



Universidades Lusíada

Ferreira, Sónia Maria Monteiro, 1980-
Moutinho, Lídia
Diegues, Paula

Do copo meio cheio à mente vazia : o impacto do consumo do álcool no funcionamento cognitivo

<http://hdl.handle.net/11067/1328>

<https://doi.org/10.34628/qehp-w373>

Metadados

Data de Publicação

2014

Resumo

A Síndrome de Dependência Alcoólica afecta negativamente o funcionamento cognitivo, nomeadamente ao nível da memória, atenção, funções executivas, entre outras. Frequentemente as alterações cognitivas melhoram com o tempo de abstinência e com a idade. No entanto, outras persistem. Estas alterações podem condicionar o tratamento, podendo conduzir à recaída, sendo por isso necessário incluir no processo terapêutico a sua avaliação, bem como a estimulação e a reabilitação dessas funções. Realizaram...

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] RPCA, v. 05, n. 1 (Janeiro-Junho 2014)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T09:21:44Z com informação proveniente do Repositório

**DO COPO MEIO CHEIO À MENTE VAZIA:
O IMPACTO DO CONSUMO DO ÁLCOOL NO
FUNCIONAMENTO COGNITIVO**

**FROM THE FILLED UP TO THE EMPTY MIND:
THE IMPACT OF ALCOHOL CONSUMPTION IN
COGNITIVE FUNCTIONING**

Sónia Ferreira

*Psicóloga Clínica; Terapeuta Familiar e Sistémico;
Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão Social*

Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcológica (UTRA) – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Lídia Moutinho

*Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
Mestre em Psicologia Cognitivo-comportamental*

Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcológica (UTRA) – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Paula Diegues

Psicóloga Clínica

Pós-graduação em Psicologia da Consciência

Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcológica (UTRA) – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Contacto para correspondência:

sonia.mferreira@sapo.pt

Resumo: A Síndrome de Dependência Alcoólica afecta negativamente o funcionamento cognitivo, nomeadamente ao nível da memória, atenção, funções executivas, entre outras. Frequentemente as alterações cognitivas melhoram com o tempo de abstinência e com a idade. No entanto, outras persistem. Estas alterações podem condicionar o tratamento, podendo conduzir à recaída, sendo por isso necessário incluir no processo terapêutico a sua avaliação, bem como a estimulação

e a reabilitação dessas funções. Realizaram-se dois estudos, com o intuito de discriminar as variáveis que influenciam a existência ou não de défices, nos indivíduos com consumo de bebidas alcoólicas. Constatou-se a existência de défices cognitivos, principalmente ao nível da Atenção e da Linguagem, verificando-se uma certa tendência para se encontrarem alterações mais significativas nesta área, nos mais velhos e naqueles com menos tempo de abstinência.

Palavras-chave: Défices Cognitivos; Síndrome de Dependência Alcoólica; Tratamento;

Abstract: The alcohol dependence syndrome negatively affects cognitive functioning, particularly in terms of memory, attention, executive functions, among others. Cognitive changes often improve with abstinence time and with age. However, others persist in time. These changes may influence the treatment and can lead to relapse, so it is necessary to include in the therapeutic process the assessment, as well as the stimulation and rehabilitation of these functions. Two studies were conducted in order to discriminate the variables that influence the existence or not of deficits in individuals with alcohol consumption. One of the findings consists in the existence of cognitive deficits, especially at an attention and language level, and to some extent changes in this area were more significant in older and those with less time of abstinence.

Key-words: Alcohol Dependence Syndrome; Cognitive Deficits; Treatment.

Introdução

O consumo abusivo e continuado de álcool tem consequências devastadoras a nível psicossocial, mas também ao nível da saúde, provocando vários danos, alguns irreparáveis, nomeadamente no funcionamento cognitivo.

A literatura tem procurado analisar o impacto do consumo de álcool, em indivíduos com diagnóstico de Síndrome de Dependência Alcoólica, recorrendo frequentemente a técnicas imagiológicas, de modo a descrever alterações cognitivas, comportamentais e emocionais, bem como a qualidade do funcionamento mental (Edwards, Marshall & Cook, 1999). Estes estudos têm demonstrado marcadas alterações ao nível da memória a curto-prazo, na atenção, na capacidade de abstração e de resolução de problemas (Heffernan, Moss & Ling, 2002; Noel & colaboradores, 2005), aprendizagem, velocidade psicomotora, velocidade do processamento de informações, eficiência cognitiva e capacidades visuo-espaciais (Parsons, 1998). Para além destes aspectos, tem-se verificado que as funções executivas também se encontram comprometidas, existindo dificuldades no processo de inibição do comportamento e na coordenação de

informações armazenadas na memória (Noel & colaboradores, 2002), o que afecta o processo de tomada de decisão.

Neste sentido, o álcool prejudica todas as funções cerebrais, incluindo o comportamento, cognição, discernimento, coordenação psicomotora, entre outras. Neste campo, existe um espectro de danos cerebrais que vão desde as alterações ligeiras, típicas dos abusadores de álcool, até aos défices mais graves, que podem ocorrer mais frequentemente nos dependentes de álcool (Cunha & Novaes, 2004). Em relação a estes últimos podem ser descritos quadros neurológicos como a Síndrome de Korsakoff, em que existe um transtorno amnésico, em que as perdas da memória recente são irreversíveis, com alterações na memória remota e com confabulações. Outro quadro possível é a Encefalopatia Alcoólica, também designada como Síndrome de Wernicke, em que o indivíduo perde a coordenação dos movimentos (ataxia), pode apresentar oftalmoplegia, nistagmo e desenvolver sintomas psicóticos. Pode surgir, ainda, a combinação destas duas síndromes, denominada por Síndrome de Wernicke- Korsakoff, estando associada aos défices de Tiamina (Kaplan & Sadock, 1997). Convém salientar que as alterações do funcionamento cognitivo podem ocorrer mesmo em situações de ingestão pontual de álcool e quantidades reduzidas (Pitel et al, 2009).

No entanto, em alguns casos, grande parte dos défices cognitivos mencionados anteriormente podem se reverter com a abstinência (Moselhy, Georgiou & Kahn, 1999), dependendo do padrão de consumo, do tempo de abstinência e da idade (Parson, 1998).

Neste sentido, torna-se fundamental que os défices cognitivos possam ser diagnosticados o mais precocemente possível, para que a intervenção inclua medidas de estimulação e reabilitação cognitiva, impedindo ou retardando a evolução dos mesmos (Zlotnick e Agnew; 1997). No entanto, convém salientar que durante a desintoxicação alcoólica, devido ao tempo reduzido da abstinência, seja de esperar que as capacidades cognitivas estejam comprometidas e que melhorem à medida que o tempo sem consumo de bebidas alcoólicas aumente (Oliveira, Laranjeira & Jaeger, 2002). Alguns estudos alertam para melhorias na memória episódica no primeiro mês de cessação do consumo de álcool (Kish et al., 1980), ainda que outros estudos apontem para um intervalo de tempo maior, rondando os seis meses (Pitel et al., 2009). Estes estudos têm também demonstrado que os alcoólicos acabam por demonstrar capacidades ao nível da memória episódica semelhantes aos indivíduos que não tiveram consumos, após vários anos de abstinência (Fein et al., 2006). Em contrapartida, nas funções executivas parece que a recuperação é apenas parcial passado seis meses de abstinência (Munro et al., 2000), podendo esta situação prolongar-se até treze meses após a paragem do consumo (Yohman et al, 1985), ainda que se verifique uma tendência para a normalização das funções com o aumento do tempo (Fein et al, 2006). Pitel et al (2009) salienta que este processo de regularização das funções executivas seria mais rápido se a paragem do consumo ocorresse em idades mais jovens. Os indivíduos mais velhos, devido a uma menor plasticidade

do cérebro, apresentam menor capacidade de recuperação, principalmente nas funções executivas.

As alterações cognitivas a curto e a média prazo parecem ser fundamentais quando se planeia a intervenção terapêutica. Glem & Parsans (1991) referem que um funcionamento cognitivo pobre seria indicador de dificuldade em manter a abstinência a longo-termo. No mesmo sentido, Duffy (1995) realça que os Alcoólicos com alterações cognitivas, principalmente nas regiões frontais do cérebro, apresentam pior prognóstico, recaindo mais facilmente. Para além disso, o facto de os alcoólicos apresentarem alterações nas funções executivas, que inclui a memória operativa e a inibição do comportamento, pode condicionar o seu tratamento. Isto é, estas capacidades são fundamentais no controle do comportamento “automático” de beber, o que demonstra que se falharem pode levar ao retorno do consumo. A par desta situação, as funções executivas determinam o funcionamento da vida diária, principalmente o processo de tomada de decisão. Assim, défices nesta área pode levar estes indivíduos a optarem por determinadas soluções por serem mais atractivas, em relação aos ganhos imediatos, não ponderando as consequências dessas mesmas decisões (Bechara et al., 2001), o que afecta facilmente o processo terapêutico. As funções executivas estão relacionadas com a capacidade de planear e prever formas de resolução de problemas, bem como com a capacidade de iniciar a acção e de monitorizar o seu comportamento (Lezack, 1995) e todos estes elementos revelam-se cruciais durante o tratamento do alcoolismo, de modo a desenvolver um projecto de vida sem álcool. Assim, se um indivíduo não tiver estas capacidades básicas, não vai compreender o seu problema, nem ter flexibilidade para encontrar estratégias que previnam o consumo de bebidas alcoólicas.

Outros estudos têm demonstrado que os défices cognitivos não são só importantes para definir estratégias de intervenção, bem como para analisar o prognóstico, mas também permitem identificar a fase motivacional em que se encontram. Calheiros, Oliveira e Andretta (2006) concluíram num estudo que realizaram, que os indivíduos que se encontravam na fase de pré-contemplação, em que não têm consciência do problema, apresentaram piores resultados nos testes cognitivos. À medida que a capacidade intelectual verbal diminuía, maior era a dificuldade em reconhecerem o seu problema de dependência alcoólica. Demonstraram, ainda, que a coexistência de défices cognitivos e desmotivação para o tratamento conduzia a um baixo investimento no mesmo.

Assim, a intervenção nesta área deve incidir na reabilitação cognitiva, em que se procura promover a consciência do indivíduo acerca dos seus défices cognitivos e a sua interligação com o consumo de álcool, bem como promover a recuperação das funções cognitivas, diminuindo o sofrimento desencadeado por elas e a inadequação psicossocial (Allen, Goldstein & Seaton, 1997). Quando se actua nesta área é necessário ter em conta que muitos dos défices cognitivos, nos alcoólicos, podem ser recuperados, muitas vezes num período até seis meses (Pitel et al, 2009). Este aspecto pode funcionar como um factor de motivação,

que pode conduzir a uma maior adesão ao tratamento, mas também alerta os técnicos de saúde para a necessidade de se intervir o mais rapidamente possível, recorrendo a técnicas de reabilitação cognitiva, como forma de fomentar a aquisição de novas competências no indivíduo, levando a um tratamento mais profícuo, facilitando, assim, a sua reinserção socioprofissional.

Metodologia

Estudo 1

No sentido de aferir o impacto do consumo de álcool nas capacidades cognitivas, nomeadamente na função visuo-espacial e executiva; memória; atenção; abstração; evocação diferida; linguagem; orientação temporal e espacial; realizou-se um estudo piloto com os utentes que foram internados na Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA), para realizar a desintoxicação alcoólica e em que foram identificadas alterações nestas áreas. Esta sinalização foi efectuada no momento de planeamento da resposta interventiva para o período após a alta psiquiátrica, nomeadamente a inclusão no programa de Área Dia.

Este estudo teve, assim, como objectivo descrever alterações no funcionamento cognitivo, de modo a ser planeada uma intervenção terapêutica intermédia para estes utentes, que procuram tratamento na UTRA, de modo a ultrapassar algumas dificuldades que têm surgido no contexto do programa terapêutico da Área Dia. Estas estão associadas a limitações na integração e compreensão do funcionamento do programa, bem como a realização das actividades propostas, lacunas na capacidade de pensar sobre o problema, projectando-se no futuro e, ainda, na capacidade de reflectir sobre as próprias emoções. Esta intervenção intermédia visa estimular os utentes ao nível de capacidades mais básicas, como a atenção, memória, funções executivas, entre outras, que facilitem a sua integração posterior no programa da Área Dia, onde estas capacidades vão ser fundamentais no processo reabilitativo.

Amostra

A Amostra foi constituída por 15 participantes, 8 elementos do sexo masculino e 7 do sexo feminino, em que foram sinalizadas alterações cognitivas. A média de idades para o sexo masculino foi de 43,5 ($DP=12,64$) e de 45,1 ($DP=5,11$) para o sexo feminino. Os participantes eram maioritariamente solteiros (75 % sexo masculino e 57.2% sexo feminino), com prevalência do 9º ano ao nível das habilitações literárias (50% sexo masculino; 71.4% sexo feminino).

Instrumentos

Para a realização deste estudo, utilizou-se como medida de avaliação um questionário sociodemográfico, incluindo variáveis como idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, situação laboral actual, agregado familiar e tempo de abstinência.

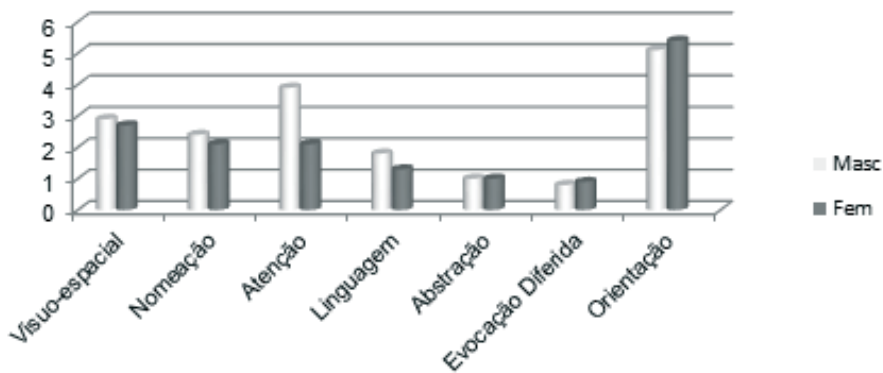
Aplicou-se também o *Montreal Cognitive Assessment – MoCA*, que consiste num instrumento breve de rastreio da disfunção cognitiva ligeira. O teste tem uma pontuação máxima de 30 pontos, avaliando oito domínios cognitivos, nomeadamente função *Visuo-espacial* e *Executiva*; *Nomeação*; *Memória*; *Atenção*; *Abstração*; *Memória de trabalho*; *Linguagem*; *Orientação Temporal* e *Espacial*. Cada domínio é constituído por tarefas específicas.

O score é calculado mediante o somatório dos resultados em cada dimensão. Posteriormente, a existência ou não de défices é identificada através da análise de uma tabela que inclui resultados padronizados e aferidos, tendo em conta a idade e as habilitações literárias.

Resultados

O resultado global do *MoCA* demonstrou que a média para o sexo masculino foi de 17,75 ($DP=1.39$), enquanto para o sexo feminino foi de 16 ($DP= 1.11$), verificando-se um melhor desempenho na dimensão da *Orientação* (MD sexo feminino= 5,43 ($DP=0,53$); MD sexo masculino= 5,13 ($DP= 0.83$), para ambos os sexos. Denota-se, ainda, um pior desempenho na *Evocação Diferida* (MD homens=0,75; $DP=1,16$; MD mulheres=0,85; $DP=0,89$) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Média dos resultados obtidos nas diferentes dimensões do *MoCA*



A média do tempo de abstinência foi de 12,88 ($DP=7.33$) no sexo masculino e de 11,71. ($DP=12.63$) no sexo feminino.

Discussão dos Resultados

Os dados sugerem, de um modo geral, que os resultados se encontram abaixo da média, comparativamente ao grupo de referência para a mesma faixa etária, o que sugere comprometimento cognitivo, estando de acordo com a literatura que aponta para o risco de défices cognitivos quando existe um consumo de álcool problemático (Edwards, Marshall & Cook, 1999). No entanto, é importante realçar que o tempo de abstinência era reduzido, o que poderia levar a um maior comprometimento das funções cognitivas e que estas poderiam melhorar com um maior período sem consumos de álcool. Segundo Moselhy, Georgiou & Kahn (1999) os défices cognitivos provocados pelo consumo do álcool tendem a retroceder com a abstinência. Esta recuperação está dependente do padrão de consumo, do tempo de abstinência e da idade (Parson, 1998). Assim, neste caso faria todo o sentido reavaliar a situação incluindo diferentes tempos de abstinência. No entanto, parece-nos importante também procurar detectar estas limitações o mais breve possível, para que se possa intervir em termos de reabilitação cognitiva, evitando ou atrasando a evolução dos mesmos (Zlotnick e Agnew; 1997).

Apesar de este estudo alertar para alterações do funcionamento cognitivo, demonstrando o interesse em desenhar uma intervenção que permitisse actuar nesta área, pareceu-nos pertinente realizar um estudo posterior que incluísse alguma variáveis que se demonstraram essenciais, tais como: incluir participantes com um maior tempo de abstinência, procurando relacionar o grau de dependência com os défices, bem como o padrão de consumo.

Estudo 2

Metodologia

Pretendeu-se com esta investigação aprofundar algumas variáveis que se revelaram pertinentes no estudo anterior, de modo a melhor compreender quais os factores que condicionam a perda das capacidades cognitivas, nos utentes que mantiveram um consumo problemático de álcool. Procurou-se, assim, articular o grau de dependência, o padrão de consumo, o tempo de abstinência e a existência ou não de défices.

Amostra

A amostra foi constituída por 31 elementos, 24 do sexo masculino e 7 do sexo feminino, cujo a média de idades foi 50,58 ($DP=9,39$) para o sexo masculino

e 48,43 ($DP=8,02$) para o sexo feminino. Verificou-se na amostra total uma prevalência do estado civil casado/união de facto (48,4%), seguido pelo separado com 25,8%. Quanto ao agregado familiar constatou-se que 29% coabita com a(o) companheira(o) e filhos e a mesma percentagem vive sozinho. Nas habilitações literárias cerca de 35,5% da amostra total tem a 4ª classe, 41,9% situa-se entre o 5º e o 9º ano, 16,1% tem o entre o 10º ano e o 12º ano e 6,5% frequentou o ensino superior. Actualmente, cerca 45,2% dos participantes encontram-se desempregados, sendo que 12,9 % já estão reformados.

Instrumentos

Neste estudo, utilizou-se o mesmo questionário sociodemográfico, bem como o *Montreal Cognitive Assessment - MoCA*, já descritos anteriormente. Acrescentou-se o *alcohol use disorders identification test -AUDIT*, que avalia a existência ou não da dependência de álcool, classificando os indivíduos em 4 grupos possíveis, em função do tipo de consumo: os que não possuem dependência, os que apresentam comportamento de risco com o uso de álcool, os que manifestam dependência ou dependência severa, sugerindo a intervenção mais adequada para cada situação (Cunha, 2002).

Procedimentos

Na análise de resultados, apresentada seguidamente, os participantes foram divididos em dois grupos: os que apresentaram défices cognitivos identificados pelo *MoCA* (Grupo A) e os que não evidenciaram (Grupo B). Para além disso, os participantes foram ainda distribuídos por três grupos distintos relativamente ao tempo de abstinência, o primeiro grupo tinha um tempo de abstinência até 10 dias; o segundo até um mês e o terceiro com mais de um mês.

Resultados

A análise de resultados demonstra que relativamente à presença de défices cognitivos, avaliados através do resultado do *MoCA*, tendo em conta a sua idade e as habilitações literárias, cerca de 59,6% têm alterações cognitivas, enquanto que 41,4% não as revela.

Constatou-se que 100% da amostra cotou dependência severa no *AUDIT*, não tendo sido possível estabelecer comparações com diferentes graus de dependência, no que se refere aos défices cognitivos. No entanto, o *AUDIT* fornece também informação acerca do padrão de consumo, tendo-se verificado que 61,3% da amostra tinha consumos diários. Para além disso, constatou-se que relativamente à quantidade ingerida, 48,4% tem uma ingestão superior a 10 bebidas numa ocasião e 19,4% bebe mais de 7 bebidas por ocasião. A comparação entre sexos, no que respeita à quantidade de bebidas ingeridas, numa ocasião

demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas ($t(29) = 9,48$; $p = 0,005$), sendo o consumo superior nos homens ($MD=3,08$; $DP=1,1$), em comparação com as mulheres ($MD=2,29$; $DP=1,89$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos no que respeita ao número de dias de consumos.

A comparação entre os grupos com e sem alterações cognitivas, identificadas pelo *MoCA* (Grupo A e Grupo B), e o seu padrão de consumos também não demonstrou diferenças estatisticamente significativas $t(29)=0,96$; $p=0,08$ ainda que se tenha verificado que os participantes com alterações cognitivas bebessem maior quantidade de bebidas por episódio ($M=3,31$; $DP=1,13$), em detrimento do grupo sem alterações ($M=2,46$; $DP=1,40$).

Ainda na comparação entre o Grupo A e B não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que respeita às idades $X^2(23)=23,65$; $p=0,42$. No entanto, o grupo que apresentou défices cognitivos tem uma média de idades superior ($M=52,13$; $DP=10,17$), comparativamente com o grupo que não apresentou défices. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para o tempo de abstinência $X^2(2)=0,48$; $p=0,78$. O tempo de abstinência foi menor nos A ($M=34,5$; $DP=58,73$), em detrimento do B ($M=41,60$; $DP=62,56$) (tabela 1).

Tabela 1. Tempo de Abstinência nos grupos A e B

	Grupo A	Grupo B	Total
Abstinentes 10 dias	6	6	12
Abstinência entre 11-29 dias	6	4	10
1 mês de abstinência	4	5	9

Em relação às dimensões do *MoCA* foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos para a Atenção $t(29)=3,24$; $P=0,025$ sendo esta superior no grupo B ($M=5,00$; $DP=1,80$), comparativamente com o grupo A ($M=3,18$; $DP=1,8$). Foram identificadas também diferenças estatisticamente significativas para a linguagem $t(29) = 1,77$; $p = 0,04$, tendo o grupo sem alterações apresentado melhores resultados ($M=4,59$; $DP=0,04$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das restantes dimensões (tabela2).

Tabela 2. Média dos resultados obtidos nas dimensões do *MoCA* nos grupos A e B

	Visuo-espacial		Nomeação		Atenção		Linguagem		Abstração		Evocação		Orientação	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Grupo A	2,81	1,42	2,62	0,88	1,00	1,86	1,50	1,03	1,00	0,81	1,12	1,08	5,18	0,83
Grupo B	3,86	1,06	2,60	0,82	5,00	1,13	2,06	0,70	1,60	0,63	2,26	1,27	5,53	1,30

M=Média; DP= Desvio-padrão

Na comparação entre sexos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do *MoCA* (tabela 3), bem como em relação aos défices cognitivos e relativamente ao tempo de abstinência $X^2(2)=0,55; p=0,75$, ainda que se tenha verificado um valor superior nos homens neste ($MD=39,75$ dias e $DP=13,49$) relativamente às mulheres ($MD=31,71$ dias; $DP=12,03$).

Tabela 3. Distribuição das dimensões do *MoCA* por género

	Visuo-espacial		Nomeação		Atenção		Linguagem		Abstração		Evocação		Orientação	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Masculino	3,25	1,35	2,66	0,76	4,08	1,90	1,79	0,97	1,33	0,76	1,58	1,34	5,25	1,18
Feminino	3,57	1,39	2,42	1,13	4,00	1,41	1,71	0,75	1,14	0,89	2,00	1,15	5,71	0,48

M=Média; DP= Desvio-padrão

Discussão dos Resultados

Os resultados demonstram que existe comprometimento do funcionamento cognitivo nos indivíduos com Síndrome de Dependência Alcoólica, o que está de acordo com a literatura (Edwards, Marshall & Cook, 199). No entanto, identificaram-se participantes sem défices cognitivos, o que nos leva a pensar que este aspecto poderá estar relacionado com a remissão destes défices (Moselhy, Georgiou & Kahn, 1999), o que segundo a literatura poderá estar dependente da idade e do tempo de abstinência (Parson, 1998). Em relação a estes elementos, ainda que o nosso estudo não permita aferir de forma conclusiva esta realidade, devido ao tamanho da amostra, o que não permite discriminar o impacto das variáveis, demonstrou que o grupo com défices cognitivos apresentou um menor tempo de abstinência, o que entra em consonância com o que foi anteriormente referido. Neste caso, também teria sido pertinente analisar o tempo de consumo para averiguar o seu impacto na existência dos défices, o que representa uma limitação do estudo, pois ainda que seja de esperar alterações cognitivas mesmo em consumos pontuais, no caso de consumos problemáticos as consequências em termos cognitivos são muitos mais severas (Cunha & Novaes, 2004). Os nossos dados, estão de acordo com esta perspectiva pois demonstram que os indivíduos com défices cognitivos apresentam consumos com quantidades mais elevadas e apresentam uma idade superior. Este último dado reporta-nos para Pitel et al (2000) que demonstra que indivíduos mais velhos podem ter mais dificuldade em recuperar, pois o cérebro tem uma menor plasticidade.

Os participantes da nossa amostra apresentaram, todos, dependência severa, com uma percentagem significativa de um padrão de consumo superior a 10 bebidas por ocasião, verificando-se que os homens apresentam consumos superiores. Estes dados alertam para uma realidade preocupante, existindo a necessidade de se actuar nesta área com alguma urgência, para que seja possível

minimizar o impacto do consumo Zlotnick & Agnew, 1997).

O facto de não existirem diferentes grupos com os variados graus de dependência, não nos permitiu aferir se um grau de dependência superior levaria a maiores défices cognitivos (Pitel e tal, 2000). No entanto, estes dados também demonstram que a procura de tratamento ocorre frequentemente quando o quadro de dependência já está instalado e quando as consequências já persistem a vários níveis, nomeadamente em termos intelectuais. Os dados desta investigação alertam para alterações cognitivas significativas, principalmente ao nível da Atenção e da Linguagem, o que vai ao encontro de investigações que têm sido realizadas nesta área (Heffernn, Moss & Ling, 2002; Noel & colaboradores, 2005). Neste sentido, é importante ter em conta que limitações ao nível da capacidade intelectual verbal podem dificultar o reconhecimento da doença, o que pode funcionar como obstáculo ao tratamento (Calheiros, Oliveira e Andretta, 2006).

Conclusão

Este estudo procurou, assim, analisar o impacto do consumo de álcool no funcionamento cognitivo, demonstrando que este pode causar défices, ainda que alguns desses possam desaparecer com o tempo. Segundo esta perspectiva, os tratamentos devem incluir a avaliação das alterações cognitivas, sendo fundamental proceder à estimulação e reabilitação cognitiva (Zlotnick & Agnew; 1997). Este aspecto é de extrema importância pois a persistência das alterações cognitivas podem limitar a manutenção da abstinência (Glem & Parsons, 1991), bem como a adesão ao tratamento (Calheiros, Oliveira e Andretta, 2006). Parece-nos pertinente a actuação ao nível dos défices cognitivos numa primeira etapa, antes do individuo ser integrado num programa mais estruturado e exigente a nível intelectual, como é a Área Dia. Este aspecto pode permitir uma maior evolução no tratamento, promovendo a consciência do problema, bem como uma maior motivação para a mudança de comportamento.

Um outro aspecto a considerar é a necessidade de se continuar a investigar esta área, para melhor se compreender esta realidade e para se desenhar intervenções mais adequadas e profícuas, de modo a minimizar os danos do consumo do álcool.

O estudo presente apresenta algumas limitações que condiciona a interpretação dos resultados, nomeadamente seria necessária aumentar o tamanho da amostra, para que a comparação entre os vários grupos permitisse discriminar mais facilmente o impacto e a relação entre as variáveis, incluindo participantes com diferentes graus de dependência, para analisar os factores que condicionam a existência ou não dos défices cognitivos.

Bibliografia

- Allen, D., Goldstein, G. & Seaton, B. (1997). Cognitive rehabilitation of chronic alcohol abusers. *Neuropsychol Rev*, 7(1), 21-39.
- Bechara, A. et al (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39, 376-389.
- Calheiros, P., Oliveira, M. & Andretta, I. (2006). Comorbilidades Psiquiátricas no Tabagismo. *Alethéia*, 23, 65-74.
- Cunha, P. & Novaes, M. (2004). Avaliação Neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações no tratamento. *Rev Bras Psiquiatria*, 26.
- Duffy, J. (1995). The Neurology of Alcoholic Denial: Implications for Assessment and Treatment. *Can J Psychiatry*, 40, 257-263.
- Edwards, G., Marshall, E. & Cook, C. (1999). *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde* (3ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fein, G. et al (2006). Cognitive performance in long-term abstinent alcoholic individuals. *Alcohol Clin Exp Res*, 30, 1538-1544.
- Glenn, S. & Parsons, O. (1991). Prediction of resumption of drinking in post-treatment alcoholics. *Int J Addict*, 26, 237-254.
- Heffernan, T., Moss, M. & Ling, J. (2002). Subjective ratings of prospective memory deficits in chronic heavy alcohol users. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 269-271.
- Lezak, M. (1995). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Moselhy, H., Georgiou, G. & Kabn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 357-368.
- Munro, C. et al. (2000). The neuropsychological consequences of abstinence among older alcoholics: a cross-sectional study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 1510-1516.
- Noel, X. & Colaboradores (2002). Contribution of frontal cerebral blood flow measured by TC-Bicisate Spect and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 347-354.
- Noel, X. & colaboradores (2005). Cognitive biases toward alcohol-related words and executive deficits in polysubstance abusers with alcoholism. *Addiction*, 100, 1302-1309.
- Oliveira, M., Laranjeira, R. & Jaeger, A. (2002). Estudo dos prejuízos cognitivos na dependência do álcool. *Psicologia, Saúde & Doença*, 3(2), 205-212.
- Parsons, O. Neurocognitive Deficits in Alcoholics and Social Drinkers: A continuum? *Alcoh Clin Exp Research*, 22(4): 954-961.
- Pitel, et al. (2009). Changes in the Episodic Memory and Executive Functions of Abstinent and Relapsed Alcoholics Over a 6-Month period. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 1169-1178.

- Simões, M., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Manual de administração e cotação* (versão portuguesa). Serviço de Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Yohman, J. et al. (1985). Lack of recovery in male alcoholics' neuropsychological performance one year after treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 9, 114-117.
- Zlotnick, C., & Agnew, J. (1997). Neuropsychological function and psychosocial status of alcohol rehabilitation program residents. *Addictive Behaviors*, 22, 183-194.