



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

FAMÍLIA: uma análise de sua importância no tratamento dos (as) usuários (as)
de álcool no CAPS AD de Campina Grande/PB

Bruna Larissa Cordeiro e Silva

Campina Grande/PB

2011

BRUNA LARISSA CORDEIRO E SILVA

FAMÍLIA: uma análise de sua importância no tratamento dos(as) usuários(as)
de álcool no CAPS AD de Campina Grande/PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito para
obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Alecsonia Pereira Araújo

Campina Grande/PB

2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina (Serviço Social)– UEPB

S586f

Silva, Bruna Larissa Cordeiro e.

Família [manuscrito] : uma análise de sua importância no tratamento dos(as) usuários(as) de álcool no CAPS AD de Campina Grande/PB / Bruna Larissa Cordeiro e Silva. – 2011.

28 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Alecsonia Pereira de Araújo, Departamento de Serviço Social”.

1. Família. 2. Alcoolismo - Tratamento Pessoa Jurídica. 3. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 306.85

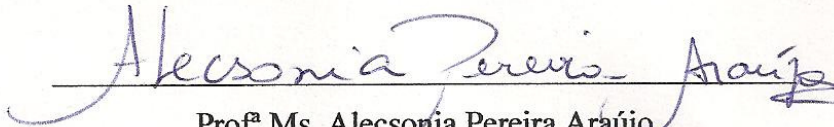
BRUNA LARISSA CORDEIRO E SILVA

FAMÍLIA: uma análise de sua importância no tratamento dos(as) usuários(as) de álcool no
CAPS AD de Campina Grande/PB


Aprovado em: 11/11/2011

Nota: 9,5

BANCA EXAMINADORA

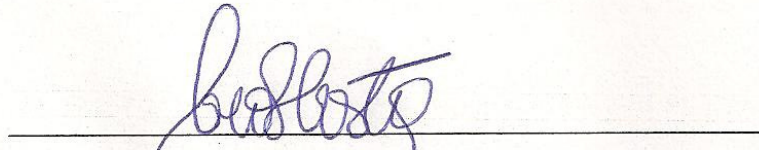

Profª Ms. Alecsônia Pereira Araújo

Orientadora


Profª Ms Patrícia Crispim Moreira

Profª Ms Patrícia Crispim Moreira

Examinadora


Profª. Ms. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa

Examinadora

Campina Grande/PB

2011

FAMÍLIA: uma análise de sua importância no tratamento dos(as) usuários(as) de álcool no
CAPS AD de Campina Grande/PB

Bruna Larissa Cordeiro e Silva¹

Alecsonia Pereira Araújo²

RESUMO

O presente estudo centrou-se na análise sobre a relevância da participação e do apoio dos(as) familiares de usuários(as) alcoolistas, quando os(as) mesmo(as) estão em processo de recuperação e abstinência no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Para tanto, utilizamos a pesquisa de campo, de caráter quanti-qualitativo, cujo referencial teórico-metodológico adotado foi o dialético marxista, que permite conhecer realmente um objeto, estudando todos os seus aspectos e conexões e tudo é visto em constante mudança. A investigação surgiu pela pouca participação da família nas reuniões familiares da Instituição, percebendo que estão ligados ao Centro 508 dependentes químicos, sendo 265 usuários(as) de álcool e que a média de participação nesta atividade quinzenal é de 08 a 12 participantes, no máximo. Desta maneira, a coleta de dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada, junto a 10 destes familiares que estavam presentes nas Reuniões Familiares do mês de setembro, e a análise dos dados foi permeada pela técnica de análise de conjuntura e de conteúdo. Mediante os resultados, constatou-se que ainda existe um forte preconceito para com os(as) usuários(as) de álcool e outras drogas, não apenas na sociedade como no âmbito familiar. Esse preconceito, junto ao desgaste sofrido pelo cotidiano nas relações intrafamiliares, é a raiz para o abandono familiar para com seu(sua) usuário(a) alcoolista. Constatamos ainda que usuários(as) que recebem o apoio e compreensão de sua família têm possibilidades bem maiores de recuperação e de manter-se em abstinência. Dessa forma, concluímos que a participação da família é de extrema importância, fundamentalmente, enquanto o usuário(a) está em tratamento.

Palavras-chave: Família. Tratamento. Alcoolista. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

¹ Discente do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.

² Orientadora e Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.

INTRODUÇÃO

O presente artigo surgiu da pesquisa em campo de estágio supervisionado e teve como objetivo analisar a importância da participação familiar durante o tratamento dos(as) usuários(as) de álcool no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), em Campina Grande/PB.

Esta investigação surgiu pela nossa percepção, na condição de estagiária, de que existe muita resistência por parte da família em apoiar o dependente químico durante o seu período de tratamento no CAPS AD, dificultando assim a evolução do seu quadro psíquico e físico, e sua então reinserção familiar e social, que são os objetivos motores da presente instituição.

Esta ausência familiar foi detectada pela pouca participação de parentes na Reunião Familiar, que é uma das atividades oferecidas pelo CAPS AD, onde estes recebem apoio psicológico e informacional, além de realizarem trocas de experiências vivenciadas em seus cotidianos.

O alcoolismo e a dependência química em geral, tem causado a destruição de unidades familiares, posto que se torna insuportável e exaustivo a convivência em um lar que possui um(uma) integrante alcoolista, no caso de nosso objeto de estudo, ou usuário de qualquer outra droga. A dificuldade independe de classe social, pois muitas vezes é o comportamento do aditivo que fere a família, saindo do padrão básico de organização das mesmas.

Os familiares precisam de muita ajuda, sendo necessário repensar o cuidado em relação a eles, compreendendo que os (as) usuários (as) e suas respectivas famílias formam um conjunto com diversas dimensões existenciais interligadas, e que esta organização familiar além de ser a base da sociedade humana, é a primeira e grande referência do homem.

O estado emocional familiar, o agravamento da relação alcoolista x família, os fatores e conseqüências desta relação, e a importância da unidade familiar durante o tratamento do dependente, justificam a escolha do nosso objeto de estudo, uma vez que analisamos a importância da família no tratamento de seu familiar enquanto estes estão em recuperação. Para tanto, o estudo foi realizado no CAPS AD de Campina Grande/PB, por ser o local de desenvolvimento do estágio supervisionado e onde se tem a maior demanda de dependentes químicos da cidade.

A relevância da pesquisa está no fato de que a mesma buscou aprofundar a temática família e tratamento junto aos(as) usuários(as) de álcool, numa perspectiva de gerar inicialmente a discussão sobre o assunto, enfatizando que a família é de extrema importância no tratamento.

Considerando o presente estudo nas formas de uma proposta investigativa no âmbito social, esta pesquisa quanto ao objeto é classificada como pesquisa de campo, vez que de acordo com Andrade (2007) a referida pesquisa é efetuada “em campo” onde se desenvolvem os fenômenos espontaneamente e não há interferência do pesquisador sobre eles.

Desta maneira, realizando uma pesquisa de campo, esta será desenvolvida por meio da observação direta para captar explicações e interpretações do grupo estudado. Também utilizamos dados quanti-qualitativos, que de acordo com Minayo (2000, p.22) “[...] se completam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

O referencial teórico-metodológico adotado pautou-se no método dialético marxista, pois este nos permite conhecer realmente um objeto, estudando todos os seus aspectos e conexões e tudo é visto em constante mudança

O universo da pesquisa são os familiares de usuários(as) alcoolistas que participam da Reunião Familiar, independentemente do sexo e do grau de parentesco, mas que estejam naquele momento e que aceitem participar e contribuir com nosso estudo.

A média de participação dos parentes em cada Reunião é de 06 (seis) a 08 (oito) familiares, chegando ao máximo de 12 (doze), confirmando que existe uma pouca participação familiar nas reuniões, já que segundo dados do Centro, no mês de agosto estavam ligados ao Serviço 508(quinzentos e oito) usuários(as), 265(duzentos e sessenta e cinco) são usuários(as) especificamente de álcool, representando um total de 52,2% de doentes alcóolicos. Diante deste fato, elegemos em nossa pesquisa uma amostragem intencional, que segundo Marsiglia (2001) é utilizada na obtenção de opiniões de certas pessoas que fazem parte do universo da pesquisa. Dessa forma, entrevistamos 10 (dez) familiares de usuários(as) de álcool que estão em tratamento no CAPS AD.

Com relação aos procedimentos e instrumentos de coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada, orientada por um roteiro semi-estruturado (que segue em apêndice).

A escolha da entrevista semi-estruturada deveu-se ao entendimento da pesquisadora de que tal instrumento permite uma maior flexibilidade para refazer as questões ou explicá-las para o(a) entrevistado(a), no ato da entrevista.

Os dados foram organizados e tabulados, sendo representados por gráficos e tabelas. Para analisar os dados foi utilizada a análise de conteúdo, definida por Bardin (1977) como sendo um conjunto de técnicas que visa obter sistematicamente a descrição do conteúdo das mensagens e indicadores (quantitativos ou não) permitindo a conexão de conhecimentos

relativos às condições de produção destas mensagens, ou seja, visa descobrir o que está por trás de cada resposta.

Neste trabalho as questões éticas foram consideradas, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e quanto ao que se refere ao sigilo das informações que nos foram concedidas. A Resolução 196/96 coloca aspectos indispensáveis com relação à defesa dos direitos humanos dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Ressaltamos a importância do termo de consentimento livre e esclarecido, o estabelecimento de critérios éticos sobre a quebra de sigilo, a confiabilidade das informações, entre outros.

Dessa forma, o artigo encontra-se dividido em três etapas, quais sejam: na primeira tecemos uma discussão breve acerca da Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos CAPS AD. No segundo momento, abordamos os significados e consequências do alcoolismo e da dependência química em geral, seguido do terceiro tópico onde enfatizamos a família e sua importância no contexto do tratamento junto aos seus parentes alcoolistas, que é nosso objetivo central. Segue-se com as análises e interpretações dos dados, bem como das considerações finais e as referências que utilizamos para obter uma base teórica mais aprofundada, e por fim os apêndices.

1 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AO SURGIMENTO DO CAPS AD

As significações do termo loucura mudaram ao longo do percurso histórico, assumindo em cada dado momento conceitos, visões e enfrentamentos diferenciados. O tema perpassou por variadas explicações, desde o campo da Mitologia, o da religião, e da Saúde posteriormente. Na Grécia Antiga, o louco era considerado um ser com poderes místicos diversos, e o que era proferido pelos mesmos tinha tamanha importância, capaz de interferir no destino dos homens. Assim a loucura não tinha necessidade de ser excluída ou controlada, já que era uma manifestação dos deuses, devendo ser valorizada e reconhecida socialmente.

De acordo com Foucault (1997), o “louco” era uma figura privilegiada na sociedade, devido aos dons divinos, manifestados pelos mesmos. Por muito tempo vai prevalecer essa relação entre experiência mística e consciência crítica, dissolvendo-se apenas no período conhecido como Idade Média.

Nesse momento da história, a loucura ainda era vista como algo desconhecido, como forças da natureza, de ordem não-humana, sendo exaltada em um misto de terror e atração.

Mesmo que ainda não existisse o estigma de sujeito de desrazão ou de doente mental, a loucura era encarada como possessão por maus espíritos, os quais precisavam ser “exorcizados” mediante práticas inquisitoriais, ou seja, sobre o poder da Igreja. O tratamento que antes era humanitário foi mudado para espancamentos, privação de alimentos, tortura generalizada e indiscriminada, iniciando desta forma o tratamento moral para a loucura.

Até o final da Idade Média, início da Idade Moderna, a loucura foi tratada de diferentes formas, dependendo da cultura e costumes das sociedades. Como exemplo, temos a Nau dos Loucos, o isolamento junto aos leprosos, portadores de doenças venéreas, deficientes físicos e por fim a prisão junto aos criminosos. Como bem coloca Amarante:

Acompanhamos, assim, a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, se permita um lugar social reconhecido no universo da verdade; ao passo que a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco (AMARANTE, 1995, p.23).

No século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, liberta os doentes mentais das correntes, substituindo os asilos que abrigavam além dos loucos outros seres rejeitados socialmente, por manicômios destinados apenas aos doentes mentais. O internamento nesse período ganha característica médica e terapêutica, que diante da doença mental tratada na instituição, a psiquiatria irá desenvolver seu saber e suas práticas.

Segundo Amarante (1995), o asilo da época tornou-se um espaço da cura da Razão e da Liberdade, tornando-se um lugar de sonegação, violência e apresentando mortificação das subjetividades. Muitos são os relatos dos maus tratos que aconteciam em manicômios desse período, onde os internados eram abandonados á própria sorte e aos médicos que os submetiam a estudos e tratamentos que os alienavam mentalmente. As conseqüências deste modelo são óbvias: isolamento, perda de direitos, valores e identidades, assim como violência e discriminação.

Muitas reformas internas aconteceram no contexto manicomial de Pinel, mas o tratamento não deixava de ter base na tortura, nas duas correntes anteriormente citadas. Ao passar do tempo, uma leitura menos rígida do tratamento moral de Pinel vai sendo adotada como método, transferindo as idéias corretivas dos hábitos dos doentes, para a imposição da

ordem e da disciplina institucional, visando sempre o bem da instituição e a contenção e submissão dos internos.

Na Inglaterra inicia-se um processo de Reforma Sanitária, e o sistema de saúde passa a ser nacionalizado, incorporando a assistência psiquiátrica a esse sistema, permitindo a proposição de práticas alternativas ao manicômio, e assim um redimensionamento da prática asilar.

Também na Inglaterra, em 1959, inicia-se o movimento das comunidades terapêuticas (Community Care), onde Maxwell Jones propõe uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, demonstrando a possibilidade dos doentes mentais viverem no espaço social, fora do manicômio. Por intermédio de grupos diversos, envolvendo profissionais, paciente e família, a idéia de comunidade terapêutica era tentar envolver todos os atores no processo terapêutico, ou seja, tornar os pacientes sujeitos nesta troca de experiências (GONDIM, 2001).

Nesta perspectiva, se consolida na Itália em 1970 a crítica ao paradigma psiquiátrico e uma proposta de cuidado oposta ao modelo manicomial. Esse projeto revela-se bastante desafiador, tomando proporções mundiais, ficando conhecido como Reforma Psiquiátrica. A base deste projeto visa á mudança completa do saber psiquiátrico e do modelo hospilocêntrico, definindo-o como anti-terapêutico.

Segundo Delgado:

A reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos Federal, Estadual e Municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares (DELGADO, 2007, p.34).

O esforço da Reforma Psiquiátrica, não se resumia apenas a negação do hospital psiquiátrico, e sim na psiquiatria como ideologia, enquanto poder de um mandato social. Não existia a negação da doença, mas a elevação ao enxergar o sujeito como um indivíduo complexo, e nessa complexidade possibilitar as múltiplas visões acerca do fenômeno doença.

Da passagem de “instituição negada” para a “instituição reinventada” possibilitou-se todo o processo de desinstitucionalização da Psiquiatria mais fortemente na Itália e logo em

seguida em diversos outros países. A partir deste momento, não se busca mais a cura da doença, e sim cuidados para a saúde mental do(a) usuário(a) ou portador de transtorno mental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil vai seguir as mesmas expectativas de redução progressiva dos leitos psiquiátricos, não dispensando, porém, a importância da atuação médica/psiquiátrica, mas dando-lhe um caráter mais humanizado nas práticas do serviço prestado pelos mesmos, assim como a estratégia de combater o modelo asilar, hospitalocêntrico, que mantinha o usuário longe do convívio familiar e social. Assim como qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar oferecida como alternativa ao modelo manicomial, prevendo ainda a inclusão das ações de saúde mental na ação básica.

Seguindo esses preceitos, a reforma psiquiátrica no Brasil pode ser entendida como:

[...] um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também - e principalmente - uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p.87).

Percebemos assim, que o objetivo maior passa a ser substituir uma saúde mental centrada no manicômio, no hospital, por outra, sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial, rompendo definitivamente com o modelo sanitarista. Dentro deste contexto, começam a se criar serviços de saúde mental que tenham a capacidade de serem substitutivos à internação psiquiátrica, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS se estruturam como serviços de atendimento diário e seu funcionamento é regulamentado pela Portaria nº336/GM de 19 de fevereiro de 2002, como parte integrante da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Os CAPS são instituições que acolhem usuários com transtornos mentais, oferecendo-lhes além dos cuidados clínicos, psicológicos, médico/psiquiátricos, como também na busca da sua (re) inserção sócio-cultural, familiar, em sua vida cotidiana. O tratamento segue uma coordenada individual, por meio do projeto terapêutico único para cada usuário(a). Esse projeto terapêutico é desenvolvido por uma equipe profissional interdisciplinar, dependendo da especificidade de cada CAPS.

Os CAPS em todas as suas modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS AD), devem ser substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que induz os usuários(as) á

responsabilização e autonomia durante todo o seu tratamento. A equipe técnica deve prezar a subjetividade e singularidade dos sujeitos em demanda, respeitando sempre sua história, cultura e vida cotidiana. Dentro da atual política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outras modalidades, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental e que de forma bastante aceitável, tem sido implantado em todo Brasil com resultados positivos tanto pela aceitação dos (das) usuários (as) ao tratamento, como pelos bons resultados esperados.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad) é um serviço de saúde especializado para dependentes químicos que desenvolveram ou não transtornos mentais, decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. A instituição é parte complementar de uma rede que integra a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, atendendo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica que previa a mudança do sistema de internação asilar, consolidando não apenas os CAPS AD, mas todos os outros tipos de CAPS, inseridos na saúde mental.

Os serviços oferecidos pelo CAPS AD são a porta de entrada do (a) usuário (a), dependente químico no Sistema Único de Saúde, sendo uma instituição de caráter público, dependendo para seu funcionamento da espontaneidade do indivíduo. Desta maneira, o CAPS AD oferece atendimento diário aos (as) usuários (as) que fazem uso do álcool ou de outras drogas, mas que possuem a vontade de superação e evolução dentro da perspectiva do tratamento.

2 ALCOOLISMO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Na sociedade contemporânea a palavra droga é bastante comum e utilizada, sendo muitas vezes empregada como gíria lingüística, representando algo ruim, de valor negativo, embora muitos não façam a menor idéia do significado da palavra.

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), 1981, utilizada até os dias atuais, droga é qualquer substância que, não sendo produzida pelo organismo, tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Atualmente, uma definição bastante utilizada nos meios acadêmicos, refere-se a *drogas psicotrópicas* ou *psicoativas*, que se definem como qualquer substância capaz de afetar os processos mentais (pensamento, memória e percepção).

O uso constante e/ou abusivo das drogas psicoativas podem gerar um quadro clínico que se denomina de dependência química. A Dependência química é a perda de controle sobre o uso da droga, em razão da necessidade física e/ou psicológica no usuário, da mesma. Definindo-a, Gomes aponta que:

A dependência química é uma síndrome caracterizada pela perda do controle do uso de determinada substância psicoativa. Os agentes psicoativos atuam sobre o sistema nervoso central, provocando sintomas psíquicos e estimulando o consumo repetido dessa substância. Alguns exemplos são o álcool, as drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack) e a nicotina (GOMES, 2008, p. 01).

O Ministério da Saúde (MS, 1981) reconhece a dependência química como uma doença que altera a estrutura e o funcionamento normal do corpo e da mente de uma pessoa.

De acordo com Cotrim (1997), a dependência química pode ser tanto psicológica, como física. A dependência psicológica é o desejo de atingir a sensação de prazer primário da droga, seu ponto máximo. A dependência física é indicada quando há uma adaptação do organismo ao uso crônico da substância, com o desenvolvimento de sintomas corporais quando a droga não é usada. Tais sintomas indicam que está ocorrendo uma *síndrome de abstinência*, caracterizada pelo conjunto de sintomas corporais e mentais que levam o dependente novamente ao consumo das drogas.

Poucas pessoas sabem, mas o álcool também está enquadrado como uma droga psicotrópica, pois atua diretamente no sistema nervoso central, provocando mudanças comportamentais. Essa falta de informação se dá pelo fato do uso do álcool ser aceito socialmente e até mesmo muitas vezes incentivado pelos meios de comunicação, nas propagandas televisivas, em qualquer horário, percebemos a apologia ao álcool, principalmente á cerveja como requisito fundamental para um bom convívio social.

Apesar de ser bem aceito socialmente, o consumo de álcool num quadro excessivo, passa a ser um problema também social, pois acarreta inúmeros acidentes de trânsito, violência intra e extra-familiar, além de outros problemas afins. Esse consumo a longo prazo, dependendo de sua frequência, quantidade e circunstâncias, pode chegar a um quadro de dependência, que atualmente é conhecido como alcoolismo.

De acordo com a OMS:

Alcoolismo é uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE *apud* CARDOSO FILHO, 2001, p.31).

Ainda para Cardoso Filho (2001), o conceito de alcoolismo como doença vai ganhar credibilidade, com o desenvolvimento dos estudos de Jelineck em 1954, que sugere uma classificação ampla e abrangente do termo. Ainda segundo Jelineck (*apud* Cardoso Filho, 2001, p.34), “alcoolismo é o uso de qualquer bebida alcoólica que ocasiona prejuízo ao indivíduo, á sociedade ou a ambos”.

Considerado pela OMS como dependente químico, o doente alcoólico, ou alcoolista, é definido como:

[...] bebedores excessivos, cuja dependência ao álcool chega ao ponto de eles apresentarem perturbação mental evidente, manifestações afetando sua saúde física e mental, suas relações individuais, seu comportamento social e econômico ou pródromos de perturbações deste gênero e isto necessita de tratamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE *apud* CARDOSO FILHO, 2001 p. 33).

Os fatores que levam ao alcoolismo são diversos, podendo assumir aspectos socioculturais, origens biológicas e também psicológicas. A dependência acontece de forma lenta, levando vários anos para se manifestar. Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2004), alguns sinais da dependência do álcool são: desenvolvimento da tolerância, ou seja, necessidade de beber maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos; aumento da importância do álcool na vida da pessoa; percepção do “grande desejo” de beber e da falta do controle em relação a quando parar; síndrome de abstinência (aparecimento de sintomas desagradáveis após ter ficado algumas horas sem beber) e aumento da ingestão de álcool para aliviar essa síndrome.

Ainda de acordo com o CEBRID (2004), os efeitos do álcool no corpo podem se apresentar de duas maneiras diferentes, uma estimulante e outra depressora. Na maneira estimulante, que acontece logo após a ingestão, os efeitos são de euforia, desinibição, loquacidade. Com o passar do tempo, começam a surgir os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono.

O consumo de álcool pode também desencadear efeitos bem desagradáveis como: enrubescimento facial, dor de cabeça e mal estar, que geralmente são mais intensos em pessoas cujo organismo tem dificuldade de metabolizar o álcool, como os orientais por exemplo. Algumas doenças também podem ser observadas em usuários (as) de álcool,

freqüentemente relacionadas ao fígado, problemas do aparelho digestivo e do sistema cardiovascular, além de formigamentos e câibras nos membros inferiores.

Podemos perceber assim, que o consumo inadequado do álcool torna-se um problema de saúde pública, pois não acarreta problemas apenas para os usuários (as) e sim para toda a sociedade, envolvendo questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares. É fato que os graves problemas enfrentados pela saúde pública, decorrentes do uso do álcool, assim como de outras drogas, passam a ganhar espaço na política governamental, tendo em vista a necessidade de desenvolver políticas de intervenção, redução e prevenção do uso de drogas.

3 A FAMÍLIA E SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO DO TRATAMENTO DO ALCOOLISMO

Antes de iniciar a discussão sobre a problemática da inserção da família durante o tratamento do usuário de álcool e outras drogas, é necessário definir o conceito teórico acerca da unidade “família”.

A literatura nos apresenta diversas definições acerca do conceito família, podendo variar de acordo com o enfoque a ser abordado, sociológico, antropológico ou psicológico. Muitas vezes esses enfoques tornam-se interligados, a fim de oferecer um conceito mais abrangente, e contemplar este tema de alta complexidade. Como exemplo, podemos observar a definição bastante interessante, básica e clara trazida por Miotto (1997), que define família como sendo:

Um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consaguíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido (MIOTTO, 1997, p.120).

Ainda de acordo com a mesma autora, pode-se afirmar que:

Estamos diante de uma família quando encontramos esse espaço constituído de modo contínuo, relativamente estável e não casual. Em muitas culturas se está na presença de uma família quando subsiste um empenho real entre as diversas gerações, sobretudo quando esse empenho é orientado para a defesa das gerações futuras. Assim podemos falar de família a partir de sua organização e relações. Também de outro ponto de vista, a partir das relações que essa família estabelece com outras esferas da sociedade, como

por exemplo, o Estado, o mercado e o trabalho, já que estas relações familiares são construídas também a partir dessas outras relações, e não só das relações familiares em si (MIOTO, 2004, p.14).

Como nossa abordagem remete a uma condição psicossocial, é relevante trazeremos também uma concepção psicológica acerca deste conceito. Assim Biasoli-Alves (1999), define família como:

Uma unidade dinâmica, uma organização complexa segundo relações de parentesco, inserida num contexto social mais amplo e em constante interação com ele, lugar das relações mais íntimas e constitutivas da identidade pessoal, grupo capaz de manter gerações diferentes numa convivência diuturna, com habilidade e competência para dar forma e significado às interações entre seus membros, que tem uma história e cria uma história, vista frequentemente, como célula inicial e principal da sociedade (BIASOLI-ALVES, 1999, p.65).

Desta maneira, podemos afirmar que, independente da abordagem a se seguir, a família constitui a base da sociedade humana, de sustentação e de formação das pessoas, transformando-se na grande referência para o sujeito humano. Pois é na família que formulamos a nossa primeira identidade social, mediada pelas relações entre indivíduo e sociedade.

Segundo Brushini (2000), a família se atribui diversas funções básicas, sendo estas: a socializadora - responsável pela formação da personalidade/função educadora; a econômica - garantidora da produção e reprodução da força de trabalho; e de reprodução ideológica - caracterizada pela transmissão de costumes, idéias, valores, princípios, hábitos e padrões de comportamento.

O conceito de família tem sofrido grandes mudanças ao longo das últimas décadas, acompanhando o alto desenvolvimento tecnológico, econômico, político e cultural. No mundo contemporâneo, as mudanças familiares podem ser relacionadas à perda do sentido da tradição, dos valores e da própria organização, dinâmica, que o tal contexto sócio-cultural de flexibilização oferece.

Apesar de todas as mudanças e evoluções conceituais ocorridas na família, o vínculo familiar continua sendo relevantemente considerado como fator essencial para o desenvolvimento global do indivíduo, especialmente quando se trata de questões no âmbito da saúde.

O adoecer de um ente geralmente representa um grande abalo no meio familiar, significando geralmente uma ruptura do equilíbrio mantido por estas pessoas. A família, muitas vezes, não está preparada para enfrentar os problemas, constatando-se que seus membros são os que mais se envolvem e os que menos suportam as mudanças geradas em seu meio. Esta realidade é encarada por famílias que possuem um dependente químico em seu lar, pois nessa situação todos os familiares adoecem junto com o dependente, causando o desequilíbrio e desajuste da organização dos mesmos.

Os impactos sofridos pela família de um (a) usuário (a) de substâncias psicoativas são gradativos, e ocorrem de acordo com o comportamento do sujeito que utiliza a droga. Na tentativa de estabelecer os estágios enfrentados pela família Figlie (2004), aponta quatro deles como mais importante.

O primeiro deles é o estado de negação. A família surpresa e indignada com a notícia de ter um dependente em seu meio tende a minimizar a situação negando a existência do problema. É quando começam a ocorrer as tensões e desentendimentos, onde os indivíduos deixam de expressar o que realmente pensam e sentem.

Num segundo momento, a família começa a demonstrar maior preocupação, tentando controlar o uso da droga, suas conseqüências físicas, emocionais, profissionais e sociais. Se instaura um clima de segredo familiar, mantendo a ilusão de que o álcool e outras drogas não estão causando problemas na família.

Na terceira fase, a desorganização familiar já está enorme. Seus membros assumem papéis rígidos, assumindo responsabilidades que não são suas. Assim o (a) dependente químico perde a oportunidade de perceber as conseqüências do uso das drogas.

Por fim, na quarta fase a família é caracterizada pela total exaustão emocional e física, podendo surgir graves distúrbios de comportamento e de saúde em todos os membros. A situação fica insuportável, levando a total desestruturação familiar.

Este processo não precisa ser igualmente para todas as famílias que sofrem com a descoberta do consumo de álcool e outras drogas de um membro familiar, mas é o mais comum que acontece. Não buscando descobrir os fatores que influenciam o uso da droga, para agir sobre eles e revertê-los.

[...] a família discrimina os usuários, enquadrando-os em comportamentos estereotipados. Estas reações ocorrem muitas vezes, pela falta de informação adequada e pela impossibilidade da família discernir as diversas formas de uso e as funções que a droga pode ocupar para cada indivíduo. A família, geralmente, não leva em conta as razões que motivam o consumo de droga,

deixando de lado o indivíduo, com seus anseios, questionamentos e conflitos, dificultando a real compreensão do problema (NERY; TORRES, 2002 p.145).

Desta maneira, cada vez mais o ambiente familiar vai se degradando e sentimentos de angústia, raiva, vergonha, medo, incompreensão, vão se tornando comum no cotidiano destas pessoas. A família e principalmente a pessoa que possui mais responsabilidade com os (as) usuários (as), vai ficando cada vez mais cansada e desgastada, ocasionando descompromisso e descaso com os (as) mesmos (as), dificultando assim o tratamento de ambos.

A falta de apoio e integração familiar, as discussões e brigas existentes nesse meio, tornam-se mais um estímulo para o uso das drogas pelos (as) usuários (as), ou se o sujeito estiver em recuperação, acontece a recaída, quebrando-se um determinado período de abstinência.

Apesar de sua importância, muitas vezes não reconhecida, a família tentando lidar com o problema busca várias alternativas. É bem comum presenciar a exclusão e separação do membro afetado das relações e atividades familiares. O isolamento, preconceito, desprezo, não faz com que a problemática seja resolvida, ao contrário pode ocasionar problemas bem maiores, como já foi dito anteriormente.

É através do atendimento familiar que os membros passam a receber atenção não apenas para suas angústias, como também começam a receber informações fundamentais para a melhor compreensão do quadro da dependência química, fortalecendo o relacionamento familiar e conseqüentemente contribuindo no progresso do tratamento dos (as) seus (suas) usuários (as).

A participação em grupos de ajuda mútua para familiares de dependentes químicos, como o Amor Exigente, Al-Anon e Nar-Anon, tem demonstrado resultados bem positivos na trajetória de tratamento com família de usuários de drogas. É um momento, que nas reuniões as famílias desabafam, trocam experiências e recebem apoio e informações de pessoas que convivem com um problema semelhante.

A abordagem familiar deve ser considerada como parte do tratamento, não apenas nos CAPS, mas em qualquer instituição que faça tratamento com dependentes químicos. Levando, portanto, em consideração as necessidades e capacidades específicas de cada família, valorizando-a e motivando-a para que haja uma mudança de seu membro doente.

A reinserção e o bom funcionamento social dos (das) dependentes de álcool e outras drogas, depende da disponibilidade de um suporte familiar satisfatório, essencial no processo de recuperação dos (das) mesmos (as). Não esquecendo, que a família também necessita de

cuidados, tanto quanto seu familiar dependente, já que os sofrimentos que elas passam não são menores que o do (da) dependente. O estresse emocional do cotidiano tem sido a causa de muitos abandonos de parentes adoecidos, daí a necessidade do cuidado.

Desta maneira, podemos concluir que a família deve ser também enfocada como essencial na elaboração e implantação de qualquer programa de atenção a problemática das drogas, pois esta tem seu papel na ordem do tratamento dos (das) usuários (as) de substâncias lícitas e ilícitas.

4 ANALISANDO OS DADOS DA PESQUISA

4.1 Identificação dos familiares entrevistados no CAPS AD em Campina Grande/PB

Como elucidado na introdução deste artigo, entrevistamos dez (10) familiares de usuários (as) especificamente de álcool, correspondendo a 100% dos participantes da Reunião Familiar do mês de setembro de 2011, que acontece quinzenalmente no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Campina Grande/PB.

Os dados identitários destes familiares, relacionam-se ao sexo, faixa etária, grau de escolaridade, grau de parentesco com o usuário, estado civil e inserção no mundo do trabalho. Portanto, tais dados da pesquisa se conformam da seguinte forma:

Quanto á faixa etária foi constatado que as idades são bem distintas entre si, podendo variar entre 26, 32, 42, 47 e permear entre os 56, 60, 66, até o limite dos 74 anos de idade.

No que se refere á identificação quanto ao sexo constata-se que 70% do universo é feminino, e apenas 30% masculino.

Tal dado expressa que o perfil feminino ainda é bastante marcante na representação do cuidado da família e de todos os seus membros. Percebe-se que a tarefa do cuidado é socialmente atribuída às mulheres, mesmo que estas já estejam inseridas no mercado de trabalho e venham assumindo o papel de chefes de família. Isto tem raízes culturais, sociais e históricas, onde as mulheres possuem a obrigação de cuidar do âmbito familiar, sendo uma tarefa que ainda envergonha aos homens.

De acordo com Oliveira (2003, pg.76) “Na prática a inserção das mulheres no mercado de trabalho não atenuou suas responsabilidades em relação á família. Simplesmente a famosa vida doméstica passou a ser encaixada nos interstícios dos horários de sua vida profissional.” Percebemos assim que as mudanças nos papeis construídos socialmente entre

homens e mulheres, acarreta jornadas múltiplas para mulheres que já estão inseridas no mundo do trabalho público ou privado.

Com relação ao estado civil dos (as) entrevistados (as), 60% revelaram ser casados (as), 20% encontram-se divorciados (as) e 20% estão viúvos (as).

No que se refere ao nível de escolaridade dos familiares, foi constatado que 30% possuem ensino fundamental incompleto e 30% fundamental completo. Enquanto 10% possuem o médio completo e outros 10% incompleto. Apenas 20% dos parentes estão cursando o superior incompleto.

Quando questionados (as) sobre o grau de parentesco para com o usuário em tratamento no CAPS AD, constatamos que 20% dos (as) entrevistados (as) são pai, 10% é irmão, 40% são esposas e 30% são mães, assim 70% desta amostra são do sexo feminino, reforçando mais uma vez que o cuidado na saúde mental e com dependentes químicos está fortemente direcionado às mulheres.

Sobre a inserção no mundo do trabalho, 40% dos (as) entrevistados (as) afirmam estarem desempregados (as), 10% são estudantes, outros 10% estão inseridos (as) no trabalho informal, á margem de seus direitos, 20% são pensionistas e outros 20% fazem bicos, demonstrando a precariedade das condições de trabalho no Brasil.

Tais dados expressam a precariedade do trabalho e o desemprego que podem ser justificados pela flexibilização que o mercado de trabalho brasileiro sofreu a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1994 sob a justificativa de que o mercado era rígido e com relações trabalhistas ultrapassadas e assim incapazes de acompanhar as expectativas do mundo globalizado.

Vale ressaltar que qualidade de vida está diretamente relacionada com a renda, pois em uma economia de mercado, como é o caso da brasileira, existem componentes essenciais para o bem-estar das famílias que dependem de sua capacidade de comprar produtos e serviços, tais como alimentos, vestuário, transporte, lazer, etc.

Finalizado o perfil sócio-econômico dos (as) entrevistados (as), analisaremos agora as questões referentes ao nosso objeto de estudo.

4.2 Família e Tratamento: análise dos dados coletados no CAPS AD de Campina Grande/PB

TABELA 01

RELAÇÃO FAMILIAR ANTES DO CONSUMO DE ÁLCOOL, SEGUNDO OS (AS) ENTREVISTADOS (AS) NO CAPS AD DE CAMPINA GRANDE/PB

RELAÇÃO FAMILIAR ANTES DO CONSUMO DE ÁLCOOL	Nº	%
Ótima	4	40
Regular	3	30
Ruim	2	20
Péssima	1	10
TOTAL	10	100

Fonte Primária, 2011.

Mediante os dados da tabela 01, verifica-se que 40% dos (as) familiares entrevistados (as) revelaram que possuíam uma ótima relação familiar antes do frequente uso/abuso do álcool, enquanto 30% sinalizaram para uma relação regular, anunciando algumas instabilidades no lar, outros 20% classificaram como sendo uma relação ruim e apenas 10% dos (as) entrevistados (as) informaram que a relação familiar era péssima.

Vale ressaltar que se somarmos aqueles que não tinham um bom relacionamento com o familiar, teremos um percentual de 60%, ou seja, a maioria, e devemos compreender que isso associado a dependência química tende a piorar as relações, pois é um fato constatado, que o cotidiano de uma família muda totalmente quando um (uma) dos membros deste ambiente começa a fazer uso constante e/ou abusivo de álcool. O comportamento desta pessoa tende a se modificar, complicando muitas vezes as relações intrafamiliares. Assim, observamos que as relações entre as pessoas de uma família onde um dos entes é dependente químico (a) vai se transformando devido às dificuldades enfrentadas pelos parentes ao terem que lidar com este problema.

Quando perguntamos acerca das dificuldades enfrentadas na convivência familiar com o parente alcoolista, as respostas podem se parecer entre si, mas cada uma delas expressa uma dificuldade diferente, apesar da realidade ser comum. Duas das falas são bem marcantes como podemos observar abaixo:

O pior de tudo que eu acho é a vergonha. Agente vive esperando o próximo mico que vai passar. Meus filhos vivem com vergonha dos vizinhos, na escola dele aparecer bebo pros amigos[...] E também as brigas, direto. Meu menino já bateu nele, quando ele tava bebo. A maioria das noites é um inferno só [...] (Entrevista n°. 01).

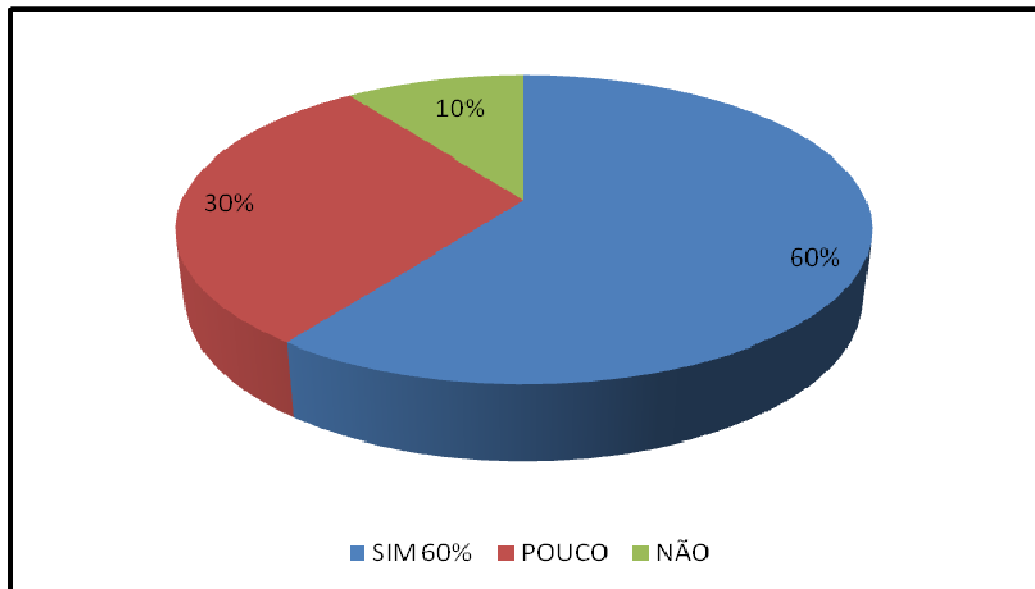
Minha filha nem sei por onde começar [...] Primeiro que ela abandonou tudo. Estudava, trabalhava, desde novinha ajudando na loja de meu pai. Ai depois da cana, tudo desandou. Ela quebra tudo. Rouba. Mentira. Bebe tudo que vê pela frente. Bate em quem tiver na frente. É loucura. Toma os remédios que tiver, tylenol, dipirona, pra tosse [...] ai lá vai agente pro hospital mais ela. É pesado viu? Tudo tem que ficar escondido, dinheiro, remédio, coisa boa. E nunca foi assim [...] nunca! É um inferno. Fora a vergonha que é grande, quem quer uma doida na família? (Entrevista n°. 05).

Essas dificuldades demonstram-nos que os vínculos afetivos estão bem sensíveis, desgastados, mas ainda ligados a um sentimento de esperança, que leva à aceitação e melhor compreensão com o dependente químico. Na maioria das respostas, estão presentes as dificuldades emocionais, financeiras e moral. A vergonha está presente em 100% das respostas obtidas, assim como o receio e o cansaço familiar.

Esse ambiente cheio de sentimentos, que podemos dizer de ódio, rancor, culpa, medo e tristeza, pode gerar um afastamento dos parentes e até mesmo repulsa, preconceito com o usuário. Quando indagados sobre o preconceito para com os (as) usuários (as) no meio familiar 60% disseram que existe, 30% afirmaram que não existe preconceito e 10% ficaram em dúvida ou não souberam responder, pois apesar de muitas explicações não sabiam o significado de preconceito, não sabendo discernir se existia atitude preconceituosa no meio familiar.

GRÁFICO 01

PERCEPÇÃO SE EXISTE ALGUM TIPO DE PRECONCEITO PARA COM O (A) USUÁRIO (A) NO AMBIENTE FAMILIAR, SEGUNDO OS ENTREVISTADOS (AS) NO CAPS AD DE CAMPINA GRANDE/PB



Fonte Primária, 2011.

O preconceito familiar é uma arma muito forte, aliada ao alcoolismo, pois se a família representa a segurança para os (as) usuário (as), que precisam de compreensão e apoio durante o processo em que está tentando manter-se em abstinência, e sair do quadro de dependente químico ativo.

Esse comportamento preconceituoso presente em 50% das falas é expresso por histórias de decepções, frustrações e desentendimentos enfrentados pelos parentes, como também é fruto da marginalização social contra usuários (as) não só de álcool, mas de qualquer outra droga. Podemos correlacionar esse preconceito á falta de preparo, de informações e desequilíbrios familiares. O alcoolismo, a dependência química em geral, parece muitas vezes ser um mistério, algo desconhecido. Muitos arriscam dizer que é uma doença, mas parecem ser tão superficiais, já que desconhecem como se dá e como controlá-la, quais são os tratamentos possíveis, como a família deve portar-se, enfim desconhecem a profundidade do problema.

Ao perguntarmos qual o entendimento que eles possuem sobre dependência química e alcoolismo percebemos uma deficiência muito grande por parte deles em conceituar, ou mesmo explicar o que entendiam sobre o alcoolismo. Dos (as) 10 entrevistados (as), 08 responderam que se trata de uma doença, mas que não sabem explicar bem o que pensam. Assim 80% possuem a noção de que a dependência química e o alcoolismo é de fato uma patologia, reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS, 1981, p. 01) como “uma doença que altera a estrutura e o funcionamento normal do corpo e da mente de uma pessoa”.

Ressalta-se que 10% dos entrevistados (as) referem-se ao alcoolismo como sendo “safadeza” dos (as) usuários (as) e podemos entender que o entrevistado (a) quis referir-se a possibilidade de um distúrbio comportamental. Outros 10% revelaram não entender nada sobre o assunto.

Essa falta de informação e consequentes atitudes preconceituosas tornam os (as) usuários (as) mais suscetíveis ao consumo de álcool, impedindo sua evolução no tratamento, facilitando suas recaídas e dificultando cada vez mais a desejada ressocialização do indivíduo na sociedade.

TABELA 02

COMPROMISSO FAMILIAR COM O TRATAMENTO DOS (AS) USUÁRIOS (AS), SEGUNDO OS ENTREVISTADOS (AS) NO CAPS AD DE CAMPINA GRANDE/PB

COMPROMISSO FAMILIAR COM TRATAMENTO DOS (AS) USUÁRIOS (AS)	N°	%
Levar/Buscar no CAPS e Participam da Reunião Familiar	4	40
Participação Apenas da Reunião Familiar	3	30
Auto-Estima/Emocional	2	20
Nenhum Compromisso	1	10
TOTAL	10	100

Fonte Primária, 2011.

A Tabela 02 demonstra qual o compromisso que o familiar assume durante o período que Os (as) usuários (as) estão em tratamento no CAPS AD. Esse compromisso é referente á como o familiar está procurando auxiliar os (as) usuários (as) no processo de recuperação. Podemos perceber que apenas 20% procuram trabalhar o emocional e a auto estima dos (as) usuários (as), evitando discussões e humilhações no ambiente familiar. O compromisso de levar e buscar os (as) usuários (as) no Centro e de participar na Reunião Familiar apresenta um resultado de 40% dos (as) entrevistados (as), demonstrando a preocupação que estes possuem de controlar os horários dos (as) parentes, assim como também o fato de saberem que estão seguros (as), pois estando ali não consumirão álcool.

Um dado bastante relevante é que 30% dos (as) entrevistados (as) afirmam que o único compromisso que possuem é o de participar das reuniões no CAPS AD. Eles alegam já estarem cansados (as) de tentar manter diálogo ou de esperar alguma mudança. Vejamos depoimento.

Eu já to vindo pra Reunião aqui, para desabafar, mas não tenho como falar mais nada com ele, eu já cansei (Entrevista 10).

Olhe, eu venho pra cá, sabe?. Mas já fiz o que pude. Hoje só falo o que ele perguntar, daí respondo. Eu deixo ele a vontade (Entrevista 02).

Outros 10%, que representam apenas um (a) entrevistado (a), diz não ter compromisso algum com os (as) usuários (as) e raras são as vezes que participam das reuniões, estando ali somente quando acontece a consulta médica e tem que pegar o medicamento do parente. A fala deixa claro seu descompromisso:

Eu venho no dia que tenho que pegar os remédios dele com o Dr., se não nem vinha. Esse cabra já me fez passar cada vergonha. Hoje eu já lavei as mãos (Entrevista 03).

Essa fala revela um momento de impaciência com seu familiar, o que provavelmente se deu pela longa jornada de busca por recuperação e o seu não resultado, no entanto, essa falta de contato com a Instituição, de compromisso nas reuniões mantêm esse familiar aquém das possibilidades de evolução no tratamento do seu familiar. Estas reuniões, mesmo sendo curtas e apenas duas vezes por mês, servem também de meio de informação, de (re) aproximação entre o (a) usuário (a) e o familiar, e entre as famílias ali presentes que possuem o alcoolista/dependente químico.

Podemos perceber que a participação na Reunião de Família se torna bastante importante para os (as) familiares, pois são escutados, é um momento em que podem desabafar e aprender com as outras experiências ali relatadas. Eles reconhecem a importância de sua participação nesta atividade como forma de ajudar, de saber como os (as) usuários (as) estão se desenvolvendo no tratamento.

O CAPS AD e todos (as) os (as) profissionais do Serviço, por prestarem este apoio à família, e subsídios aos (as) usuários (as) de álcool e outras drogas, na área da dependência química, foi muito bem elogiado por todos (as) os (as) entrevistados (as). Constatamos que a família reconhece o tratamento e a importância do dispositivo, enquanto prestador de serviços necessários.

Apesar da saúde ser um dos pilares da seguridade social no Brasil, reconhecida na Constituição Federal de 1988 como um direito do cidadão e dever do Estado, nenhum outro dispositivo tratava especificamente a questão da dependência química, muito menos se fazia atividades com a família desta demanda, assim, majoritariamente a totalidade dos (as) entrevistados (as) reconheceram a importância da Instituição. Algumas falas ilustram essa afirmação:

[...] Aqui é a segunda casa dele. Agradeço a Deus todo dia, que ele tá aqui sendo cuidado, com gente que sabe cuidar [...] Foi Deus que fez essa casa, e vocês são tudo abençoada (Entrevista 04).

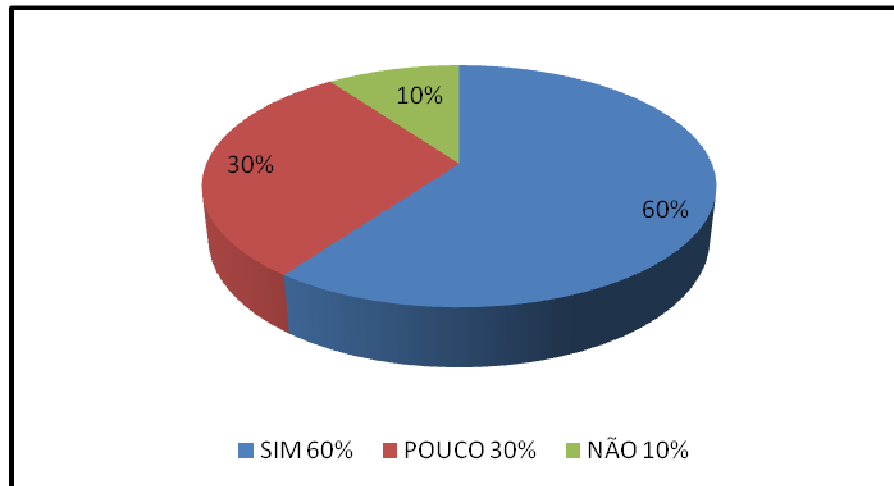
Esse trabalho é muito importante. Porque até hoje ninguém tava preocupado com quem bebe. E aqui eles tem médico pra ajudar, de cabeça e corpo. Eles se divertem também, ficam se distraindo (Entrevista 08).

Aqui é bom demais, ele tem gosto de vir pra cá. Chega dizendo que encontrou os amigos, os doutores [...] E é bom ele ver que tem gente como ele, e as vezes até pior. Conversa com médicos, psicólogos [...] isso ajuda demais. Se não fosse aqui, no CAPS, ele estaria pior (Entrevista 06).

Desta maneira fica bem claro que o CAPS AD tem desenvolvido suas atividades de forma que trabalha não apenas os (as) usuários (as), como também os seus familiares. Este desenvolvimento é comprovado pelas mudanças que acontecem no processo de tratamento dos (as) usuários (as) depois de sua admissão no CAPS AD. O gráfico a seguir demonstra a opinião dos (as) familiares acerca do progresso do (a) parente alcoolista depois de sua admissão no CAPS AD.

GRÁFICO 02

MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRATAMENTO DEPOIS DO CAPS AD,
SEGUNDO OS (AS) ENTREVISTADOS (AS)



Fonte Primária, 2011.

Podemos observar que 60% dos (as) entrevistados (as) percebem mudanças, não apenas comportamental, como também física e psicológica. Algumas falas podem demonstrar que a intervenção do CAPS AD tem produzido bons resultados na vida dos (as) alcoolistas que lá estão em tratamento.

Ele está dez. Ta ficando outra pessoa (Entrevista 01).

Sim. Eu vejo futuro pra ele aqui. Ele ta ficando melhor. Faz é tempo que não bebe [...] Tem os amigos deles daqui, ta falando mais. To achando ótimo! (Entrevista 03).

To vendo que ele ta animado, diminuindo a bebedeira. Está até mais quieto (Entrevista 10).

Outros 30% dos (as) familiares entrevistados (as) percebem poucas mudanças, aparentemente pela exigência de uma mudança radical e não processual. Vejamos:

Tem ficado mais dias sem beber. É, estamos vendo se adianta. (Entrevista 05)

Algumas, mas poucas. Não sei se acredito em mudanças lentas. Pra mim ou para de uma vez ou não para nunca. (Entrevista 09).

Sabemos que o CAPS AD trabalha na perspectiva da Redução de Danos e mesmo visando á abstinência, não se propõe uma mudança brusca, muitas vezes esperada pelos familiares. Assim sobre esta visão pode-se afirmar que:

Redução de Danos se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Redução de Danos beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS (IHRA), 2010, pág.1).

Apenas 10% dos (as) familiares responderam que não percebem mudança alguma nos (as) usuários (as), afirmando que não se tem mais jeito. No entanto, é de extrema importância salientar que o progresso e a abstinência não dependem apenas da instituição, deve ser considerado o desejo e o controle que o usuário possui, junto com sua participação ativa no CAPS AD e também o apoio que a família oferece em casa. Desta maneira, concluímos que são um conjunto de fatores que interferem para a mudança dos sujeitos.

Com a pesquisa realizada junto aos familiares de alguns usuários (as) percebe-se que a participação da família no tratamento é de extrema importância. Não chega a ser um determinante, mas sua colaboração ajuda na redução e até mesmo abstinência destes usuários (as). Quando a família não participa, o sujeito fica sem apoio, sem compreensão, sem ajuda, além de desacreditados, pois sua família já encontra-se cansada.

Desta maneira deve-se investir no trabalho com estes, para aumentar a perspectiva do sucesso dos (as) usuários (as).

Eloquentemente afirma-se que:

A valorização dos familiares como possíveis protagonistas de ações e estratégias complexas, sua inclusão como co-adjuvantes nos serviços de saúde mental, torna o tratamento mais hábil e seu sofrimento mais ameno. Embora as doenças, físicas ou psicológicas, acometam um indivíduo, seus distúrbios podem pesar sobre todos os que vivem em torno dele (ROSS, 1995, p.145).

Relacionado a tal afirmação questionamos sobre o que achavam da participação da família no acompanhamento do tratamento dos (as) usuários (as) no CAPS AD e mesmo com múltiplas respostas, obtivemos o mesmo teor em todas, isto é, todos os participantes

admitiram ser de grande importância o apoio da família durante o processo de recuperação dos (as) parentes dos alcoolistas.

A fala de alguns dos entrevistados reforça nossa idéia da relevância da família durante este tratamento, vejamos:

Meu Deus (choro). Sem família ninguém é nada, minha filha. Eu acho que é tudo que ele precisa, e do CAPS também. A família é a base pra qualquer problema (Entrevista 01).

É bom. A família cansa, mas eles só tem nós. Os amigos num tão nem ai. Eles ficam sozinhos demais. Tem que ser eu, meus filhos. Até que ele melhore (Entrevista 06).

Eu acho que é como uma união. Eles tratam ele aqui, e agente em casa (Entrevista 08).

Como já foi colocado anteriormente, mesmo as falas sendo distintas essa característica positiva está em todas as respostas, nos indicando que mesmo os vínculos afetivos estando desgastados, existe um sentimento que os move para a aceitação e compreensão do problema da dependência. Mesmo aqueles que não participam efetivamente ou nunca frequentam as reuniões, possuem a maturidade de reconhecer essa importância.

De acordo com Nóbrega (2006), quando existe participação da família durante o processo de tratamento no CAPS AD, vêm-se usuários (as) mais participativos (as), mais motivados, cooperativos. Demonstam uma melhor auto-estima e desenvolvem sentimentos de solidariedade para com os (as) demais usuários (as) do Serviço. Tornam-se mais compreensíveis do sofrimento pelo qual passa a família, devido a situação em que os mesmos a colocam, surgindo um sentimento de culpa que de certa forma os encorajam a reduzir ou mesmo abster-se do consumo de álcool.

Podemos, portanto, ressaltar que quando a família não apresenta disposição para acompanhar os (as) usuários (as) no tratamento, estes tornam-se mais suscetíveis a irritabilidade, a pouca participação no Serviço, a baixa auto-estima, com freqüentes recaídas e ainda mais próximo do consumo do álcool, dificultando o controle do consumo, como também sua ressocialização.

Destarte, podemos afirmar que a família é parte integrante e indispensável no tratamento desses (as) usuários (as), pois ela serve como base para a reestruturação da vida dos (as) usuários (as), como pôde ser visto durante o processo de recuperação dos(as) usuários (as) inseridos (as) na realidade do CAPS AD de Campina Grande/PB.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar a questão da família não é uma tarefa fácil, tendo em vista as diferentes formas e mudanças no seio desta organização, além das peculiaridades existentes nessa instituição em cada sociedade e momentos históricos distintos.

Apesar do quadro de grandes mudanças, a família continua sendo a base de todo ser humano, fundamentando os processos essenciais do desenvolvimento psíquico do sujeito.

Desta maneira, tem crescido a preocupação de vários estudiosos em incluir a família no campo da saúde mental, como forma de resgatar os vínculos afetivos perdidos ao longo do processo de adoecimento, para que haja evolução no quadro, principalmente quando se trata da dependência química.

Estamos cientes que o uso da droga pelos indivíduos é milenar, desde os primórdios da humanidade, e que hoje há uma expansão bastante rápida, provocando grandes estragos, principalmente no âmbito familiar.

Nesse estudo, tivemos a oportunidade de nos aproximar da realidade direcionada para a abordagem familiar em dependência química, pois sabemos que a forma de tratamento é recente e escassa. O campo da terapia familiar está florescendo, antes ficava com os Grupos de Ajuda Mútua e hoje os dispositivos substitutos em Saúde Mental já trabalham nesta perspectiva, tornando a família um fator indispensável no tratamento de usuários de álcool e outras drogas e o seu envolvimento é um procedimento essencial nos programas terapêuticos.

Manter um relacionamento familiar com pessoas usuárias de álcool e outras drogas é bastante difícil, principalmente quando estas não estão envolvidas no processo de tratamento, já que ao estarem envolvidos tentam modificar sua condição e relações do núcleo familiar, se transformando e ajudando o dependente a superar o problema, mutuamente.

Quando se trata de dependência química, deve-se partir do princípio que a recuperação não se limita apenas à suspensão do álcool, mas também à recuperação dos laços sociais e afetivos, como é o caso dos laços familiares.

Partindo da observação no CAPS AD, das leituras teóricas e da pesquisa realizada tem-se claro que a família é um ponto fundamental e indispensável no tratamento dos (as) usuários (as) alcoolistas. É a família que, possivelmente, dará o suporte para a mudança na vida do sujeito. Por isso, nos preocupa a importância de se ter um tratamento e preocupação com estas famílias, no sentido de tratá-las, assim como se trata dos (as) usuários (as), uma vez que esta está sendo considerada como peça fundamental na história do tratamento destes indivíduos.

Os familiares são, em sua maioria, o vínculo mais próximo que os (as) usuários (as) tem com o mundo e por isso são pessoas muito importante para os profissionais do CAPS AD, devendo ser considerados (as) como parceiros (as) no tratamento, passando a se envolver de forma ativa no processo terapêutico, tornando-se um importante instrumento de promoção de saúde e da cidadania dos (as) usuários (as).

A falta de integração da família, as discussões, discriminações e brigas existentes neste meio, estimulam o uso de álcool, distorcendo e destruindo a autoconfiança e a auto-estima dos (as) usuários (as), como também da família, dificultando a participação desta no seu tratamento e recuperação, uma vez que um ambiente familiar caótico, não se apresenta como favorável para o tratamento.

A valorização dos familiares como protagonistas de ações e estratégias complexas, sua inclusão como co-adjuvantes nos serviços de saúde mental, torna o tratamento mais hábil e o sofrimento familiar e do sujeito dependente menos doloroso.

Diante disso, concluímos que existe um diferencial no tratamento com dependentes químicos (as) quando há disponibilidade de um suporte familiar satisfatório, podendo ter a clareza que a forma mais condizente para ajudar os (as) usuários (as) de álcool e outras drogas é investindo na família dos (as) mesmos (as).

Se levantamos a hipótese de que é importante a compreensão, o apoio, a dinâmica familiar durante o tratamento dos (as) usuários (as) de álcool, e nesta pesquisa confirmamos o fato, é necessário repensar o cuidado com estas famílias. Durante a entrevista percebemos que as dificuldades são enormes, do campo físico ao psicológico, portanto como estas mesmas famílias poderão apoiar seus (suas) parentes nesta trajetória é a pergunta que deve ser questionada não só á Instituição, mas ao Estado como provedor do bem estar social.

Mioto (2001) afirma que: Se queremos uma condição humana melhor no terceiro milênio temos que assumir a responsabilidade social em relação ás famílias para que elas sejam não o nó, mas o ninho onde os seres humanos aprendem a ser e a conviver. (MIOTO, 2001 p. 1), demonstrando assim que é essencial o cuidado físico e psicológico com as famílias, posto que estas são imprescindíveis na reconstrução da vida social, e no enfrentamento de situações difíceis , e de fraqueza, e na busca de um novo sentido para a vida.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 1995.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**, 70 ed. Lisboa; Persona; 1997.
- BIASOLI-ALVES, Z. **Relações Familiares**. In: Texto e Contexto. Florianópolis: UFSC, 1999, v.8, n.2, ISSN 0104-0707.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial, Brasília, 09 de Abril de 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRUSCHINI, Cristina. **Teoria Crítica da Família**. In: AZEVEDO, M. A; GUERRA, Viviane. *Infância e Violência Doméstica: Fronteira do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 2000.
- CARDOSO FILHO, Pedro. **Álcool e Drogas Ilícitas**. João Pessoa, 2001.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução N° 196**, de 10 de outubro de 1996.
- COTRIM, Beatriz Carlini. **DROGAS: Mitos e Verdades**. Editora Ática, São Paulo, 1997.
- DELGADO, Antonio Carlos Gomes. *et al.* **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. In: MELLO, Marcelo; MELLO, Andréa; KOHN, Robert (orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre, Artmed, 2007.
- DELGADO, Paulo. **Projeto de Lei nº 3.657/89**. Brasília: Câmara dos deputados, 1989.
- FIGLIE, Neilana Buzi. **O Tratamento da Família na Dependência Química**. 2007. Disponível em: <<http://adroga.casadia.org/codependencia/codependencia_tratamento_familia_dependencia.htm>> Acesso em: 21 de junho de 2011.
- FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura**. Editora Perspectiva. São Paulo, 1997.
- GOMES, Evander. **O que é Dependência Química: seus sintomas e prevalência**. 2008. Disponível em: <http://evandergomes.com/o-que-e-dependencia-quimica-seus-sintomas-e-prevalencia/> Acesso em: 24 de abril de 2011.
- GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
- Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. CEBRID/SENAD. Brasília. 2004.

MARSIGLIA, Regina M. Giffone. **O projeto de pesquisa em Serviço Social**. Capacitação em Serviço Social. Módulo 5: Intervenção e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: UnB, 2001 ISBN 85-86290-25-4.

MINAYO; Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

Ministério da Saúde (MS) 1981. **Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Alcool – PRONAL**. Brasília: MS/Disan.

MIOTO, R. C. T. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n° 55. Abr. 1997.

MIOTO, R. C. T. A. **Família é um espaço de Pessoas**. In: WANDERLEY, M.B.; OLIVEIRA, I. M. C. (orgs) Trabalho com Famílias: textos de apoio. São Paulo: IEE-PUC-SP, 2004.

NERY FILHO, Antonio. PAES, Inês (orgs). **Drogas: isso lhe interessa? Confira aqui**. CETAD/UFBA/CPTT/PMV, 2002.

O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Londres, Grã Bretanha, 2010. Disponível em: <http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf> Acesso em: 02 de abril de 2010.

OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. **Reengenharia do Tempo**. Rocco. Rio de Janeiro, 2003.

PORTARIA/GM N° 336 de 19 de Fevereiro de 2002.

ROSS, Jerilyn. **Vencendo o medo: Um livro para pessoas com distúrbios de ansiedade, pânico e fobias**. São Paulo: Agora, 1995.

TORRES, Inês. Odesafio em rede. In: **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. Ministério da Saúde; União Européia; ACODESS, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE

Apêndice A: Entrevista



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

FAMÍLIA: uma análise de sua importância no tratamento dos usuários de álcool no CAPS
AD de Campina Grande/PB

Pesquisador Responsável: Bruna Larissa Cordeiro e Silva

ENTREVISTA N° _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1) **Idade:** _____.

2) **Sexo:**

() Feminino

() Masculino

3) Estado Civil:

solteiro

casado

divorciado

outros _____.

4) Escolaridade:

fundamental incompleto

médio completo

fundamental completo

superior incompleto

médio incompleto

superior completo

Outros. Qual: _____

5) Grau de Parentesco com o usuário:

6) Inserção no mundo do trabalho:

Trab. Formal Desempregado Pensionista Do lar Aposentado

Estudante Trab. Informal Bicos outros _____

QUESTÕES REFERENTES AO OBJETO DE ESTUDO

- 7) A quanto tempo o usuário consome álcool e/ou outras drogas?
- 8) Antes da frequência do consumo da droga como era a relação familiar?
- 9) Quais as dificuldades enfrentadas na convivência familiar com o alcoolista?
- 10) Como a família reage quando o usuário está sob efeito da droga? E quando está sóbrio?
- 11) Você percebe algum tipo de preconceito para com o usuário no meio familiar?
- 12) O que você entende por alcoolismo e dependência química?
- 13) Qual seu compromisso com o tratamento do usuário?
- 14) Como você consegue perceber o CAPS AD, enquanto instituição destinada ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas?
- 15) Você percebe mudanças no progresso do tratamento do usuário depois do CAPS AD?
- 16) Desde de quando participa das reuniões de família no CAPS AD?
- 17) O que você acha da participação da família no acompanhamento do tratamento do usuário no CAPS AD?
- 18) Você considera importante o apoio, o carinho e a compreensão da família, para a recuperação e prevenção das recaídas do alcoolista?
- 19) Além da participação na Reunião Familiar do CAPS AD, a família já procurou outro tipo de ajuda fora da instituição?

20) Aponte sugestões para melhorar a qualidade dos serviços no CAPS AD junto a família dos usuários?

Campina Grande/PB, _____ / _____ /20_____.