que sofre impactos significativos com a dependência de álcool. No entanto, e como se conclui nesta pesquisa, após o tratamento em CT a família torna-se essencial na manutenção da sobriedade e na reinserção social. Os relatos evidenciam uma diversidade de experiências: reconciliação, reconstrução de vínculos, persistência de conflitos, e isolamento. A desconfiança e a preocupação por parte da família são, assim, desafios significativos, refletindo o impacto duradouro da dependência de álcool na dinâmica familiar. Nos casos de isolamento e a perda de contactos familiares, os grupos de autoajuda foram mencionados como uma nova fonte de suporte. O apoio familiar voltou a surgir como fator crucial na adesão e participação nos AA variando desde o incentivo ativo e a compreensão até a incompreensão e o desconhecimento.

A abordagem aqui desenvolvida contribuiu para uma compreensão exploratória do tema. Os resultados obtidos revelam um cenário complexo que merece uma reflexão à luz da literatura científica e das políticas de saúde pública. A continuação e o reforço das estratégias e iniciativas existentes, juntamente com o desenvolvimento de novas abordagens inovadoras, podem ser essenciais para enfrentar a problemática da dependência alcoólica de forma eficaz e sustentável. A colaboração entre o governo, as instituições de saúde, as organizações não-governamentais e a sociedade civil serão cruciais para garantir uma resposta abrangente e integrada a este desafio de saúde pública.

Tal como Beck defendia, é necessária uma nova forma de política e consciência coletiva para lidar com os riscos globais, tal como se observa no fenómeno da dependência alcoólica. Acrescenta a necessidade de uma imperativa democratização dos processos de tomada de decisão, com maior participação cidadã e debate público, exigindo uma "racionalidade social" mais reflexiva e crítica.

Para maximizar esse potencial dos AA, é essencial superar barreiras. O aparente desconhecimento sobre a dinâmica dos AA reforça a necessidade de intervenções que envolvam não apenas o indivíduo em recuperação, mas também a sua família, promovendo a educação e a consciencialização sobre a dependência de alcoólica e as estratégias de manutenção da sobriedade, e também, a integração da família no processo de recuperação, por forma a promoverem a adesão às reuniões de autoajuda como uma ferramenta pertinente para a manutenção da sobriedade.

Do ponto de vista das políticas públicas, os resultados deste estudo sugerem a necessidade de maior articulação institucional entre serviços. As entidades envolvidas, CT, Equipas de Tratamento (ICAD) ou outros serviços que lidem com esta problemática devem promover os grupos de AA e apoiar a participação contínua nesses grupos, integrando-os como uma estratégia sinérgica na manutenção da abstinência.

No plano da intervenção prática, sugere-se a implementação de programas de formação para profissionais de saúde sobre o modelo dos 12 passos; desenvolvimento de estratégias de intervenção familiar integrada; expansão e diversificação das modalidades de participação (incluindo formatos online); criação de sistemas de monitorização pós-alta mais robustos. Propõe-se a criação de protocolos formais de colaboração entre CT, unidades de alcoologia e grupos de autoajuda, visando uma abordagem mais integrada e continuada.

Para investigações futuras, sugere-se a realização de estudos longitudinais que acompanhem os utentes por períodos mais alargados, permitindo a comparação entre grupos que frequentam AA/NA e outros que seguem apenas terapias convencionais. Seria particularmente relevante incluir as perspetivas dos profissionais de saúde, avaliando em que medida as suas perceções concordam ou divergem das experiências relatadas pelos utentes. Uma análise comparativa dos modelos de tratamento (por exemplo, AA e SMART³ Recovery) poderia igualmente esclarecer a eficácia das abordagens para diferentes perfis de utentes.

³ O SMART Recovery (*Self-Management and Recovery Training*) é um programa baseado em evidências científicas para a gestão de comportamentos aditivos, fundamentado na TCC e na abordagem motivacional. Desenvolvido inicialmente por Joe Gerstein na década de 1990, distingue-se dos modelos tradicionais de 12 passos por enfatizar o autocontrolo, a motivação intrínseca e estratégias práticas para a mudança de comportamento, sem recurso a componentes espirituais (Zemore et al, 2018).

Bibliografia

- Alcoólicos Anónimos Portugal. (s.d.). *O que são os Alcoólicos Anónimos?* <https://www.aaportugal.org/page/sobreaa>
- Alcoholics Anonymous World Services. (s.d.). *A.A. around the world*. <https://www.aa.org/aa-around-the-world>
- Alcoholics Anonymous World Services. (2019). *Alcoólicos Anónimos* (4ª ed.). JUNAAB. (Trabalho original publicado em 1939)
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)*. Artmed.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barreto, K. I. de S., Madruga, C. S., Miguel, A. C., Smith, C., Apolinário, G. S., Godoy Filho, G. S. de, ... Laranjeira, R. R. (2024). Intervention diversity predicts social rehabilitation indicators at discharge in Therapeutic Communities. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 162, 209374. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209374>
- Beck, U. (2011). *Sociedade de risco: Rumo a uma outra modernidade* (2ª ed.). Editora 34.
- Brousse, G., Arnaud, B., Vorspan, F., Richard, D., Dissard, A., Dubois, M., Pic, D., Geneste, J., Xavier, L., Authier, N., Sapin, V., Llorca, P. M., De Chazeron, I., Minet-Quinard, R., & Schmidt, J. (2012). Alteration of glutamate/GABA balance during acute alcohol withdrawal in emergency department: A prospective analysis. *Alcohol and Alcoholism*, 47(5), 501–508. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags078>
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação*. Universidade Aberta.
- Cermak, T. L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*. Johnson Institute Books.
- Chaim, C. H., Bandeira, K. B. P., & Andrade, A. G. de. (2015). Fisiopatologia da dependência química. *Revista de Medicina*, 94(4), 256–262. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i4p256-262>
- Checco, G. B. (2018). Contribuições teóricas da sociologia das organizações: O ator e o sistema de Crozier e Friedberg (1977). *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 8(2), 379–384. <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v8p379-384>
- Costa, A., Moreira, A., & Sá, P. (2021). *Reflexões em torno de análise de dados* (Vol. 3). Universidade de Aveiro. <https://doi.org/10.34624/dws9-6j98>
- Costa, R. M. L. da, & Danziato, L. (2018). A invenção dos Alcoólicos Anónimos: Alcoolismo e subjetivação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 21–34.

- D'Andrea, F. (2017). Of cripples and bags: Risk and the stuff of reality. *Italian Sociological Review*, 7(2), 183. <https://doi.org/10.13136/isr.v7i2.174>
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer.
- De Leon, G., & Unterrainer, H. F. (2020). The therapeutic community: A unique social psychological approach to the treatment of addictions and related disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 786. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00786>
- Derbli, M. (2011). Uma breve história das revisões do DSM. *ComCiência*, 126.
- Diário da República. (1999). Resolução n.º 46/99 (pp. 2972–3027).
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2011). *Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas*. Artmed.
- Dupont, R. L. (1997). *Cérebro, álcool e droga: O cérebro egoísta – aprender com dependências*. Instituto Piaget.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2020). *ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/877033>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). *European Web Survey on Drugs 2021: Top level findings, 21 EU countries and Switzerland*. <https://www.emcdda.europa.eu/publications/data-fact-sheets/european-web-survey-drugs-2021-top-level-findings-eu-21-switzerland>
- European Commission. (2021). *Road safety thematic report – Alcohol, drugs and medicine*. European Road Safety Observatory.
- Formigoni, M. L. O. D. S., Kessler, F. H. P., Pechansky, F., Baldisserotto, C. F. P., & Abrahão, K. P. (2017). Neurobiologia: Mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos comuns às drogas de abuso. In *Curso EAD SUPERA*. MJC.
- Frois, C. (2009). *Dependência, estigma e anonimato nas associações de 12 passos*. Imprensa de Ciências Sociais.
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403–1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Gossop, M., Harris, J., Best, D., Man, L. H., Manning, V., Marshall, J., & Strang, J. (2003). Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol and Alcoholism*, 38(5), 421–426.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Ruan, W. J., Huang, B., ... & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National

- Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Gresele, W. D., Messias, H. C., & Signor, A. (2024). Sociedade de risco e modernidade reflexiva: Desafios e oportunidades na perspectiva de Ulrich Beck. *Revista Mosaico*, 15(3), 365–373. <https://doi.org/10.21727/rm.v15i3.4884>
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo*. Princípios.
- Gulev, R. E., & Dukaric, G. (2024). Work-related alcohol consumption: An analysis of motivators and responses across cultures. *Managing Global Transitions*, 22(2), 143–166. <https://doi.org/10.26493/1854-6935.22.143-166>
- Heckmann, W., & Silveira, C. M. (2009). Dependência do álcool: Aspectos clínicos e diagnósticos. In *Álcool e suas consequências: Uma abordagem multiconceitual* (pp. 67–87).
- ICAD. (2023). *Sinopse estatística 2023 – Álcool*.
- ICAD. (s.d.). *Lista das comunidades terapêuticas convencionadas*. <https://www.icad.pt/Page/GetDocument/803>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da saúde 2021*.
- Kaskutas, L. A., Bond, J. C., & Avalos, L. A. (2009). 7-year trajectories of Alcoholics Anonymous attendance and associations with treatment. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1029–1035. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.06.015>
- Kelly, J. F., Abry, A., Ferri, M., & Humphreys, K. (2020). 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*, 55(6), 641–651. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa050>
- Kurtz, E. (1979). *Not God: A history of Alcoholics Anonymous*. Hazelden.
- Laranjeira, R., Nicastrí, S., Jerônimo, C., & Marques, A. C. (2000). Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(2), 62–71. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000200006>
- Leurent, M., Ducasse, D., Courtet, P., & Olie, E. (2024). Efficacy of 12-step mutual-help groups other than Alcoholics Anonymous: A systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274(2), 375–422.
- MacLean, S., & Buykx, P. (2025). Social work research with people who use alcohol and other drugs. *Social Work Research*, 349–360. <https://doi.org/10.4337/9781035310173.00038>
- Marques, A. C. P. R. (2001). O uso do álcool e a evolução do conceito. *Revista IMESC*, 3, 73–86.

- McElrath, D. (1997). The Minnesota Model. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2), 141–144. <https://doi.org/10.1080/02791072.1997.10400180>
- Mendes, Z. (2017). *Custos sociais do alcoolismo em Portugal*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Nunes, J. A. (2011). Sobre a ética (e a política) da investigação social em saúde. *Sociologia On Line*, 3, 167–188.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Estado da saúde na UE – Portugal*.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Preventing harmful alcohol use*. OECD Health Policy Studies. <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibanga, A. (2010). The role of the family in recovery from substance dependence: A review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 1–18.
- Ouellette, L., TenBrink, W., Gier, C. P., Shepherd, S., Mitten, S., Steinberger, M., Riley, B., Sutcliffe, C., & Jones, J. S. (2018). Alcoholism in elderly patients: Characteristics of patients and impact on the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, 37(4), 776–777. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.08.061>
- Patrício, L. (2014). *Políticas e dependências: Álcool e (de)mais drogas em Portugal 30 anos depois*. Vega.
- Poiares, C. A. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Toxicodependências*, 5(1), 3–12.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Gradiva.
- RASI. (2024). *Relatório Anual de Segurança Interna, 2024*. XXIV Governo Constitucional.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223–2233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)
- Reis, G., Góis, H., Alves, M., & Partata, A. (2014). Alcoolismo e seu tratamento. *Revista Científica do ITPAC*, 7(2), Pub. 4.
- Reis, T. R. (2012). Empoderamento e grupos de mútua ajuda. In *Álcool e outras drogas* (pp. 191–209).
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2008). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365(9458), 519–530.

- Roriz, M., & Padez, C. (2017). A regulação ética da investigação e os desafios postos às práticas etnográficas. *Etnográfica*, 21(1). <https://doi.org/10.4000/etnografica.4820>
- Schuckit, M. A. (2014). Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *New England Journal of Medicine*, 371(22), 2109–2113.
- Scott, W. R., & Davis, G. F. (2007). *Organizations and organizing: Rational, natural, and open system perspectives*. Pearson Prentice Hall.
- Shield, K. D., Parry, C., & Rehm, J. (2020). Alcohol and public health: Current evidence and policy implications. *The Lancet Public Health*, 5(1), e25–e33. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30231-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30231-2)
- SICAD. (2019). *Construímos caminhos... uma história dos comportamentos aditivos e dependências em Portugal*.
- SICAD. (2022). *Relatório anual 2022 – Situação do país em matéria de álcool*.
- Silva, A. S., & Pinto, J. M. (2014). *Metodologia das ciências sociais* (16ª ed.). Edições Afrontamento.
- Silva, R. F. (2020). Modernidade, "despertencimento" e ajuda mútua: O nascimento dos Alcoólicos Anónimos. *Norus Revista*, 8(13).
- Sommer, M. (2011). As comunidades terapêuticas: História, evolução e a modernidade no tratamento das dependências químicas. *Psique*, 135–166.
- Sousa Valentim, O., Santos, C., & Pais Ribeiro, J. (2017). Grupos de autoajuda: A perceção de gravidade do alcoolismo, da saúde física e mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(spe5), 93–97. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0174>
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.
- Tenajas, R., & Miraut, D. (2023). The strength of connection: The virtual adaptation of twelve-step programs' meetings. *Frontiers in Health Informatics*, 12. <https://doi.org/10.30699/fhi.v12i0.471>
- Timko, C., Moos, R. H., Finney, J. W., & Lesar, M. D. (2000). Long-term outcomes of alcohol use disorders: Comparing untreated individuals with those in Alcoholics Anonymous and formal treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4), 529–540. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.529>
- Tonigan, J. S. (2001). Benefits of Alcoholics Anonymous attendance: Replication of findings between clinical research sites in Project MATCH. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19(1), 67–77. https://doi.org/10.1300/J020v19n01_05
- Vieira, C. (2007). A comunidade terapêutica: Da integração à reinserção. *Revista Toxicodependências*, 13(1), 15–22.

- Wang, Z., Zhu, X., Ni, X., Wen, Y., & Shang, D. (2022). Knowledge atlas of the involvement of glutamate and GABA in alcohol use disorder: A bibliometric and scientometric analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 965142. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.965142>
- White, W. L. (2004). Addiction recovery mutual aid groups: An enduring international phenomenon. *Addiction*, 99(5), 532–538. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00684.x>
- World Health Organization. (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*.
- World Health Organization. (2021). *Global status report on alcohol and health 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2023). *Alcohol consumption and harm in the European Union: Trends and policies*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics>
- Zaleski, M., Morato, G. S., Silva, V. A. da, & Lemos, T. (2004). Aspectos neurofarmacológicos do uso crônico e da síndrome de abstinência do álcool. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 40–42. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500010>
- Zemore, S. E., Lui, C., Mericle, A., Hemberg, J., & Kaskutas, L. A. (2018). A longitudinal study of the comparative efficacy of Women for Sobriety, LifeRing, SMART Recovery, and 12-step groups for those with AUD. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 88, 18–26.

Anexos

Anexo I – Guião de entrevista aos aditos

Entrevista

Influência das reuniões de autoajuda na manutenção da abstinência do consumo de bebidas alcoólicas: um estudo numa Comunidade Terapêutica

No

âmbito do Mestrado em Sociedade

Risco e Saúde, surge a questão de

partida: de que

forma as reuniões de autoajuda (Narcóticos Anónimos e Alcoólicos Anónimos) contribuem para a manutenção da abstinência após alta de tratamento em comunidade terapêutica? Na sequência

deste questionamento, propomos uma pesquisa com o objetivo de: *analisar a percepção da frequência de reuniões de autoajuda de uma população de utentes dependentes do consumo de álcool com alta programada, no que respeita às condições de manutenção de abstinência ou recaída e consumo*. Desta análise resultará um conjunto de informações com relevância para as abordagens praticadas no processo de internamento e alta terapêutica, com interesse tanto para os profissionais da CT e os AA, como para todos os stakeholders.

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Email *

Variáveis sociodemográficas

2. Idade *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. Sexo *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Outra: _____

4. Escolaridade

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1º ciclo
- ☐ 2º ciclo
- ☐ 3º ciclo
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Ensino superior
- ☐ Não frequentou
- ☐ Outra: _____

5. Profissão

6. Situação face a emprego

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Empregado por conta de outrem
- ☐ Empregado por conta própria
- ☐ desempregado
- ☐ Outra: _____

7. Estado civil

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Solteiro (a)
- ☐ Casado (a) /Junto
- ☐ Divorciado(a)/separado(a)
- ☐ Viúvo (a)

8. Tem filhos

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
☐ Não

9. Se sim quantos?

10. Agregado familiar (com quem vive)

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Esposa/namorada
☐ Sozinho
☐ Com amigos
☐ Mãe
☐ Pai
☐ Avós
☐ Instituição
☐ Em situação de sem abrigo
☐ Outra: _____

11. Nacionalidade

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Portuguesa
☐ Brasileira
☐ PALOP
☐ Outra: _____

12. Local de residência (NUTs II)

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Norte
☐ Centro
☐ Grande Lisboa
☐ Alentejo
☐ Algarve
☐ Madeira
☐ Açores
☐ Estrangeiro

Problemas Ligados ao Álcool (PLA)

Identificar o início dos consumos, tipo de bebida, substâncias associadas

13. Com que idade iniciou o consumo de Álcool?

14. Qual tipo de bebida alcoólica ?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Cerveja
☐ Vinho
☐ Bebidas Destiladas (cachaça, vodka, tequila, rum, whisky, licor, conhaque, gin, aguardentes em geral)
☐ Outra: _____

15. Que consequências teve na sua vida devido ao consumo de álcool?

16. Consumiu, outro tipo de substâncias alternadoras de humor?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Outra: _____

17. Se sim, quais?

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Heroína

☐ Cocaína

☐ Canabinoides (canábis, haxixe, CBD)

☐ MDMA (metilenodioximetanfetamina)- Ecstasy

☐ Cetamina

☐ Abuso de medicação

☐ Outra: _____

18. Considera que o álcool potenciou o início do consumo de outras substâncias?

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Talvez

Tratamento

Questões relativas ao tratamento em comunidade terapêutica.

19. É o primeiro tratamento em Comunidade Terapêutica?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Não
☐ Sim

20. Se Não, quantos tratamentos já realizou além deste?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ mais de 5

21. Já terminou algum tratamento antes deste?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

22. Como conheceu a CT Horizonte?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Amigos
☐ Família
☐ Equipas de Tratamento
☐ Redes sociais
☐ Outra: _____

23. Quanto tempo durou o tratamento?

24. Em que circunstâncias decidiu iniciar tratamento?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Iniciativa própria
☐ Iniciativa da família
☐ Sugestão da Equipa de Tratamento
☐ Outra: _____

Alta Terapêutica- Reuniões de Autoajuda

25. Frequenta reuniões de autoajuda (AA e NA)?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

26. Se sim, depois da alta, quando foi a 1ª reunião de autoajuda frequentou?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ No semana seguinte
☐ No mês seguinte
☐ Após alguns meses

27. O que achou da primeira reunião após alta?

32. Recomendaria as reuniões de autoajuda a outras pessoas com problemas de adição?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Talvez

33. Quais os motivos que o(a) levam a querer continuar a frequentar as reuniões de autoajuda?

Família e amigos nas reuniões de autoajuda

34. Qual a sua relação com a família neste momento?

35. Qual o papel da sua família na sua ida às reuniões? (Compreendem? Incentivam-no?)

28. Quantas reuniões faz por mês?

29. Tipo de reuniões

Marcar apenas uma oval.

- ☐ online
☐ presenciais
☐ ambas

30. Como avalia a importância das reuniões de autoajuda na manutenção da abstinência?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Pouco relevante
☐ Relevante
☐ Muito relevante

31. Pretende continuar a frequentar as reuniões de autoajuda?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Talvez

36. Como descreve a sua rede de amigos neste momento?

37. Qual o papel dos seus amigos na sua ida às reuniões? (Compreendem? incentivam-no?)

Anexo II – Guião de entrevista ao presidente doa AA

Dimensão	Variáveis	Questões
Formação	Escolaridade	Qual a sua formação?
	Profissão	Qual a sua profissão?
	Percurso/ experiência profissional	Qual a sua experiência profissional na problemática da dependência alcoólica?
Perfil dos adictos em bebidas alcoólicas	Perceção sobre a caracterização dos adictos em bebidas alcoólicas	O que pensa do perfil de atitos em álcool em Portugal? Como tem evoluído? que características têm estas pessoas?
Respostas e Tratamento	Tratamentos	O que pensa sobre a oferta de tratamentos em Portugal e caracterização dos mesmos?
	Programa 12 passos	Qual a sua familiaridade com o programa dos 12 passos?
Alta e pós-alta	Alta	Qual o tempo de tratamento necessário para dar alta terapêutica em CT a um paciente com dependência alcoólica?
	Grupos de autoajuda	Qual a sua familiaridade com os grupos de autoajuda?
		Considera importante a frequência das reuniões de autoajuda para quem acaba tratamento em comunidade terapêutica? Porquê?
Manutenção da abstinência	Fatores da manutenção da abstinência	Que fatores pode destacar para a manutenção de abstinência?
	Grupos de autoajuda na manutenção da abstinência	Trabalhando há muitos anos na problemática das adições, como observa o fenómeno dos grupos de autoajuda para a manutenção da abstinência?

Protocolo de Investigação

Mestrado: Sociedade, Risco e Saúde
ISCSP-UL

Dissertação

Instituição: Comunidade Terapêutica Horizonte

Investigador: Ana Márcia Magalhães Amaral Martins

Orientadores: Professora Doutora Maria João Bárrios

Enquadramento do Estudo: No âmbito do Mestrado em Sociedade Risco e Saúde, surge a questão de partida: *de que forma as reuniões de autoajuda (Narcóticos Anónimos e Alcoólicos Anónimos) contribuem para a manutenção da abstinência após alta de tratamento em comunidade terapêutica?* Na sequência deste questionamento, propomos uma pesquisa com o objetivo de: *analisar a perceção da frequência de reuniões de autoajuda de uma população de utentes dependentes do consumo de álcool com alta programada, no que respeita às condições de manutenção de abstinência ou recaída e consumo.* Desta análise resultará um conjunto de informações com relevância para as abordagens praticadas no processo de internamento e alta terapêutica, com interesse tanto para os profissionais da CT e os AA, como para todos os *stakeholders*.

Questão de partida:

De que forma as reuniões de autoajuda (Narcóticos Anónimos e Alcoólicos Anónimos) contribuem para a manutenção da abstinência após alta de tratamento em comunidade terapêutica?

Metodologia: Entrevista semiestruturada, análise documental, revisão de literatura.

Questões de Ética: Será assegurada a autonomia dos participantes, a confidencialidade e o anonimato das fontes, através do consentimento informado em anexo a este protocolo.

O estudo tem previsto ser finalizado em janeiro de 2025.

Consentimento Informado

Estudo:

Analisar a percepção da frequência de reuniões de autoajuda de uma população de utentes dependentes do consumo de álcool com alta programada, no que respeita às condições de manutenção de abstinência ou recaída e consumo.

Eu, _____ abaixo-assinado, compreendi a explicação e o âmbito do presente estudo e tomei conhecimento dos procedimentos metodológicos para a sua realização.

Foi-me assegurado que ficará salvaguardado o anonimato e que será utilizada apenas a informação pertinente ao tema, e que os dados recolhidos serão utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa.

Por isso, consinto participar no estudo em causa.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante no projeto: _____

O investigador responsável: