

JANAÍNA SOARES VILELA

**O FENÔMENO DO ALCOOLISMO: PROJETOS DE VIDA E
REDES DE APOIO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2012

JANAÍNA SOARES VILELA

**O FENÔMENO DO ALCOOLISMO: PROJETOS DE VIDA E
REDES DE APOIO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 17 de dezembro de 2012.

Douglas Mansur da Silva

Lílian Perdigão Caixêta Reis

Maria das Dores Saraiva de Loreto
(Orientadora)

Com muito carinho, dedico este trabalho aos meus pais, Jaime e Rita, pelo amor incondicional e pelo exemplo de vida. Obrigado por acreditarem em mim e por serem meus exemplos de vida. À minhas irmãs por sempre estarem presentes. Ao Thomás, pela confiança e companheirismo, e por sempre me incentivar a ir mais longe. À minha querida orientadora Dorinha, por me mostrar que eu poderia ser melhor. À todos os meus amigos, familiares, professores e funcionários do DED/UFV por fazerem parte desta minha conquista!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas bênçãos concedidas em toda a minha vida, por iluminar o meu caminho, por estar sempre à frente e por me dar saúde e força para lutar pelos meus sonhos.

Aos meus queridos e amados pais, Jaime e Rita, pelo amor incondicional, carinho e apoio, e por não medirem esforços para que os meus sonhos fossem realizados.

As minhas irmãs Jamila, Jaqueline e Cidinha, por estarem sempre presentes e por torcerem por mim. Vocês são muito importantes para mim! Amo demais!

Ao meu namorado, Thomás, pelo companheirismo, carinho e cuidado, por aceitar as minhas escolhas e compartilhar comigo todos os momentos. Obrigado por estar sempre ao meu lado me incentivando e me fazendo ir mais longe.

À minha querida orientadora, Maria das Dores Saraiva de Loreto que, de maneira muito especial, me deu a oportunidade de conhecer a pesquisa e a extensão durante a graduação e me incentivou a ingressar no mestrado. O meu muito obrigado, pela orientação, pelos ensinamentos, pela confiança e compreensão nos momentos difíceis.

Aos Professores Lílian, Douglas, Emília pelas contribuições para aperfeiçoar este trabalho.

À Professora Simone Caldas Tavares Mafra e Rita de Cássia Pereira Farias, pelos ensinamentos e incentivos enquanto minhas Tutoras, e por torcerem por mim em todos os momentos.

As minhas amigas Patrícia e Sharinna, pelo carinho e apoio em todos os momentos e por terem sido tão presentes nessa trajetória.

Aos meus familiares pelo carinho e dedicação.

A todos os colegas de Curso, em especial à Junia e à Natália, pelas horas de estudo e trocas de conhecimento.

Ao NATA por ter aceitado que este trabalho fosse desenvolvido na instituição.

A todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta pesquisa.

BIOGRAFIA

JANAÍNA SOARES VILELA, filha de Jaime Alves Vilela e Maria Rita Soares Vilela, nasceu em Viçosa, Minas Gerais, em 16 de julho de 1988.

Concluiu em ensino médio no Colégio Anglo de Viçosa, em dezembro de 2006.

Em março de 2007, ingressou no curso de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), em Viçosa, Minas Gerais, graduando-se em janeiro de 2011.

Foi bolsista de extensão PIBEX e do Programa de Educação Tutorial em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (PET/ED/UFV), entre agosto 2008 e dezembro de 2010.

Em março de 2011, ingressou no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, em nível de mestrado, na área de concentração “Família, Bem-Estar Social e Qualidade de Vida”.

Em dezembro de 2012, submeteu-se à defesa da Dissertação, obtendo o título de *Magister Scientae* em Economia Doméstica.

ÍNDICE

RESUMO	x
ABSTRACT	xiii
ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: O TEMA E SUA ABORDAGEM	1
1 – O TEMA DA PESQUISA E SUA JUSTIFICATIVA	1
2 – OBJETIVOS	6
2.1 – Objetivo Geral.....	6
2.2 – Objetivos Específicos.....	6
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	7
CAPÍTULO 1	9
O ALCOOLISMO E A SUA CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA	10
RESUMO.....	10
ABSTRACT	10
1 - INTRODUÇÃO	11
1.1 - Objetivo.....	12
2 - METODOLOGIA.....	12
3 – Contextualização Sócio- Histórica	13
3.1 – Alcoolismo: A sua história	13
3.2 - A Evolução social do Alcoolismo	16
3.3 - Impactos do Alcoolismo	20
4 - CONCLUSÃO.....	22
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
CAPÍTULO 2	25
TRATAMENTO DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA: UM MAPEAMENTO DAS METODOLOGIAS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM MINAS GERAIS	26
RESUMO.....	26
ABSTRACT	26

1 – INTRODUÇÃO	27
1.1 – Objetivo	29
2 – REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1 – O alcoolismo: Causas e Consequências	29
2.2 – As Comunidades Terapêuticas como Redes de Apoio	32
3 – METODOLOGIA	34
3.1 – Área de Estudo.....	34
3.2 – Público Pesquisado	35
3.3 – Forma de Coleta e Análise de Dados	35
3.4 – Variáveis do Estudo	36
4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
5 – CONCLUSÃO	46
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
CAPÍTULO 3.....	51
SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA: MOTIVAÇÕES E	
REDES DE APOIO.....	52
RESUMO.....	52
ABSTRACT	52
1 – INTRODUÇÃO	53
1.1 - Objetivo.....	54
2 – REVISÃO DE LITERATURA	54
2.1 – O Alcoolismo e suas Repercussões no Cotidiano Familiar	54
2.2 – Redes Sociais de Apoio	56
3 - METODOLOGIA.....	59
3.1 – Área de Estudo.....	60
3.2 – População de Estudo	60
3.3 – Forma de Coleta e Análise dos Dados	61
4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	62
4.1 – Perfil Socioeconômico dos Internos, Egressos e de suas Famílias	62
4.2 – Motivações ligadas ao Consumo de Bebidas Alcoólicas	69

4.3 - Redes de Apoio Acionadas pelos Dependentes.....	70
4.4 – Identificação das Redes Sociais de Apoio Acionadas pelas Famílias	74
5 – CONCLUSÃO	77
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
CAPÍTULO 4.....	83
INFLUÊNCIA DO ALCOOLISMO NOS PROJETOS DE VIDA DOS DEPENDENTES E FAMILIARES	84
RESUMO.....	84
ABSTRACT	84
1 – INTRODUÇÃO	85
1.1 – Objetivo	86
2 – REVISÃO DE LITERATURA	86
2.1 – O Alcoolismo e seus Estágios.....	87
2.2 – Projetos de Vida.....	89
3 – METODOLOGIA	93
3.1 – Natureza do Estudo	93
3.2 – População e Amostra.....	94
3.3 – Técnicas de Coleta e Análise dos Dados.....	94
4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	94
4.1 – Repercussões do alcoolismo nos projetos de vida dos dependentes.....	95
4.2 – Influência do alcoolismo nos projetos de vida das famílias	102
5 – CONCLUSÃO	104
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
CAPÍTULO 5.....	108
A EFETIVIDADE DO TRATAMENTO CONTRA ALCOOLISMO DA CASA DE ACOLHIMENTO SÃO FRANCISCO DE ASSIS: UMA ANÁLISE PERCEPTIVA	109
RESUMO.....	109
ABSTRACT	109
1 – INTRODUÇÃO	110

1.1 – Objetivo	111
2 – REVISÃO DE LITERATURA	112
2.1 – Avaliação de um Modelo de Tratamento de uma Comunidade Terapêutica	112
3 – METODOLOGIA	117
3.1 – Área de Estudo	118
3.2 – Unidade Empírica de Análise	118
3.3 – Público Pesquisado	119
3.4 – Formas de Coleta e Análise de Dados	119
4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	119
4.1 – A Casa de Acolhimento São Francisco de Assis	119
4.2 – A Percepção do Responsável Técnico	122
4.3 – Percepções dos Internos e Egressos	126
4.4 – Percepções dos Familiares	133
5 – CONCLUSÃO	137
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
CONCLUSÕES GERAIS	142
APÊNDICES	146

RESUMO

VILELA, Janaína Soares, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, dezembro de 2012. **O fenômeno do alcoolismo: projetos de vida e redes de apoio.** Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Coorientador: Marco Aurélio Marques Ferreira.

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade. Estima-se que cerca de 90% da população consome álcool. De cada dez consumidores, um tem problema de alcoolismo, com repercussões tanto no âmbito da saúde pública, quanto na vida pessoal, familiar e social do dependente. Tal situação leva a que famílias recorram à ajuda externa, no sentido de apoiá-las no processo de recuperação e tratamento de seus membros dependentes. Nesse sentido, as principais questões que esta pesquisa pretendeu responder foram: Quais são as implicações do alcoolismo nos projetos de vida dos dependentes? Como as redes de apoio formal (as comunidades terapêuticas) e informal (família, amigos, vizinhos, etc.) interferem no processo de tratamento do doente? Diante desta realidade, o objetivo geral deste trabalho concentrou-se em analisar a realidade do alcoólatra e de sua família, examinando as repercussões do alcoolismo sobre projetos de vida e redes de apoio, assim como avaliar a efetividade do programa de uma comunidade terapêutica de Minas Gerais, como rede formal concreta de apoio ao alcoólatra, considerando o estágio de dependência. Tratou-se de uma pesquisa de natureza quantitativa e qualitativa, uma vez que ambas as abordagens se complementam, de caráter exploratório-descritivo, do tipo estudo de caso. Para satisfazer os objetivos propostos, a população envolvida compreendeu as Comunidades Terapêuticas de Minas Gerais. Para o estudo in loco, foi selecionado os residentes e egressos da Casa de Acolhimento São Francisco de Assis, em Ouro Preto/MG e suas respectivas famílias, além dos responsáveis pelo funcionamento da referida comunidade. A escolha da comunidade, seus dependentes e familiares dependeu da concordância com a aceitação da pesquisa. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário enviado por e-mail para os coordenadores das comunidades do estado e uma entrevista semi-estruturada, que foi aplicada junto aos dependentes, familiares e responsáveis técnicos. Os dados foram analisados, por meio da análise estatística e análise de conteúdo, discutidos a partir de literatura pertinente. Resultados

mostraram que, em relação às metodologias utilizadas pelas comunidades terapêuticas de Minas Gerais, 60% trabalham com a metodologia dos 12 passos para o Cristão, que consiste em princípios ligados à religiosidade. As demais Comunidades Terapêuticas que não utilizam a referida metodologia consideram a espiritualidade como fundamental no tratamento da síndrome da dependência alcoólica; além da abordagem interdisciplinar, que enfatize a autoestima do dependente e o desejo de se recuperar. Com relação às redes de apoio acionadas para o tratamento do alcoolismo, as redes de íntimos, representada principalmente pelas famílias, foram as redes mais acionadas; seguidas pelas redes formais representadas pelas comunidades terapêuticas. Já, em relação à interferência do alcoolismo nos projetos de vida, ficou evidenciado que este interfere em todos os domínios da vida dos indivíduos, sejam familiares, comunitários, profissionais, financeiros, espirituais, médicos e psicológicos, mas a interferência se dá em especial no domínio familiar, levando muitas vezes à separação conjugal e degradação das relações familiares. No que se refere à efetividade do tratamento do alcoolismo, pode-se perceber que esta ocorre de forma parcial, devido à taxa de recuperação ser de apenas 30%, apesar de estar de acordo com a média nacional. Além disso, ficou claro que o bom resultado não depende somente das metodologias adotadas no tratamento, mas também da aceitação e a colaboração do indivíduo em se tratar. Neste sentido, pode-se concluir que, na avaliação das metodologias utilizadas nas Comunidades Terapêuticas de Minas Gerais, a recuperação do dependente depende da força de vontade do indivíduo em se tratar, bem como da utilização de técnicas, fundamentadas na espiritualidade, vistas como essenciais para a conquista de bons resultados. O alcoolismo pode ser considerado como uma doença social, pois atinge não apenas o indivíduo, mas todo o seu meio, interferindo de forma incisiva nos projetos de vida tanto dos dependentes quanto de suas famílias, que constituem a rede social mais acionada no tratamento e recuperação do dependente, seguida das comunidades terapêuticas (redes formais). A efetividade das metodologias adotadas pela Casa em questão possui um alcance parcial dos seus objetivos, em função da taxa de recuperação e limitações de recursos humanos especializados e de infra-estruturas adequadas. Entretanto, a influência da metodologia nas mudanças das condições de vida dos dependentes e familiares compensa o desvio entre o esperado e o realizado, em termos de recuperação e reinserção social. Sugere-se que mais trabalhos sejam

desenvolvidos, especialmente tratando o alcoolismo como um problema social, e não apenas como uma doença.

ABSTRACT

VILELA, Janaína Soares, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, December, 2012. **The alcoholism phenomenon: life projects and support networks.** Advisor: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-Advisor: Marco Aurélio Marques Ferreira.

Alcohol is one of the few psychotropic drugs with consumption admitted and encouraged by society. It is estimated that about 90% of the population consume alcohol. From ten consumers, one has alcoholism problem with consequences either in the public health as in his personal, familial, and social life. This situation leads families to look for external assistance in order to assist them in the rehabilitation process and treatment of their dependent members. In this direction, the main issues that this research sought to answer were: “What are the implications of alcoholism on projects of dependents' life? How the formal support networks (therapeutic communities) and informal (family, friends, neighbors) interfere with the patient's treatment process?” Facing this reality, this work aims mainly to analyze the reality of the alcoholic and his family, examining the effects of alcoholism on life projects and support networks, as well as to evaluate the effectiveness of a therapeutic community program of Minas Gerais State (MG), Brazil, as formal and actual network for supporting alcoholics individuals, considering the alcohol dependence stage. This was a survey of quantitative and qualitative nature, since both approaches are complementary, exploratory, and descriptive as a case study. To meet its proposed objectives, the involved population were comprised by all Therapeutic Communities of Minas Gerais State. For studying “in loco”, residents and egressed from Casa de Acolhimento São Francisco de Assis (Hospitality House São Francisco de Assis) in Ouro Preto City/MG and their respective families were selected besides the operation staff of that community. The choice for this community, its dependents, and families for this research was made on agreement and consent from them. To collect data, a questionnaire was sent by e-mail to coordinators of the state communities and a semi-structured interview was applied to dependents, relatives, and technical managers. The data were analyzed by statistical and content analysis and then they were discussed based on related literature. Results showed that, in relation to the methodologies used by therapeutic communities of Minas Gerais,

60% are adopting “Christian 12-Step” (Drug Rehabilitation and Recovery program), which consists of principles related to religiosity. The remaining Therapeutic Communities that do not use the above methodology consider spirituality as fundamental in the treatment of alcoholic dependence syndrome, beyond interdisciplinary approach, which involves the self-esteem and the desire to own recovery. Regarding the support networks contacted to alcoholism treatment, intimate networks represented mainly by families were the most activated, followed by formal networks represented by therapeutic communities. Concerning the life projects, it was shown that the alcoholism interferes in all areas of individuals’ life, whether familial, communautaire, professional, financial, spiritual, medical, and psychological; the interference was evident particularly in familial domain, often leading to marital separation and breakdown of family relationships. With regard to the effectiveness, it was clear that the alcoholism treatment occurs in a partial way, considering that the recovery rate is only 30%, despite in accordance with the national average. Moreover, it was clear that the good result does not depend only on the used methodologies, but also the acceptance and cooperation of the individual in treatment. In this sense, it can be concluded that, in assessing the used methodologies in Therapeutic Communities of Minas Gerais, the dependent recovery depends on the own willpower in treatment and the use of techniques based on spirituality that were seen as essential for achieving good results. Alcoholism can be considered as a social disease because it affects not only the individual but his entire environment, interfering with an incisive way in life projects, in both the dependents and their families, which constitute the social network more activated in treatment and recovery, followed by the therapeutic communities (formal networks). The effectiveness of the methodologies adopted by the Casa de Acolhimento São Francisco de Assis reaches the goals partially, according to the recovery rate and limitations of specialized human resources and adequate infrastructure. However, the influence of methodology in changing the living conditions of dependents and relatives compensates the difference between the expected and reached results, in terms of recovery and social reintegration. It is suggested that more work must be developed, especially treating alcoholism as a social problem and not just as a disease.

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: O TEMA E SUA ABORDAGEM

1 – O TEMA DA PESQUISA E SUA JUSTIFICATIVA

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e aceito pela sociedade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), a mortalidade e limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas provoca direta ou indiretamente custos elevados para o sistema de saúde, pois as morbidades desencadeadas por ele são caras e de difícil manejo.

Além disso, a exposição repetida ao álcool pode induzir alterações comportamentais, como sedação, tolerância (redução dos efeitos comportamentais do álcool) ou sensibilização (aumento das respostas comportamentais produzidas pelo álcool), além de sinais de abstinência (ex. ansiedade). Estas alterações têm sido consideradas fatores importantes para o desenvolvimento de dependência ao álcool (KOOB e LEMOAL, 1997; DARBRA *et al.* 2002, *apud* OLIVEIRA, 2008).

Estudos desenvolvidos por especialistas mostram que o álcool é potencialmente perigoso e deve ser tratado como tal. É simultaneamente desinibidor e depressor, sobretudo quando misturado com outras drogas, como a heroína (...). Visto pelo lado da saúde, o consumo imoderado de álcool pode levar ao coma e à morte, podendo acarretar riscos a curto e longo prazo. Além disso, o álcool tem influência negativa sobre certas pessoas, sendo utilizado como refúgio, principalmente, quando passam por momentos muito difíceis, a exemplo: perda de um ente querido, a demissão no trabalho, brigas na família, entre outros.

De acordo com Nascimento e Justo (2000), o alcoolismo tem sido uma das maiores preocupações da saúde pública no mundo, estando associado a diversos outros problemas tanto de saúde quanto sociais, como: mortes no trânsito, desentendimentos familiares e afetivos, separação de casais, homicídios, espancamento de crianças e mulheres, deserção do trabalho e da escola, entre outros.

O Estado de Minas Gerais está entre os estados brasileiros que mais consomem bebidas alcoólicas. De acordo com os dados da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), pesquisa realizada nas 56 instituições federais de todo o Brasil revelou que, no ranking das 10 instituições que tem estudantes que mais consomem bebidas alcoólicas, seis destas instituições estão em Minas Gerais (HOLANDA, 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), a mortalidade e limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo. Calcula-se que, mundialmente, o álcool esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes e que, nos países em desenvolvimento e com baixa mortalidade (19,4 mortes a cada 1000 nascidos vivos – IBGE 2010), dos quais o Brasil faz parte, o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças. Tendo em vista as consequências e os gastos públicos e privados decorrentes do uso/abuso ou dependência de álcool, com impacto em condições de saúde, de trabalho e na família, o estudo deste comportamento na população torna-se de extrema importância para a sociedade.

A este cenário de repercussões negativas do fenômeno do alcoolismo, como elemento justificador do estudo em questão, conjuga-se o interesse da pesquisadora, associado à experiência no desenvolvimento do trabalho acadêmico “O alcoolismo e suas implicações nas relações familiares”, que despertou-a para a temática em questão. Nesse estudo pôde constatar os reflexos do consumo de álcool sobre as relações familiares, que são permeadas por discussões e desentendimentos entre seus membros, em função do alcoolismo, além de busca de apoio por parte do sistema familiar, visando o seu equilíbrio, tal como constado por Trindade (2007).

Outras pesquisas a esse respeito são reportadas por Brasil (2004) e Edwards (2005), que destacam as implicações do alcoolismo sobre o cotidiano familiar, essencialmente os problemas que afetam a esposa, que são de ordem “tanto emocional, quanto práticas”, ou seja, emocionalmente a mulher pode passar por momentos de ansiedade, medo, desgosto, decepção, dúvida, raiva, sentimentos de culpa, sensação de fracasso, carência emocional, baixa auto-estima, etc. Na prática, os problemas podem estar vinculados aos aspectos financeiros, como falta de pagamento do aluguel, escola dos filhos, despesas cotidianas relacionadas à alimentação, transporte etc. Além disso, existem os

danos físicos, que podem ser causados por atitudes violentas, transtornos com a vizinhança em função de desajustes de conduta, ausências constantes e crises de ciúmes. Nem todos esses problemas são observados em cada casal, muitas vezes eles aparecem isoladamente ou combinados entre si ou, até mesmo, em alguns poucos casos, não são nem relatados (FERREIRA, 2008).

Assim, problemas relacionados ao álcool não afetam somente o consumidor individual, mas também toda a comunidade, mesmo pessoas que não bebem, incluindo familiares e vítimas de violências, bem como acidentes associados ao uso de bebidas alcoólicas. Mulheres que consomem bebidas alcoólicas podem correr o risco de gravidez indesejada e expor-se a uma gama extensiva de alterações. Adolescentes e adultos jovens, mais do que indivíduos de qualquer outra idade, têm maior probabilidade de sofrer acidentes de trânsito, violências e rompimentos familiares relacionados ao uso prejudicial de álcool (DUALIBI; LARANJEIRA, 2007). Esses acontecimentos podem mudar os projetos de vidas dos indivíduos, tanto no âmbito profissional e familiar, que estão interligados com os aspectos econômico-financeiros e comunitários, bem como espirituais, médicos e psicológicos.

Para Ribeiro (2005), os projetos de vida de cada pessoa envolvem a articulação entre a dimensão individual (subjetividade) e a social, que geram a idealização e realização de um percurso de vida. Nesse sentido, a ação humana é gerada na relação entre o sujeito e o mundo, entre a pessoa e a sociedade, e que ambos os extremos dessa relação podem influenciar essa ação.

Nesse contexto, a relevância do problema em questão está centrado não somente no aumento do consumo de álcool, mas também em suas repercussões sobre o cotidiano do sistema pessoal e familiar, que tem buscado apoio tanto em redes informais (principalmente de íntimos¹) quanto formais (programas de apoio individual ou coletivo).

A importância das redes sociais, em termos gerais, é discutida por Marques (2010), ao afirmar que as mesmas contribuem para provisão de recursos no processo da produção e reprodução social das unidades familiares. O referido autor, no seu livro “Redes Sociais, Segregação e Pobreza”, destacou que, em

¹Portugal (2006) define as redes de íntimo ou “outros significantes”, como sendo constituídas pelos indivíduos considerados importantes pelo “alvo”. Milardo (1988) define, operacionalmente, este tipo de rede como “indivíduos cuja opinião acerca da sua vida pessoal é importante para si”.

contextos de pobreza, onde diversos tipos de informalidade estão presentes nas trocas mercantis, o grau de impessoalidade, na maioria das vezes, é menor. Nesse caso, prevalece a economia das trocas, sendo intercambiados bens materiais, como dinheiro, mantimentos, ferramentas, entre outros, mas também elementos imateriais, como informações, afetos, solidariedade, apoio emocional etc. Além disso, todas essas trocas envolvem dimensões marcadamente simbólicas, como reconhecimento e prestígio.

Assim, as relações de proximidade, as trocas e atividades em conjunto entre as famílias e associações, o interconhecimento relativo às amigas e aos vizinhos, a religião e os lazeres, todos os elementos aglutinados da vida social local são fundamentais para a reprodução do tecido social. Portanto, conforme mostra os estudos de Bagnasco e Triglia (1993), Sabourien (1999) e outros, as relações sociais de parentesco, amizade e proximidades não desaparecem nem perdem importância durante os processos de mercantilização, embora elas fiquem diferenciadas. É de se esperar, portanto, que os atores sociais passem a re-significar as antigas relações sociais e adequá-las ao novo contexto.

No caso específico das famílias com algum dos seus membros em situação de dependência, Costa (1989) cita que existem dois períodos que são característicos dessa situação. O primeiro período ele chama de *cegueira familiar*, que é caracterizado entre o início do uso de drogas/álcool pelo membro familiar até à descoberta deste pela família. Nesta fase o dependente começa a deixar pistas, no âmbito familiar, de que está utilizando alguma substância psicoativa. O segundo período refere-se à *crise familiar*. Nesta fase, a família já está ciente do problema de dependência do membro familiar. É neste momento que, muitas vezes, a família já não sabe o que fazer, e passa a buscar especialistas para ajudar o dependente (COSTA, 1989). E essa busca é feita através de redes formais e informais, de íntimos ou não, como é o caso dos Alcoólicos Anônimos (AA), dentre outros.

Segundo Oliva (2007), os principais meios de ajuda que o dependente e a família podem recorrer nos casos de Síndrome da Dependência do álcool² são os

² Síndrome de Dependência do álcool (SDA) foi um termo proposto por Griffith Edward e Milton Gross em 1976. A SDA não é uma enfermidade estática que se define em termos absolutos, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida. É um fenômeno que depende da interação de fatores biológicos e culturais – por exemplo, religião e valor simbólico do álcool em cada comunidade – que determinam como o indivíduo se relaciona com a substância, em um processo

programas de apoio social, considerados como “um sistema de relações formais e informais pelo qual os indivíduos recebem ajuda emocional, material e/ou informação para enfrentarem situações geradoras de tensão emocional”. Como comenta o referido autor, esses sistemas de rede de apoio social, como é o caso das comunidades terapêuticas, podem atuar como agentes de integração entre o indivíduo fragilizado ou vulnerável, minimizando os riscos de exclusão social e de danos a sua saúde; mostrando-se, assim, importantes recursos de auxílio para o enfrentamento das dificuldades decorrentes da dependência de substâncias psicoativas.

Intxusta (1992) define as comunidades terapêuticas como sendo um ambiente onde as pessoas, que estão buscando se livrar de dependências (drogas, vícios), vivem juntas em um organizado e estruturado grupo, possibilitando mudanças para viver em uma sociedade livre de dependências. Ela representa uma comunidade em miniatura, onde os residentes e a equipe técnica possuem diferentes papéis e há regras claras, sendo que todos estão voltados para tornar o processo de transição do residente mais ameno. Conta com a auto-ajuda e o apoio mútuo como pilares para o processo terapêutico, no qual o residente é o protagonista e o principal responsável por um maior senso de responsabilidade e de defesa do bem-estar da sociedade.

Segundo Pedrero Pérez et al. (2002), as comunidades terapêuticas definem a sua intervenção em duas dimensões: terapêutico e educacional. A primeira tem como objetivo a correção ou modificação de fatores afetivos, cognitivos ou comportamentais que contribuíram para o estabelecimento de um vício, sua manutenção e a dificuldade de deixar este vício. Por sua vez, a dimensão educacional busca o desenvolvimento de competências pessoais que permitam um bom ajuste entre o indivíduo e a sociedade a que pertence.

Diante do exposto, os principais questionamentos que esta pesquisa pretende responder são: Como as redes de apoio formal (as comunidades terapêuticas) e informal (família, amigos, vizinhos, etc.) interferem no processo de tratamento do doente? Quais são as repercussões do alcoolismo na vida

de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas. Nesse processo de aprendizado da maneira de usar o álcool, um dos fenômenos mais significativos é o surgimento dos sintomas de abstinência. Quando a pessoa passa a ingerir a bebida para aliviar esses sintomas é estabelecida uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência.

individual, familiar e social do alcoólatra? E como esta interferência tem relação com o estágio de dependência deste indivíduo?

Espera-se que as respostas aos referidos questionamentos possam auxiliar as ações dos programas de abstinência e tratamento da síndrome da dependência alcoólica, bem como a orientação e atendimento às famílias em situações de vulnerabilidade, diante de casos de alcoolismo.

2 – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral

Analisar a realidade do alcoólatra e de sua família, examinando as repercussões do alcoolismo sobre projetos de vida e redes de apoio, assim como avaliar a efetividade do programa de uma comunidade terapêutica de Minas Gerais, como rede formal concreta de apoio ao alcoólatra, considerando o estágio de dependência.

2.2 – Objetivos Específicos

Especificamente, buscou-se:

- Contextualizar historicamente o alcoolismo em termos de sua aceitação social.
- Fazer um mapeamento das comunidades terapêuticas de Minas Gerais, identificando seus programas de atendimento à síndrome da dependência alcoólica;
- Caracterizar o perfil socioeconômico do alcoólatra e de sua família;
- Identificar as principais redes de apoio do alcoólatra e familiares, tanto formais quanto informais;
- Examinar, de acordo com o estágio do alcoolismo, como este interfere nos projetos de vida do alcoólatra, sejam familiares, comunitários, profissionais, financeiros, espirituais, médicos e psicológicos;
- Analisar a percepção dos usuários, familiares e equipe técnica com respeito à metodologia e/ou as práticas utilizadas pelo

Programa da Comunidade Terapêutica, no processo de recuperação dos alcoólatras.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAGNASCO, A.; TRIGLIA, C. **La construction sociale du marché**. Lé defi troisiene Italie. Paris: Julillet/Editions de l'ENS – Cachan, 1993.

BRASIL, V. R. Família e drogadição. In: CERVENY, Ceneide M de O. **Família e...: Comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião, drogadição**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

COSTA, A. C. L. L. A família e as drogas. In: Bucher, R. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Brasília: editora da Universidade de Brasília. v.2, p.77-84, 1989.

DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, 2007.

EDWARDS, G. **Tratamento do alcoolismo**: Um Guia para Profissional da Saúde. Trad. Amarilis Eugênia Fernandez Miazzi. Porto Alegre, Artmed, 2005.

EDWARDS G.; GROSS, M. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**. v.1, n.1058-6, 1976.

FERREIRA, D. R. **Alcoolismo e co-dependência**: a interferência do alcoolismo na dissolução da relação conjugal. Palhoça, SC, 2008. Disponível em: <<http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/DanielaRolandFerreira.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOLANDA, T. **Estudantes da Ufop bebem mais que alunos de todas federais no Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2012/10/29/interna_gerais,326118/estudantes-da-ufop-bebem-mais-que-alunos-de-todas-federais-no-brasil.shtml>. Acesso em: 18 fev. 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_uf.shtm>. Acesso em: 09 nov. 2012.

INTXUSTA, G. R. Institucionalización em drogodependencias: las comunidades terapeuticas [institutionalization of drug abusers: the therapeutical communities]. **Intervencion Psicossocial**. v.1. n.2. p. 5-14, 1992.

MARQUES, E. **Redes sociais, segregação e pobreza**. São Paulo: UNESP, 2010.

NASCIMENTO, E. C.; JUSTO, J. S. Vidas errantes e alcoolismo: Uma Questão Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.13, n.3, p.529-538, 2000.

OLIVA, A. L. **Apoio social para dependentes de álcool**. 2007. 96f. Dissertação (Mestrado de Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, 2007.

OLIVEIRA, L. F. G. **Fatores genéticos e ambientais envolvidos com o consumo de etanol e seus possíveis correlatos comportamentais nas linhagens de ratos lewis e shr**. Florianópolis, SC, 2008. Disponível em: <<http://www.ccb.ufsc.br/biologia/TCC-BIOLOGIA-UFSC/TCCLogiaFGoliveiraBioUFSC-08-2.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

PEDREDO PÉREZ, E. J.; HIGUERAS, I. M.; ARROYO, A. O. Desarrollo y validez de un cuestionario para medir El cambio educativo em comunidades terapêuticas para drogodependientes. **Adicciones**. v. 14. n. 1. p. 33-46. 2002.

PORTUGAL, S. **Novas Famílias, Modos Antigos**: as redes sociais na produção de bem-estar. Coimbra: FEUC, 2006. 740f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2006.

RIBEIRO, M. A. O. O Projeto Profissional Familiar como Determinante da Evasão Universitária – Um Estudo Preliminar. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**. v.6, n.2, p.55-70, 2005.

SABOURIEN, E. Praticas de reciprocidade e economia de dádiva em comunidades rurais do Nordeste brasileiro, **Raízes**. N. 20, ano XVIII, novembro de 1999.

TRINDADE, E. M. V. **Filhos de Baco**: adolescencia e sofrimento psíquico associado ao alcoolismo paterno. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=237>. Acesso em: 13 nov. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Abuse. About global alcohol database. **World Health Organization Press**, Geneva, 2002.

CAPÍTULO 1

O ALCOOLISMO E A SUA CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO- HISTÓRICA

O ALCOOLISMO E A SUA CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA

RESUMO

O presente trabalho consistiu de uma pesquisa bibliográfica na qual se objetivou desenvolver uma contextualização histórica e social do alcoolismo e seus impactos. A partir das fontes pesquisadas, foi possível entender que a dependência do álcool, definida como alcoolismo por Magnus Huss, está presente na sociedade desde a pré-história, porém tem ganhado olhares diferenciados, de acordo com o momento histórico e o enfoque que é dado. Já foi considerado como medicamento, por muitos médicos do século XIV, estando presente em rituais, poções e festividades, tendo também outro enfoque, como o de responsável pela desordem e degradação social. Nos últimos tempos, tem sido explorado o seu consumo ligado à doença e, principalmente, como uma doença social, destacando a sua interferência na saúde pública. Diante disto, conclui-se que o alcoolismo, um conceito determinado historicamente, necessita ser mais discutido e que suas reais conseqüências sejam divulgadas, merecendo atenção e estudos, devido à sua implicação na saúde pública, bem como na vida pessoal, familiar e social do alcoólatra.

Palavras-Chave: Alcoolismo; contextualização sócio-histórica.

ABSTRACT

This study is a bibliographical research aiming to develop a historical and social background of alcoholism and its impacts. Based on researched sources, it was possible to understand that alcohol dependence defined as alcoholism by Magnus Huss is present in society since prehistoric times, but it is seen differently according to focus and historical moment. It was already considered a therapeutic drug by many doctors of the fourteenth century and was present in rituals, potions, and festivities, but it has also another approach, it is behind the disorder and social degradation. In recent times, its consumption linked to disease has been addressed especially as a social disease, highlighting its interference in public health. For this reason, it is concluded that alcoholism, a concept historically determined, needs additional discussion and disclosure of their real consequences, deserving attention and studies due to its implication in public health as well as personal, familial, and social life of the individual.

Keywords: Alcoholism; socio-historical background

1 - INTRODUÇÃO

O hábito de beber é um costume muito antigo, que vem desde a pré-história, Porém, somente no século XXI iniciaram-se estudos mais sistematizados para entender esse fenômeno social. Ou seja, recentemente, cientistas, pesquisadores, sanitaristas, psicólogos, sociólogos, biólogos e outros estudiosos têm se voltado para estudar o assunto, devido à enorme proporção em que os problemas associados ao consumo de álcool vêm ocasionando às populações (CARDIM et. al.1985).

A dependência do álcool, definida com alcoolismo, tem se modificado desde que o termo foi proposto no século XIX, pelo médico Magnus Huss (FACCIO, 2008). Ou seja, o termo alcoolismo tem se modificado e a partir de estudos e novos conhecimento sobre o tema, tendo seu significado ampliado e popularizado.

Segundo Santos (1995), a simbologia e os significados das bebidas em cada sociedade e, mesmo em cada época, sempre estiveram vinculados às esferas da sensibilidade humana, seja pelo lado das práticas místicas e religiosas, ou pelo lado das sensações de bem-estar e de prazer. Assim, sempre atrelado a hábitos, crenças e práticas individuais, o uso de bebidas, especialmente os vinhos e as cervejas, já era popular antes mesmo do advento da civilização cristã.

Entretanto, durante as décadas de 1960 e 1970, nos Estados Unidos, o consumo da maioria das substâncias psicoativas teve um crescimento intenso, com consequente estabilização por volta dos últimos anos da década de 70, exceto para a cocaína, que mantém um crescimento até os dias atuais. No entanto, a preocupação com o assunto é crescente e tem mobilizado profissionais de diversas áreas (médicos, psicólogos, professores, entre outros) que procuram alcançar os diversos segmentos da sociedade (GODOI, et. al. 1991).

Essa preocupação está atrelada ao fato de que o alcoolismo pode ser considerado um problema de saúde pública em escala mundial. Estima-se que cerca de 90% da população consome bebidas alcoólicas. De cada dez consumidores, um tem problema de alcoolismo. Calcula-se que o álcool esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes e que, nos países em desenvolvimento e com baixa mortalidade, dos quais o Brasil faz parte, o álcool é o fator de risco que mais contribui para o surgimento das doenças.

Conforme Nascimento e Justo (2000), o alcoolismo tem sido uma das maiores preocupações da saúde pública no mundo, estando associado a diversos outros problemas tanto de saúde quanto sociais, como: mortes no trânsito, desentendimentos familiares e afetivos, separação de casais, homicídios, espancamento de crianças e mulheres, deserção do trabalho e da escola, entre outros.

Assim, problemas relacionados ao álcool não afetam somente o consumidor individual, mas também toda a comunidade, mesmo pessoas que não bebem, incluindo familiares e vítimas de violências e acidentes associados ao uso de bebidas alcoólicas. Apesar das suas interferências negativas na vida pessoal, familiar e social do alcoólatra, o álcool é uma das drogas mais conhecidas e aceitas socialmente, cujo consumo tem aumentado paulatinamente (PEREIRA, 2002).

Nesse contexto, a relevância deste capítulo está centrada na importância de entender como se deu a disseminação e as consequências do alcoolismo ao longo do tempo.

1.1 - Objetivo

Diante do exposto, o presente capítulo objetivou fazer um levantamento sócio-histórico do alcoolismo em termos da sua aceitação social, além de examinar os seus impactos na vida social.

2 - METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, que, segundo Gil (1999), é desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Primeiramente foi realizada uma consulta bibliográfica na base de dados da Scielo (Scientific Eletronic Library Oline), buscando a partir de palavras-chave “álcool” e “alcoolismo”, para selecionar o material adequado. Diante dos resultados obtidos, a partir de leituras sistemáticas, identificou-se que a grande maioria dos materiais encontrados tratava o alcoolismo apenas como doença, não reportando-se à ele como um problema social, e também não traziam dados

históricos sobre o mesmo. Assim, fez-se necessário recorrer a outras fontes, como livros, dissertações e teses, sites de universidades, revistas e artigos para complementar a pesquisa. Com isso, foi possível selecionar alguns materiais que ajudaram contextualizar o alcoolismo, enquanto doença e problema social e a sua aceitação ao longo dos anos.

Segundo Gil (1999), a leitura na pesquisa bibliográfica deve identificar as informações e os dados constantes dos materiais; estabelecer relações entre essas informações e o problema proposto; analisando a consistência das informações e referências apresentadas pelos autores, seguindo a seguinte ordem: leitura explanatória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa.

Assim, inicialmente foi realizada uma pesquisa e leitura explanatória, procurando-se os títulos e subtítulos, os sumários e os resumos, pesquisando as informações desejadas. Na leitura seletiva, verificou-se com mais atenção as obras de maior importância para a pesquisa, detendo-se mais ao assunto. Procurou-se consultar o maior número de obras que tivesse relação com o álcool e o alcoolismo. Além disso, buscando sistematizar a análise, foram realizadas fichas de indicação bibliográfica com a descrição do autor, obra, assunto e fonte.

Concluído o levantamento bibliográfico realizou-se uma seleção dos materiais que abordavam de forma mais completa o tema pesquisado, fazendo-se uma descrição das informações sobre o alcoolismo.

3 – Contextualização Sócio- Histórica

A contextualização sócio-histórica do alcoolismo centrou-se na discussão dos seguintes tópicos: Alcoolismo e sua história; Aspectos da evolução social do alcoolismo e seus impactos.

3.1 – Alcoolismo: A sua história

O consumo de bebidas alcoólicas faz parte da história da humanidade há milhares de anos. Esse consumo tem o ocorrido em várias culturas conhecidas desde a antiguidade. Há evidências de que nas mais antigas tribos essas substâncias eram utilizadas em rituais religiosos ou místicos para possibilitar ao indivíduo poderes de ver, sentir ou pressentir o que os outros na sobriedade não alcançavam (FACCIO, 2008).

A simbologia e os significados das bebidas em cada sociedade e, mesmo em cada época, estiveram sempre vinculadas às esferas da sensibilidade humana, seja pelo lado das práticas místicas e religiosas, como pelo lado das sensações de bem-estar e de prazer (SANTOS, 1995).

Ao longo do processo de romanização da Europa, alguns hábitos globalizaram-se, envolvendo diversas culturas e povos, os quais tiveram que conviver estreitamente. Por esta época, o uso popular das bebidas alcoólicas continuava sendo como um ritual, ligado sempre às festas e à magia. Não existia um consumo comercial, e a fabricação era artesanal (HEERS, 1989, *apud* SANTOS, 1995).

Ainda segundo Santos (1995), o álcool destilado, obtido a partir da “*aqua ardens*” – um álcool destilado de vinho – entrou, de fato, na vida européia, a partir do século XIV. Sua manipulação, por herbalistas e médicos, permitiu conservar e obter essências de ervas e frutos, bem como matéria-prima de suas poções terapêuticas.

A partir do século XVIII, com a efetiva consolidação de novas relações sociais, as quais se construíram desde a desagregação da velha ordem feudal e da estruturação do capitalismo, o consumo de bebidas alcoólicas começou a ser considerado como um causador de distúrbios na ordem social e na moral burguesa. A tradição de consumir bebidas alcoólicas, dentro dos rituais religiosos ou como livre expressão de um prazer eminentemente coletivo, passou a sofrer regulações morais advindos dos pressupostos e observações gerados pela medicina e por outras ciências afins, revelando o alcoolismo como um problema social.

Assim, estudos foram sendo desenvolvidos e as vantagens e desvantagens do álcool foram sendo reveladas, a partir do referencial teórico proposto por Foucault (1994), em sua obra “O nascimento da Clínica”, onde o corpo se torna objeto de investigação e alvo de um saber médico. A partir daí é vasculhado e estudado o corpo, visando a higienização e a moralização da população.

Todavia, para que se pudesse analisar o processo histórico em que se deu o surgimento da doença alcoolismo – consolidada em 1849, por Magnus Huss (FACCIO, 2008) – não nos bastaria identificar as estratégias e os dispositivos de que lançaram mão os médicos. Há outras nuances que indicam o alcoolismo para

além de uma doença. Como pode ser visto no termo proposto por Griffith Edward e Milton Gross, em 1976, de Síndrome de Dependência do álcool (SDA), afirmando que esta não é uma enfermidade estática que se define em termos absolutos, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida. É um fenômeno que depende da interação de fatores biológicos e culturais – por exemplo, religião e valor simbólico do álcool em cada comunidade – que determinam como o indivíduo vai se relacionando com a substância, em um processo de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas. Nesse processo de aprendizado da maneira de usar o álcool, um dos fenômenos mais significativos é o surgimento dos sintomas de abstinência. Quando a pessoa passa a ingerir a bebida para aliviar esses sintomas é estabelecida uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência.

Ainda, segundo Edwards e Gross (1976) os elementos da Síndrome de Dependência Alcoólica são:

- Estreitamento do repertório: inicialmente, o usuário bebe com flexibilidade de horários, quantidade e tipo de bebida. Ao longo do tempo, passa a beber com mais frequência, até consumir todos os dias, em quantidades cada vez maiores, de maneira compulsiva e incontrolável.
- Saliência do comportamento de busca do álcool: o indivíduo passa a priorizar o ato de beber, colocando a bebida acima de qualquer outro valor, como saúde, família e trabalho.
- Aumento da tolerância ao álcool: com a evolução da síndrome, há necessidade de doses crescentes de álcool para obter o mesmo efeito obtido anteriormente com doses menores.
- Sintomas repetidos de abstinência: quando ocorre diminuição ou interrupção do consumo de álcool, surgem sinais e sintomas de intensidade variável. No início, eles são leves, intermitentes e pouco incapacitantes, mas, nas fases mais severas da dependência, podem ocorrer tremor intenso e alucinações.

Os referidos autores indicam três grupos de sintomas: a) físicos: tremores (finos de extremidade até generalizados), náuseas, vômitos, sudorese, cefaléia, cãibras, tontura; b) afetivos: irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão; c) senso de percepção: pesadelos, ilusões, alucinações (visuais, auditivas ou tácteis).

- Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão de bebida: este é um sintoma importante e difícil de ser identificado nas fases iniciais da síndrome de dependência alcoólica. Evidencia-se na progressão do quadro, com paciente administrando a dose pela manhã para sentir-se melhor.
- Percepção subjetiva da necessidade de beber: há uma pressão psicológica para beber e aliviar os sintomas da abstinência.
- Reinstalação após a abstinência: mesmo depois de períodos longos de abstinência, se o paciente tiver uma recaída, rapidamente restabelecerá o padrão antigo de dependência.

Sendo um transtorno de múltiplas repercussões na saúde do indivíduo, a Síndrome de Dependência do Álcool se apresenta de diversos graus e formas. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (1993, *apud* FACCIO, 2008, p.69), traz a classificação F10 – transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool, com as seguintes subdivisões: F10.0 – Intoxicação aguda; F10.1 – Uso nocivo; F10.2 – Síndrome de Dependência; F10.3 – Estado de Abstinência; F10.4 – Estado de Abstinência com delírios; F10.5 – Transtornos psicóticos; F10.6 – Síndromes Amnéscas; F10.7 – Transtorno psicótico residual e de início tardio; F10.8 – Outros transtornos mentais e de comportamento; F10.9 – Transtornos mentais e de comportamento não especificados.

Assim, de acordo com os seus diversos graus e formas, o álcool, é de longe, a mais perigosa das drogas, responsável por 90% das internações em hospitais psiquiátricos, responsável, ainda, por 45% dos acidentes com jovens entre 13 e 19 anos e por 65% dos acidentes fatais. Provocando 350 tipos de doenças físicas ou psíquicas (SANTOS; MENDOZA, 2011).

Entretanto, apesar de suas repercussões negativas, o álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e aceito pela sociedade.

3.2 - A Evolução social do Alcoolismo

As bebidas alcoólicas sempre tiveram repercussões negativas e positivas, seja ela atrelada a idéia de desordem e baderna social ou, então, ao uso medicinal, como fonte de vida e longevidade. E durante todo o período, esse viés sempre esteve presente, nunca houve um consenso dos efeitos das bebidas alcoólicas,

porém em cada período foi dado determinado enfoque, e é isto que apresenta nesta revisão.

A questão social do alcoolismo representa uma outra nuance a ser desvendada e que diz respeito ao surgimento de uma nova tradição de uso das bebidas alcoólicas. A idéia de “tradição de uso” nasceu quando se pensou em transpor o conceito de “uso dos prazeres”, que Foucault emprega na sua obra “Historia da Sexualidade”, para o nosso objeto, refletindo sobre as formas de uso dos alcoólicos empregadas pelos homens ao longo dos tempos (SANTOS, 1995).

Percebe-se então, uma certa linha de continuidade que envolvia esses usos, e a partir daí fez-nos buscar o conceito de “invenção das tradições”, proposto de Hobsbawn e Ranger (1984) que dizia que:

“Por tradição inventada entende-se um conjunto de práticas, normalmente regulares por regras tácita ou abertamente aceitas: tais práticas, de natureza ritual ou simbólica, visam inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição, o que implica automaticamente, uma continuidade em relação ao passado. Aliás, sempre que possível, tenta-se estabelecer continuidade com um passado histórico apropriado.

A nova tradição de uso dos alcoólicos, que a medicina tentou implantar, mudou o sentido do consumo destas bebidas, tirando-as das esferas do ritual e da cura, e mantendo-as apenas a face do prazer, originalmente ligadas às festas (SANTOS, 1995).

Ainda, segundo o mesmo autor, nas sociedades capitalistas, onde o uso dos prazeres passou a ser regulado com o intuito de fortalecer a moral burguesa, o álcool acabou servindo como válvula de escape das intensas tensões sociais a que os indivíduos são submetidos cotidianamente. Neste caso, embora a nova tradição de uso tenha mantido uma linha de continuidade em relação aos antigos usos, ela gerou uma face deturpada, tanto em relação ao modelo antigo, quanto no que diz respeito às novas formalizações e ritualizações do consumo de bebidas alcoólicas.

Concordando com esta idéia do álcool, como válvula de escape das mazelas sociais, Margareth Rago (1997), em seu livro “Do Cabaré ao Lar”, relata que, no discurso anarquista ou operário em geral, a sociedade em que vivemos, onde a bebida, o fumo, o jogo surgem como válvulas de escape diante de um cotidiano massacrante. No discurso do poder, por seu lado, a questão remete à falta de cultura, de educação e de civilização dos pobres, ainda em estado pré-civilizado. Assim, ela relata que:

“Recrimina-se o operário que, ao invés de lutar pelos interesses de sua classe, aliena-se nos “antros do vício”, bebendo, jogando, fumando, desperdiçando tanto seu dinheiro quanto suas energias, enfim, fazendo exatamente o jogo do inimigo (...). A taberna deve ser evitada porque é um espaço privilegiado de alienação política, lugar onde se contraem grandes vícios e se perdem as grandes idéias (...) Além do que, a taberna é o lugar onde o operário aprenderá a beber, se tornará um alcoólatra e será perdido para a revolução social. A dupla arma dos capitalistas, o álcool deve ser combatido: àqueles interessa o aumento de seu consumo pela classe operaria, tanto economicamente quanto por mantê-la num estado de ignorância e de alienação política. Assim, o álcool é condenado no discurso anarquista como flagelo da classes trabalhadoras porque delega o operário, transforma-o num ser embrutecido, arrasta-o para o submundo, entorpece seu raciocínio, retira-lhe as forças, a perspectiva e a iniciativa para a luta de emancipação social” (RAGO, 1997, p.112).

A tradição da utilização de alcoólicos já se transformara desde a Idade Média, havendo certo abandono do uso estritamente ritualístico. A dimensão da festa e do prazer laicos tomava impulso na mesma medida em que o indivíduo ganhava autonomia frente à Igreja e aos valores políticos feudais. E o uso do álcool integrava-se à perfeição dentro dos novos arquétipos do cotidiano social, inclusive, mantendo-se como uma substância de inúmeras propriedades terapêuticas. Cabe ressaltar, ainda, que o prazer e as festas sempre foram dimensões inerentes ao uso destas substâncias, o que começava a se modificar era o caráter religioso e místico deste uso (SANTOS, 1995).

A partir do século XVIII, com a efetiva consolidação de novas relações sociais, as quais se constituíram desde a desagregação da velha ordem feudal e da estruturação do capitalismo, o consumo de bebidas alcoólicas começou a ser considerado como um causador de distúrbios na ordem social e na moral burguesa. A tradição de consumir bebidas alcoólicas, dentro dos rituais religiosos ou como livres expressão de um prazer eminentemente coletivo, passou a sofrer regulações morais advindos dos pressupostos e observações gerados pela medicina e por outras ciências afins (SANTOS, 1995).

Nos discursos moralizantes relativos à ordem e ao progresso, os burgueses construíram discursos de uma nova moralidade e uma nova tradição era constituída, que exigia alto controle sobre o corpo e que o trabalhador desse o máximo de si para o trabalho. Além disso, estaria em jogo uma questão mais profunda, em termos da condenação veemente das atividades festivas, de bebedeiras, farras, freqüências a bares e bordéis, fumo. Nesta perspectiva, visava-se menos a repressão e a vigilância efetivas; isto é, era promovido um mecanismo

de autodefesa e de proteção da classe trabalhadora frente à violência da dominação classista (RAGO, 1997).

Para Hobsbawn (1984), em seu livro “a invenção das tradições”, na esfera da produção era construída a imagem de um trabalhador ideal, correto e disciplinado e qualquer coisa que desviasse a atenção do trabalho (vícios, promiscuidade, álcool) era vista como males sociais que deveriam ser banidos. E, para garantir a construção desse trabalhador moralizado, construiu-se a figura do alcoólatra, como um sujeito que perdeu o senso de honra e bons costumes.

Nesse sentido, na sociedade havia dois tipos de consumidores de álcool: a) Os bêbados vagabundos e pobres que bebiam nos botequins e mereciam ser encaminhados às casas de correções e cadeias; b) os boêmios ricos, industriais, médicos e políticos, que bebiam nos cafés e concertos e eram dignos de todo respaldo social.

É interessante perceber como, ao longo do século XIX, a busca dos tônicos e estimulantes continuava viva. Na realidade o papel dos alcoólicos nas poções e vinhos medicinais era precisamente o de tonificante e de estimulante. O vinho e a cerveja ocupavam, ainda, o principal lugar dentre estes. O vinho era indicado para as pessoas de “temperamento linfático”, já que “ele tende por sua ação a fazer predominar os sistemas sanguíneo e nervoso” (LIMA, 1989, apud SANTOS, 1995).

O que parecia mais grave aos olhos moralizantes das classes dominantes é que este hábito andava sempre acompanhado de outros “maus costumes” – como a seresta e o violão, a freqüência aos botequins e cabarés, a aglomeração e festejos populares, o barulho e as arruaças promovidos e atribuídos aos bêbados – ou interferindo na disciplina do trabalho – os aperitivos tomados antes e durante o expediente, as faltas e atrasos decorrentes da prática daqueles “maus costumes”, além dos acidentes de trabalho, que eram largamente atribuídos aos usos e abusos de álcool (SANTOS, 1995).

Ainda, segundo o mesmo autor, à revelia dos pareceres científicos, as pessoas estavam consolidando uma tradição de uso de bebidas que afrontava a moral dominante, na medida em que se formalizava uma busca de prazer fora dos limites impostos pela sociedade. E, era por isso, que esta tradição deveria ser definitivamente controlada, submetida à lógica do trabalho capitalista e, principalmente, afastada das classes trabalhadoras.

Para Santos (1995), engendrava-se ainda uma outra noção do alcoolismo como doença social. Por volta de 1850, esse conceito já estava largamente difundido, abrangendo e criando moléstias do convívio social, como a tuberculose, a sífilis, a loucura e o alcoolismo. Doenças cujas tradições científicas consolidavam-se ao longo do processo de fazer-se do modo de produção capitalista.

O conceito de doença social trazia consigo os valores morais constitutivos da ética do trabalho e aproximava-se “naturalmente” das classes trabalhadoras e de seu cotidiano. As precárias condições de vida a que estavam submetidas estas pessoas, principalmente nos ambientes urbanos, fragilizava-os frente à noção de epidemias, o que facilitava a associação entre eles e a miséria urbana (ENGELS, 1985, apud SANTOS, 1995).

3.3 - Impactos do Alcoolismo

Como pode ser visto na contextualização histórica do alcoolismo, os agravos associados ao uso do álcool nem sempre foram os mesmos e nem sempre tiveram a mesma dimensão. A relação do homem com a bebida vem mudando nos últimos anos, em face de uma nova cultura econômica e social, que tem estimulado, através da mídia, novos comportamentos de consumo, promovendo o estreitamento da relação indivíduo-álcool (FLIGIE, et. al., 2004).

O estudo nacional sobre os padrões de uso de álcool na população brasileira identificou que 52% dos brasileiros acima de 18 anos faziam uso de bebidas alcoólicas pelo menos uma vez ao ano. Quanto ao sexo, 65% dos homens e 41% das mulheres consumiam bebidas alcoólicas. Por outro lado, 48% dos brasileiros eram abstinentes, pois nunca beberam ou que bebiam menos de uma vez por ano. No grupo dos adultos que bebiam, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiam cinco doses ou mais, na ocasião em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebiam todos os dias e 28% consumiam bebida alcoólica de uma a quatro vezes por semana - são os que bebem muito frequentemente (LARANJEIRA, et. al., 2007).

Pesquisas comparativas realizadas em 10 capitais brasileiras com alunos da rede pública, constataram um alarmante crescimento dos índices de bebidas alcoólicas, ao lado do tabaco, medicamentos e outras drogas psicoativas. O

alcooolismo encontra-se bastante inserido na sociedade, devido ao grande ciclo econômico, que é gerado em torno dele, ignorando seus malefícios, os quais são deixados em segundo plano (KAPLAN; SADOCK, 2008).

A Previdência Social brasileira tem o alcooolismo como oitava causa de auxílio-doença, estando os gastos com problemas com essa droga envolvendo cerca de 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB). Quanto às internações em hospitais psiquiátricos por dependência de drogas, 90% acontecem devido ao uso de álcool. Ele é responsável também por aproximadamente 75% dos acidentes de trânsito, pois os motoristas alcooolizados são responsáveis por 65% dos acidentes provocados por excesso de velocidade no trânsito. Dentre esses dados, 45% dos jovens do país entre 13 a 19 anos são responsáveis ou estão envolvidos em algum acidente (SILVA, 2010 *apud* SILVA, 2012).

Para Silva (2012), os malefícios advindos da alcooolização, como intoxicação, overdose, cirrose, vício e outros, são muitas vezes deixados em segundo plano devido a grande exaltação da mídia e outros meios de comunicação em relação ao incentivo do consumo, colocando a bebida alcoólica presente em todos os tipos de reuniões sociais, tanto no âmbito doméstico quanto no público, tendo como meta a exaltação da alegria. Ou seja, incorpora-se no imaginário social a bebida alcoólica e o seu consumo cada vez mais próximo de todos, deixando muitos sujeitos vulneráveis à vivências com a alcooolização, fazendo com que tenham experiências e criem estratégias de enfrentamento e formas de guiar suas vidas frente ao alcooolismo.

Diante disso, o uso de bebidas alcoólicas tem sido visto como um sério problema de saúde pública, gerando importantes danos sociais. Os prejuízos provocados pelo abuso dessa droga atingem, em grande escala, toda a sociedade e se intensifica quando se refere ao alcooolista e seus familiares, acarretando vários problemas em que estão incluídos: desemprego, violência, complicações físicas e mentais, danos à família, insegurança no trânsito, mortalidade, entre outros.

A alteração do comportamento em função do uso de álcool pode causar a desestruturação familiar, gastos financeiros excessivos com tratamento e internações hospitalares, mortes ou traumas por acidentes de trânsito, violência urbana e mortes prematuras (FILIZOLA et. al, 2006). No que tange à família, as perdas vividas pelo alcooolista podem incluir a ruptura matrimonial, afastamento

físico e emocional e ameaças de abandono por parte do cônjuge, além do sofrimento que o mesmo causa aos demais familiares.

Chagas et. al. (2008) complementa dizendo que o alcoolismo é uma enfermidade crônica que compromete várias esferas da vida do sujeito, com repercussões familiares, profissionais e sociais. Sadock et. al. (2007) afirmam que o alcoolismo consiste em um distúrbio crônico que altera o comportamento, ocasionado pela ingestão sistemática de bebidas alcoólicas, modificando o funcionamento pessoal, familiar e social do indivíduo, interferindo inclusive nos aspectos físicos.

A pessoa dependente de álcool apresenta dificuldade em admitir que tenha problemas com o uso abusivo dessa substância e, comumente, entende que pode interromper seu uso quando quiser, sem identificar que já está vivenciando dificuldades em decorrência deste ato. Nesse sentido, é raro o sujeito etilista ir para um atendimento de saúde referindo-se como um dependente alcoólico. Por isso, a intervenção requer do profissional maior atenção ao examinar esse indivíduo. Nenhuma das queixas por ele apresentadas é exclusiva do alcoolismo, mas estas, quando associadas a outras, podem indicar a dependência (RAMOS; BERTOLOTE, 1997).

Assim sendo, fica claro que o alcoolismo tem um grande impacto na vida do dependente, e também das pessoas que fazem parte do seu convívio social, evidenciando-se a importância de cuidar e buscar estratégias para minimizar este problema.

4 - CONCLUSÃO

O uso indiscriminado do álcool esta presente há muitos anos em nossa sociedade, seja ele utilizado em festas, rituais religiosos ou na cura, como indicado por muitos médicos. Porém, com o tempo, essa bebida foi sendo retirada dos rituais e cura e mantendo-se apenas a face no prazer, ligado às festividades.

Entretanto, no intuito de estabelecer a ordem burguesa, o uso de bebidas passou a ser regulado, estando associado ao consumo exagerado de bebidas os conceitos de “maus costumes”, fazendo referência à uma imagem pejorativa dos bebedores, causadores de arruaças e desordens sociais. Também o alcoolismo teve o enfoque enquanto doença, mostrando os seus malefícios à saúde do indivíduo e, posteriormente como doença social.

Assim, concebe-se o alcoolismo como um termo de construção social, ao qual o enfoque é dado de acordo com a época e ao que se quer destacar, devido o seu consumo. Pesquisas evidenciaram a influência do alcoolismo no domínio social, e não apenas na questão da saúde do indivíduo, mostrando que este hábito pode levar a prejuízos sociais de grande relevância, como desordem familiar, separação, perda de empregos, problemas financeiros, entre outros. Merece destaque, também, a influência do beber social, que é focado pela mídia, que vem mostrando apenas o alcoolismo como fonte de “alegria social”; deixando, em segundo plano, os seus malefícios, uma vez que as estratégias de marketing incentivam o uso da bebida, levando-a, cada vez mais, para perto da população.

Diante disso, pode-se concluir que o conhecimento e divulgação da problemática que envolve o alcoolismo são necessários, para que os profissionais de diversas áreas possam compreender a verdadeira extensão da dependência alcoólica e, com base em tais informações, propor ações cuidativas que auxiliem na promoção de estratégias de enfrentamento do alcoolismo pelo alcoolista e pelo seu grupo; considerando, principalmente, ações que previnam esta doença, vista como um fenômeno social de intensos impactos na vida pessoal do dependente, de sua família e do seu espaço relacional.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARDIM, M. S.; ASSIS, S. G.; SBERZE, M.; IGUCHI, T.; MORGADO, A. F. **Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil**. 1985. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso de Metodologia de Pesquisa em Saúde Mental. Fiocruz – RJ. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n2/v2n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

CHAGAS, M; HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T.; STUMM; E. M. F.; VIANNA, R. M. O alcoolismo e o grupo de alcoólicos anônimos: o conhecimento de alcoolistas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, V. 2, n.4-5, p.190 – 212. 2008.

EDWARDS, G.; GROSS, M.. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**. v.1, n.1058-6, 1976.

FACCIO, G. KNAULTH, D. **Alcoolismo**: um caso de saúde pública. Trabalho de Conclusão de Especialização – Faculdade de Medicina – UFRS. Porto Alegre, 2008. 28p.

FILIZOLA, C. L. A.; PERÓN, C. J.; NASCIMENTO, M. M. A.; PAVARINI, S. C. I.; PETRILLI FILHO, J. F. Compreendendo o alcoolismo na família. **Revista da Escola Anna Nery**. v.10, n.4, p.660-670, 2006.

FLIGIE, N. B.; BORDIM, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca; 2004.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. 260 p.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOI, A. M. M.; MUZA, G. M.; COSTA, M. P.; GAMA, M. L. T. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de rede privada. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. SP. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n2/10.pdf>> . Acesso em: 10 out. 2012.

HOBSBAWN, E. J.; RANGER, T. **A invenção das tradições**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

LARANJEIRA, R. R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. I. Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. 12ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2008.

NASCIMENTO, E. C.; JUSTO, J. S. Vidas errantes e alcoolismo: Uma Questão Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.13. n.3. p.529-538, 2000.

PEREIRA, João Dantas. Alcoolismo Juvenil. Desafios Sociais. **Revista do programa de pós-graduação em Serviço Social da UFRN**. Ano II – n.2 – janeiro/julho de 2002. Natal (RN).

RAGO, M. **Do Cabaré ao Lar: A Utopia da Cidade Disciplinar**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. (Orgs.). **Alcoolismo Hoje**. 3ª Ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria - ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, F. S. D. **Alcoolismo: a invenção de uma doença**. 1995. 171f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1995.

SANTOS, A. R.; MENDOZA, B. A. P. **O alcoolismo no universo Teen e a informação que é veiculada nos suplementos para jovens**. 2011 Disponível em: <http://www.comunicasaude.com.br/comunicasaude/artigos/tabaco_bebida/artigo_4.php>. Acesso em: 20 nov. 2012.

SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I.; SOUZA, M. J.; ARAÚJO, J. S. Alcoolismo: Representações sociais de alcoolistas. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. v.3, p.986-998, 2012.

CAPÍTULO 2

TRATAMENTO DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA: UM MAPEAMENTO DAS METODOLOGIAS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM MINAS GERAIS

TRATAMENTO DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA: UM MAPEAMENTO DAS METODOLOGIAS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM MINAS GERAIS

RESUMO

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e aceito pela sociedade. Estima-se que cerca de 90% da população mundial consome bebidas alcoólicas, e a cada dez consumidores, um tem problema de alcoolismo, que está associado a diversas situações, tanto de natureza social quando de saúde. Diante desta realidade, o objetivo deste capítulo foi mapear as Comunidades Terapêuticas de Minas Gerais e identificar as metodologias adotadas para o tratamento do alcoolismo. Para obtenção dos dados foi realizada uma entrevista por e-mail e telefone com os responsáveis pelas Comunidades Terapêuticas de Minas Gerais, além de pesquisa bibliográfica. Resultados mostraram que 60% das Comunidades Terapêuticas de Minas Gerais trabalhavam com a metodologia dos 12 passos para o Cristão, que consiste em princípios ligados à espiritualidade, que servem de orientação aos internos quanto às suas atitudes e comportamentos perante a bebida e a necessidade de mudança de vida. As demais Comunidades Terapêuticas que, mesmo não utilizando a referida metodologia, consideram a espiritualidade como fundamental no tratamento da síndrome da dependência alcoólica. Nesse sentido, pode-se concluir que a efetividade da metodologia do tratamento contra o alcoolismo depende do incentivo espiritual para a conquista da recuperação e, portanto, reinserção social dos dependentes.

Palavras-Chave: Alcoolismo; Comunidade Terapêutica; Metodologias de Recuperação

ABSTRACT

Alcohol is one of the few psychotropic drugs with consumption admitted and accepted by society. It is estimated that approximately 90% of the world population consume alcohol and from every ten consumers one has alcoholism problem, which is associated with many situations, both social and health problems. Facing this reality, the present study aimed to map the Therapeutic Communities of Minas Gerais State and identify the methodologies adopted for alcoholism treatment. To data collection, an interview was performed by e-mail and phone call with managers of Therapeutic Communities of Minas Gerais, besides bibliographical search. Results showed that 60% of Therapeutic Communities of Minas Gerais worked with the methodology of "Christian 12-step" (Drug Rehabilitation and Recovery Program), consisting of principles related to spirituality, which provides guidance to the community members about their attitudes and behaviors relative to the alcohol consumption and the need for changing their lives. The remaining Therapeutic Communities, even without using the mentioned methodology, consider the spirituality fundamental in treatment of alcoholic dependence syndrome. In this sense, it can be concluded that the methodology effectiveness of treatment for alcoholism depends on the spiritual encouragement to conquer the recovery and, therefore, the individuals' social reintegration.

Keywords: Alcoholism; Therapeutic Community; Recovery Methodologies

1 – INTRODUÇÃO

Na atualidade, convive-se com um crescimento significativo do consumo de substâncias psicoativas, que vem acompanhado do uso em idades cada vez mais precoces, além do desenvolvimento de substâncias novas e vias de administração alternativa de produtos já conhecidos, com incremento nos efeitos e no potencial de desenvolvimento de dependência. É fundamental entender os motivos que levam esses jovens a fazer uso de tais substâncias. O prazer é o motivo principal para o uso de álcool e outras drogas ilícitas, seguido por ansiedade e pressões dos exames como razões do consumo (ASHTON et. al., 1995).

O uso de substâncias psicoativas, sobretudo de álcool, encontra-se presente em anúncios comerciais, filmes, letras de música e outros meios de comunicação de massa. A apresentação dessas substâncias associadas a fatores desejáveis, como prazer, beleza, sucesso financeiro e sexual, poder e outros, de forma explícita ou implícita, configura-se um importante fator de risco para o seu consumo abusivo (ZASLOW; TAKANISHI, 1993).

Neste contexto, a frequência do consumo de bebida alcoólica vem aumentando na população brasileira, guardando-se as devidas particularidades de acordo com as regiões do país, o padrão de consumo, o gênero, a faixa etária, a classe socioeconômica e o tipo de bebida consumida (LARANJEIRA, et. al., 2007)

Quando se considera que o consumo e a dependência de álcool aumentam o risco para problemas sociais, de trabalho, familiares, físicos, legais e com violência, pode-se afirmar que ele merece atenção e configura-se como um problema de saúde pública (REINALDO; PILLON, 2008).

Em relação aos problemas familiares, segundo o levantamento nacional sobre padrão de consumo de álcool na população brasileira, “25% disseram que o (a) companheiro (a) ou pessoa com quem morou ficou irritado (a) com a bebedeira ou com seu comportamento enquanto bebiam. Outros 12% disseram ter iniciado discussão ou briga com o parceiro quando bebiam”, o que aponta para a importância do trabalho com as famílias desses indivíduos (LARANJEIRA, et. al.; 2007).

Assim, problemas relacionados ao álcool não afetam somente o consumidor individual, mas também toda a comunidade, mesmo pessoas que não bebem, incluindo familiares e vítimas de violências e acidentes associados ao uso de bebidas alcoólicas.

Nesse contexto, a relevância do problema em questão está centrado não somente no aumento do consumo de álcool, mas também em suas repercussões sobre o cotidiano do sistema pessoal e familiar, que tem buscado apoio tanto em redes informais quanto formais (programas de apoio individual ou coletivo).

A importância das redes sociais, em termos gerais, é discutida por Tomaél et. al.(2005), ao afirmar que a configuração em rede é peculiar ao ser humano, ele se agrupa com seus semelhantes e vai estabelecendo relações de trabalho e de amizade, enfim, relações de interesses, que se desenvolvem e se modificam conforme a sua trajetória. Assim, o indivíduo vai delineando e expandindo sua rede conforme sua inserção na realidade social.

As mesmas autoras complementam ainda afirmando que as pessoas estão inseridas na sociedade por meio das relações que desenvolvem durante toda sua vida, primeiro no âmbito familiar, em seguida na escola, na comunidade em que vivem e no trabalho; ou seja, as relações que as pessoas desenvolvem e mantêm é que fortalecem a esfera social. A própria natureza humana nos liga a outras pessoas e estrutura a sociedade em rede.

Assim, familiares buscam apoio em redes sociais para solucionar e ou amenizar os problemas cotidianos. Segundo Oliva (2007), os principais meios de ajuda que o dependente e a família podem recorrer nos casos de Síndrome da Dependência do Álcool (SDA) são os programas de apoio social, como é o caso das comunidades terapêuticas, que podem atuar como agentes de integração entre o indivíduo fragilizado ou vulnerável, minimizando os riscos de exclusão social e de danos à sua saúde.

De acordo com a Instituição Padre Haroldo (2013), a Comunidade Terapêutica é um modelo residencial de tratamento da dependência química de drogas ou substâncias psicoativas (SPA), que utiliza como método a experiência de vida e de convivência em uma cultura saudável, organizada como uma micro-sociedade, que provoca a participação e o envolvimento desta e nesta cultura.

1.1 – Objetivo

Diante do exposto, o presente estudo objetivou fazer um mapeamento das Comunidades Terapêuticas do Estado de Minas Gerais identificando quais as metodologias adotadas por estas para o atendimento e tratamento da Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA).

2 – REVISÃO DE LITERATURA

Para o alcance dos objetivos propostos, procurou-se fazer uma pesquisa bibliográfica pautada no alcoolismo, suas causas e conseqüências, bem como sobre o funcionamento das comunidades terapêuticas, como redes de apoio para os dependentes e suas famílias.

2.1 – O alcoolismo: Causas e Conseqüências

É comum que homens e mulheres repitam aquelas atividades que trazem prazer ou mitigam o desconforto. Se fosse possível um exame superficial da população, esse revelaria que mais de 50% - e talvez mais de 80% - mostraria tendência para alguma substância ou atividade que estimule compulsividade: álcool, drogas, comida, sexo, jogo, esporte, compras. As pessoas que dependem dessas substâncias ou atividades para o seu conforto, tornam-se dependentes, o que pode gerar grandes transtornos sociais (CAMPBELL e GRAHAM, 1991).

Segundo os mesmos autores, alguns destes comportamentos são aceitos e até admirados. Por exemplo, nossa sociedade respeita a inclinação obsessiva para o trabalho. Outras formas de comportamento obsessivo não são admiradas, mas aceitas como mecanismos toleráveis, como é o caso do consumismo.

Outros comportamentos não são bem aceitos socialmente, como é o caso do uso excessivo de drogas e bebidas alcoólicas. Segundo Campbell e Graham (1991), o alcoolismo é uma doença crônica, progressiva e incurável. Sua característica maior é a perda de controle sobre o álcool e alterações no comportamento.

Em situações festivas e comemorativas o consumo de álcool é comum e esperado pela população, não sendo necessariamente considerado como um fator de risco. O álcool, assim, não é somente uma substância química que produz

sensações específicas, mas um recurso mediador através do qual se satisfaz uma necessidade psíquica e social. No entanto, quando ingerido em grandes quantidades pode estar associado a comportamentos maníaco-depressivos ou a diagnósticos de dependência física. Nesse sentido “o ato de consumir bebida alcoólica é vista como parte da vida, mas beber exige um saber que é traduzido pela não embriaguez ou pela embriaguez controlada, aquela na qual o indivíduo bebe, mas não perde o controle sobre suas ações”. (OLIVA, 2007; GARCIA, 2004. p.27).

Diante disso, a questão do consumo do álcool deve ser analisada mais em termos de controle de consumo e de grau do que propriamente do caráter tóxico do álcool. Além disso, o consumo moderado de álcool distingue-se do alcoolismo, porém a partir do aumento do primeiro é que se chega à segunda situação. O consumo moderado é considerado como um “beber integrado”, “não nocivo”, ou seja, o consumo de quantidades de bebida que não venham provocar perturbações ao consumidor a curto, médio ou longo prazo. Já referente à segunda situação, o alcoolismo, caracteriza-se como um comportamento compulsivo de ingestão de álcool, derivado de dependência física do indivíduo quanto à ingestão de bebida (MARTINS, 2008).

A dependência física é um dos sintomas do alcoolismo, que é também conhecido como Síndrome da Dependência do Álcool (SDA), cujas principais características são: a *compulsão*, que se caracteriza como a necessidade ou desejo incontrolável por beber; a *perda de controle*, na qual se destaca a incapacidade de parar de beber após o primeiro gole; a *dependência física*, que ocorre quando o indivíduo para de beber após um longo tempo sobre o efeito da bebida, com sintomas frequentes, como náuseas, tremores, suor e ansiedade; e, por fim, a *tolerância*, onde o indivíduo sente a necessidade de aumentar a quantidade de bebidas para se satisfazer. É importante ressaltar que nem todos estes sintomas ocorrem juntos (PREVINE, 2007).

Segundo Foester (2010), o consumo de bebidas alcoólicas pode ser influenciado por fatores, tais como: influência dos pais (que já consomem tais substâncias), fatores sociais (propagandas), pressão por parte dos companheiros ou ainda por curiosidade. Relacionado à influência familiar e de amigos ao consumo de bebidas alcoólicas, a pesquisa de Clementino (2012), em escolas públicas em Campina Grande – PB com jovens entre 10 e 19 anos, revelou que

cerca de 54% dos entrevistados já haviam experimentado bebidas alcoólicas e que em 40% dos casos, a “casa de amigos” era o local mais frequente para o uso do álcool.

Sendo assim, Pears et. al. (2007), afirmam que vários mecanismos de ordem social, familiar e individual operam em conjunto para o desenvolvimento do alcoolismo, sendo que a dependência de uma substância psicoativa em uma geração afeta o funcionamento familiar de outra.

Nas últimas décadas, o consumo de álcool vem aumentando no mundo todo, sendo que a maior parte deste aumento acontece em países em desenvolvimento. De acordo com estudos populacionais brasileiros, o alcoolismo está negativamente associado com situação socioeconômica, educacional, ocupacional e financeira (INCA, 2003).

Além disso, o álcool é a droga que mais vicia no mundo, dado que a substância é livremente anunciada em toda a mídia: rádios, televisão, revistas. E, o que nos parece mais importante, é exibida como um troféu, enfocada como parte essencial dos momentos de prazer, vinculada à sucessos financeiros e acertadas decisões pessoais, políticas e empresariais. O álcool é um grande negócio, sendo que a receita dessa indústria gera milhões anuais no Brasil e, a partir do marketing, cria-se imagens sedutoras, procurando encobrir os efeitos destruidores que o alto e frequente consumo traz (SANTOS; MENDOZA, 2011).

O alcoolismo é hoje, nas sociedades ocidentais, um grave problema de saúde pública. O álcool tem uma taxa de prevalência entre 1,0 e 10% da população, segundo Jean-Paul Roussaux, Blandine Faoro-Kreit e Denis Hers (*apud* Martins, 2008), o que vem merecendo por parte das autoridades responsáveis, bem como pela sociedade civil em geral, um progressivo aumento de medidas relativas a este fenômeno, que inibam o seu consumo excessivo, através de campanhas de sensibilização para o problema (nas escolas, nos meios de comunicação social, etc.). Além disso, busca-se a reformulação do quadro jurídico que regulamenta o consumo e venda de bebidas alcoólicas (MARTINS, 2008).

O alcoolismo, segundo Croix d’Or (*apud* SANTOS; MENDONZA, 2011, p.4), constitui progressivamente uma doença caracterizada por uma fragilização do indivíduo antes de atingir uma fase verdadeiramente patológica. Esta fase é precedida de um longo período de distorção que, caso não seja

interrompida, evolui lentamente para a inadaptação e depois pela regressão, para, no fim, chegar a uma estruturação anárquica, culminando com a demência intelectual, a catástrofe econômica, e até a morte.

2.2 – As Comunidades Terapêuticas como Redes de Apoio

Buscando minimizar o sofrimento e o desconforto de indivíduos que vivem em situação de dependência de substâncias químicas (álcool e drogas), indivíduos e famílias vem buscando ajuda através de redes sociais.

De acordo com Zampier (2007), a origem da idéia de redes nasceu do conceito de estrutura social, no início da década de 1930, nas pesquisas do antropólogo social Radcliffe-Broow, que permitiram compreender melhor as relações através das quais as ações sociais estão organizadas.

Castells (2006) defende que a rede é um conjunto de nós interconectados e é tudo aquilo que forma aliança e parcerias que se comunicam entre si, movimentando a sociedade na sua mais complexa forma, de modo a atender os mais amplos aspectos da dinâmica social, o que ele chama de sociedade da informação.

De acordo com Stotz (2009), as redes sociais podem ser organizadas em nível local, municipal ou nacional e podem ser de dois tipos: redes primárias que se refere às relações significativas que uma ou mais pessoas estabelecem diariamente durante suas vidas e as redes secundárias que se formam pela atuação coletiva de instituições, de grupos e movimentos que defendem interesses comuns.

Dentre as redes secundárias, pode-se citar os programas sociais, que são definidos por Cano (2006), como “uma intervenção sistemática planejada com um objetivo de atingir uma mudança social, por exemplo, um programa para diminuir consumo de drogas, ou para diminuir o número de acidentes de trânsito”.

No caso do alcoolismo, existem diversos programas sociais de apoio ao dependente e à família, sendo um deles a instituição Alcoólicos Anônimos, que pode ser vista como uma forma de sociabilidade, na qual o dependente toma a consciência de sua condição de alcoólico (doente), buscando realizar sua vida dentro da instituição que está dissociada da sociedade. Nesta instituição, os integrantes alteram o seu modo de ver o mundo, buscam a abstinência como valor

terapêutico, adotam novas ações e negam o modo de vida anterior; ou seja, eles aceitam se integrar a um processo de mudanças de suas representações sobre o mundo e a sociabilidade (GARCIA, 2004).

Outro tipo de instituição que atua na recuperação de alcoólatras e outros dependentes químicos são as Comunidades Terapêuticas, que são coordenadas pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), e estas são resultados de uma proposta de tratamento diferente dos hospitais psiquiátricos existentes. De acordo com informações da FEBRACT (2011), a criação destas comunidades foi desenvolvida por Maxwell Jones e sua proposta era democratizar o tratamento do alcoolismo e de outras dependências químicas, estimulando a comunicação entre todos os membros, incluindo inclusive, o ambiente no processo terapêutico, fazendo com que os internos participem da condução do dia-a-dia da Comunidade. Neste programa, a participação dos internos nas Assembléias Gerais é essencial, uma vez que todos têm o direito de perguntar e de expor suas idéias, buscando-se ressaltar “a participação ativa dos internos na própria terapia, a comunicação social democrática e igualitária, o envolvimento de sentimentos, permitindo a redução de tensões sociais” (FEBRACT, 2011).

As comunidades terapêuticas são consideradas comunidades em miniatura, onde os residentes (em tratamento) e a equipe técnica possuem diferentes papéis e onde há regras claras. É um ambiente onde as pessoas, que estão buscando se livrar de dependências (drogas, vícios), vivem juntas em um organizado e estruturado grupo, possibilitando mudanças para viver em uma sociedade livre de dependências. Para o processo de recuperação, as comunidades terapêuticas contam com a auto-ajuda e o apoio mútuo, como pilares para o processo terapêutico, no qual o residente é o protagonista e o principal responsável por um maior senso de responsabilidade e de defesa do bem-estar da sociedade, conforme exposto por Intxusta (1992).

Goti, citado por FEBRACT (2011), acrescenta ainda que para o dependente se tratar em uma Comunidade Terapêutica é fundamental que a pessoa aceite voluntariamente este método de tratamento, pois o residente é o principal ator de sua cura, ficando para a equipe técnica apenas o papel de proporcionar ajuda e apoio. Vale ainda ressaltar que quando os princípios básicos deste tipo de tratamento são corretamente aplicados os resultados obtidos são bons, o que leva

ao aumento da adoção deste tipo de tratamento no Brasil e em outras regiões de todo o continente.

Estes mesmos princípios podem ser adotados por outras instituições que tenham como objetivo auxiliar no tratamento de dependentes do álcool, contribuindo para a resolução de problemas sociais, familiares e individuais causados pelo alcoolismo.

3 – METODOLOGIA

Visando atender o objetivo proposto, fez-se uma pesquisa de natureza qualitativa, que, segundo Paulilo (1999), trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões, buscando-se adequar e aprofundar sobre a complexidade dos fatos e processos, particulares a indivíduos e grupos. Minayo (2004) complementa dizendo se tratar daquelas metodologias capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

3.1 – Área de Estudo

O presente estudo foi realizado no Estado de Minas Gerais, que contém 853 municípios e teve o seu desbravamento no século XVI, quando os bandeirantes vieram em busca de ouro e pedras preciosas. Em 1709, foi criada a Capitania de São Paulo e Minas de Ouro, que, em 1720, foi desmembrada em São Paulo e Minas Gerais.

Hoje, Minas Gerais tem uma população de aproximadamente 19,5 milhões de habitantes e representa a terceira maior economia entre as 27 unidades da Federação Brasileira. Em 2009, o Produto Interno Bruto (PIB) do estado foi de R\$ 287,1 bilhões, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O número equivale a 8,9% do total do Brasil, cujo PIB foi de R\$ 3,2 trilhões, em 2009, sendo o setor de serviços o responsável por 53,6% do PIB estadual, enquanto a indústria responde por 26,4% e a agropecuária por 7,9% (PORTAL, 2012).

3.2 – Público Pesquisado

Para atender o objetivo proposto, fez-se entrevista semi-estruturada com os responsáveis pelas Comunidades Terapêuticas do Estado de Minas Gerais, que aceitaram participar da pesquisa e responderam os questionários enviados por e-mail, que buscou examinar quais metodologias estavam sendo adotadas pelas Comunidades Terapêuticas no processo de tratamento do alcoolismo e verificar, a partir da visão dessas pessoas, se estas metodologias estão sendo efetivas, ou seja, se estão atingindo os objetivos propostos inicialmente.

3.3 – Forma de Coleta e Análise de Dados

Inicialmente, para atingir o objetivo proposto, fez-se um levantamento, através de informações disponíveis na internet, sobre as comunidades terapêuticas de Minas Gerais, sendo identificadas, neste primeiro momento, 204 instituições.

Em seguida, através de ligações telefônicas fez-se uma filtragem, considerando quais dessas instituições estavam em funcionamento, no ano da pesquisa (2012), como também se tratavam os dependentes alcoólatras em regime de internação. A partir dessa etapa, restaram 136 comunidades terapêuticas, que estão em funcionamento no estado de Minas Gerais.

Em contato por telefone com essas instituições, esclareceu-se sobre a pesquisa indagando-se sobre o aceite em participar da mesma, explicando que seria enviado um questionário por e-mail com algumas perguntas a respeito das metodologias utilizadas no tratamento dos dependentes alcoólatras. Apenas três instituições disseram não estar disponíveis para a participação na pesquisa. Portanto, foram enviados os questionários para as 133 instituições restantes, e mesmo após três ligações e vários e-mails, com pedido para responderem os questionários e reafirmando a importância destas respostas para a pesquisa, obteve-se um retorno de apenas 10 questionários (7,5%).

Além dos questionários enviados por e-mail, para a obtenção do objetivo proposto, fez-se uma pesquisa bibliográfica sobre as metodologias utilizadas no tratamento da síndrome de dependência alcoólica, assim como sobre o alcoolismo e as normas que regem as Comunidades Terapêuticas, de acordo com a ANVISA (2011).

Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2009), para análise das informações qualitativas apresentadas pelas entrevistas. Segundo Caregnato e Mutti (2006), a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Assim, é um meio de expressão do sujeito, onde o pesquisador busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

3.4 – Variáveis do Estudo

No mapeamento das metodologias adotadas nas comunidades terapêuticas, foi indagada as seguintes questões: a) quais as metodologias utilizadas durante o tratamento do dependente alcoólatra; b) quais os resultados destas metodologias; c) estas metodologias estão sendo efetivas no processo de tratamento do alcoolismo.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em Minas Gerais, as 136 Comunidades Terapêuticas (CT) localizadas estão distribuídas em 72 cidades, como pode ser vista na Figura 1, estando concentrada na região da zona da mata e central do Estado.

A localização destas comunidades terapêuticas está de acordo com a região de maior consumo de bebidas alcoólicas no estado. Este dado pode ser confirmado com a reportagem de Lopes (2011), onde destaca que universitários da cidade histórica de Ouro Preto, famosa pelo carnaval, calouradas, festas e festivais, foram apontados como os que mais fazem uso de álcool entre os alunos das instituições federais do país. Pelo estudo, 29,18% dos estudantes da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) assumem consumir bebidas alcoólicas periodicamente ou sempre, número que representa mais que o dobro da média nacional, de 14%. E reforçado pela reportagem de Holanda (2012), onde afirma que das cidades universitárias do país, entre as dez que consomem mais bebidas alcoólicas, seis estão localizadas no estado de Minas Gerais.

Relação das Comunidades Terapêuticas (CT) em Minas Gerais, 2013.

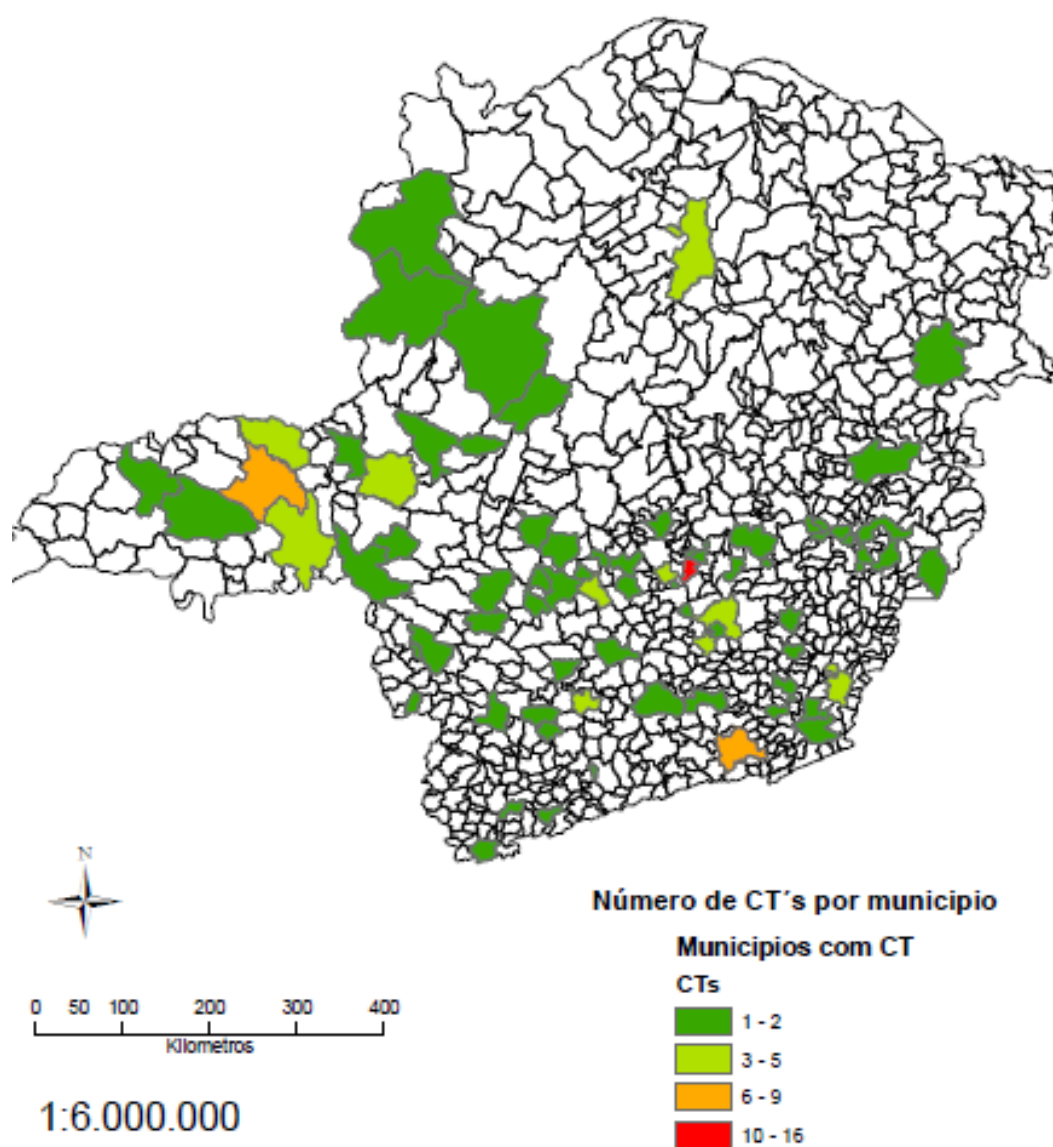


Figura 1 – Relação das Comunidades Terapêuticas (CT) em Minas Gerais, 2012.

Fonte: Dados de Pesquisa, 2012.

Em Minas Gerais, as comunidades terapêuticas funcionavam há pelo menos 23 anos. Estas têm a capacidade de atenderem no mínimo 12 internos, porém este número varia de acordo com as instalações físicas e a quantidade de profissionais que trabalham no processo de tratamento.

As equipes técnicas destas instituições eram compostas geralmente por pastores/padres, psicólogos, monitores e voluntários. Em algumas clinicas particulares, pela maior possibilidade de recursos financeiros, haviam auxílio de médicos, médicos psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, educadores, enfermeiros,

terapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Para compor o quadro técnico, as clínicas faziam parcerias com universidades e faculdades, oferecendo estágios para os futuros profissionais; outras tinham parceria com prefeituras locais, contando ainda com a cooperação dos profissionais do Centro de Apoio aos Dependentes (CAD), fazendo com que a equipe no processo de tratamento fosse multidisciplinar, conseguindo assim oferecer o melhor tratamento para os dependentes.

Em alguns casos, as clínicas não contavam com a participação de uma equipe técnica especializada, estando o tratamento focado na espiritualidade. E, em situações eventuais, faziam contato com profissionais especializados para as demandas que fossem surgindo.

Quanto ao tratamento dos dependentes, este variava em cada comunidade terapêutica. Seis, das dez comunidades entrevistadas, utilizavam a metodologia dos “Doze Passos para o Cristão”, no seu processo de tratamento. E, mesmo as outras quatro comunidades, que não relataram a utilização desta metodologia, o tratamento estava pautado na espiritualidade.

Entende-se por espiritualidade às questões relacionadas ao significado da vida, não se limitando às crenças, costumes e práticas religiosas. O conceito, historicamente, faz referência à influência de Deus, de um Ser Superior que interfere no viver humano. No século XX, a palavra foi amplamente difundida para vários idiomas, relacionada ou não a tradições religiosas, mas ainda destituída de conceituação plenamente satisfatória (WAKEFIELD; SHELDRAK, 2003).

Uma definição direcionada ao âmbito das dependências apresenta a seguinte proposta de conceituação: espiritualidade é uma distinta e potencialmente criativa dimensão universal da experiência humana resultante da percepção subjetiva interna dos indivíduos e sua inserção na comunidade, grupos sociais e tradições. Pode ser vivenciada como uma relação intimamente *interna*, pessoal, que faz parte da essência do ser com ele mesmo e com o outro, e/ou uma relação com a qual a totalidade do 'outro' transcende além de si mesmo. Isto é experimentado como sendo de fundamental importância e tem relação com o significado do sentido e propósito da vida, da verdade e dos valores (COOK, 2004).

Diante da grande utilização desta metodologia, no estado de Minas Gerais, considerou-se relevante conhecer um pouco dos seus princípios, pois ela tem a intenção de levar a mensagem dos Doze Passos e do amor de Cristo para todos os dependentes. Acredita-se que colocar em prática os Doze Passos e os Doze princípios do Amor-exigente ajuda a recuperar o direito inato como filhos de um Deus compassivo, e que os sentimentos de indignidade, ansiedade e inferioridade diminuem, sendo substituídos pela força e pelas virtudes espirituais.

Com o intuito de conhecer o conteúdo destes 12 passos, segue a descrição dos Passos e alguns de seus princípios, de acordo com Haroldo Rahm (2010).

No Primeiro Passo, os internos começam a admitir que seja impotente perante a bebida e que não podem controlar nem dominar a sua própria vida. Os residentes reconhecem que está ocorrendo uma disfunção em suas vidas e que os propósitos divinos não são seguidos, ou seja, tem sido uma vida doente, ruim, sem sorte e até perigosa.

No Segundo Passo, “Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade. *Pois é Deus quem opera em vós o querer e o fazer segundo o seu desígnio benevolente (Fl 2, 13)*”. Neste momento, o reconhecimento de que existe um poder além de nós mesmos para ajudar e curar é uma das ideias fundamentais. Crer em alguma coisa ou alguém é mais do que reconhecer que essa alguma coisa ou esse alguém existe e a crença que salva subentende confiança e compromisso. Assim, neste passo, faz-se mais que reconhecer a existência de Deus, começando a praticar a confiança nele para a manutenção da sobriedade.

No Terceiro Passo, “decide-se entregar a vontade e a vida aos cuidados de Deus, na forma em que o concebíamos. Eu vos exorto pois, irmãos, em nome da Misericórdia de Deus, a vos oferecerdes vós mesmos em sacrifício vivo, santo e agradável a Deus: este será o vosso culto espiritual. (Rm 12, 1)”. A ideia fundamental para o terceiro passo é entregar os problemas e aborrecimentos cotidianos a seu Poder Superior, ou seja, entregar as vontades e a própria vida aos cuidados de Deus. Outro conceito importante deste passo é o de obstinação, que é a determinação dentro de nós de controlar nossas vidas, e este conceito não é errado, mas podem ocorrer problemas quando as vontades próprias do ser humano entra em conflito com os de Deus, uma vez que as escolhas feitas por um

alcoólatra levaram a dor, à aflições, a vícios, à compulsões e a comportamentos derrotistas; enquanto a vontade de Deus busca trazer esperança, cura e paz, sendo melhor exercer a obstinação escolhendo entregar-se aos cuidados de Deus.

No Quarto Passo, “ Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos. Esquadrinhemos os nossos caminhos, examinemo-los; voltemos ao Senhor. (Lm 3,40)”. Algumas ideias fundamentais deste passo é fazer um inventário moral da própria vida, ou seja, é fazer uma lista das forças e fraquezas que só é possível com a ajuda de Deus. As habilidades de sobrevivência, defesas que desenvolvemos na infância devem seguir nos acompanhando na vida adulta, bem como a negação, que é uma habilidade de sobrevivência fundamental, muito importante para a recuperação do alcoolismo. Por fim, o ressentimento pelas causas passadas é um bloqueio à recuperação, que precisa ser removido porque eles impedem o progresso e o crescimento das pessoas, uma vez que o medo é a primeira reação quando nos deparamos com uma situação nova e este sentimento deve ser equilibrado para que não se torne prejudicial ou leve à tensão.

No Quinto Passo, “Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas. Confessai, pois, vossos pecados uns aos outros e rezai uns pelos outros, a fim de serdes curados (Tg 5. 16)”. Neste passo o indivíduo busca lutar contra a sua sombra. No quarto passo a presença desta sombra é notada, mas só entramos em confronto com o real impacto dela em nossas vidas a partir do quinto passo, onde admite-se francamente as nossas falhas. Outra idéia fundamental deste passo é a confissão que é o ato de admitir as falhas pessoais e reconhecer abertamente as descobertas feitas sobre si mesmo durante o inventário moral, proposto pelo quarto passo.

No Sexto Passo, “Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter. Humilhai-vos diante do Senhor e ele vos exaltará (Tg 4. 10)”. Este passo é uma ocasião própria para buscar superar o medo e adquirir a presteza necessária para prosseguir na recuperação e permitir que Deus nos mude. Nesta etapa os defeitos de caráter (que eram habilidades de sobrevivência usadas desde a infância, como meio de controlar o ambiente, minimizar ameaças e cuidar de si próprio) devem ser eliminados e substituídos por um caráter piedoso. Para tudo isso ser possível é preciso ter disposição e o sexto passo propõe que as boas intenções abram fervura e fermentem até que seja alcançada a disposição para mudar.

No Sétimo Passo, “Humildemente rogamos a ele que nos livrasse de nossas imperfeições. Se confessarmos nossos pecados, fiel e justo como é, ele nos perdoará nossos pecados e nos purificará de toda iniquidade (1Jo 1. 9)”. Neste passo, um conceito essencial é a humildade, que, muitas vezes, é mal vista, mas a humildade que deve ser praticada é aquela sadia e piedosa. A humildade bíblica é aquela na qual nos vemos como Deus nos vê e podemos colocar esta em prática deixando as vontades e planos que cada um tem para a sua vida sob o controle de Deus.

No Oitavo Passo, “Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados. E assim como quereis que os homens façam a vós, fazei do mesmo modo a eles (Lc 6. 31)”. Neste passo, a reparação dos danos causados no passado é um dos objetivos, e esta é praticada por meio de correção de prejuízos físicos ou financeiros, bem como um pedido de desculpas. Além da reparação, o perdoar as pessoas que nos magoaram é essencial e não se trata de uma emoção e sim de uma decisão que deve se tomada pelo dependente com o auxílio de Deus.

No Nono Passo, “Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem. Portanto, quando fores apresentar a tua oferenda ao altar, se ali te lembrares de que teu irmão tem algo contra ti, deixa a tua oferenda ali, diante do altar, e vai primeiro reconciliar-te com o teu irmão; depois, vem apresentar a tua oferenda (Mt 5. 23-24)”. A idéia que este passo vem trazer a tona é o das reparações, que precisamos fazer a alguém que prejudicamos. Estas podem ser diretas quando esta é feita à pessoa prejudicada, mas também realizada indiretamente, nos casos em que a pessoa já faleceu ou de localização desconhecida. Neste tipo de reparação busca-se promover alguma atitude que favoreça algum familiar da pessoa ou em oração a Deus. Para os que prejudicaram a si mesmo, também há um tipo de reparação e neste é necessário um tempo dedicado a endireitar as situações pessoais consigo mesmo.

No Décimo Passo, “Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitimos prontamente. Assim, pois, aquele que pensa estar de pé tome cuidado para não cair (1 Cor 10. 12)”. Uma das idéias fundamentais deste passo é a elaboração de um inventário pessoal parecido com o elaborado no quarto passo, diferindo na natureza contínua. Este pode ser de

verificação aleatória, usada frequentemente e por meio do qual é possível controlar as ações pessoais durante todo o dia. Também pode ser uma declaração do cotidiano, em que todos os dias um tempo de qualidade é dedicado a esta atividade e, por fim, é recomendado que seja feito um inventário periódico de longo prazo, em que é analisado um período mais longo, buscando examinar padrões e estações em nossas vidas.

No Décimo Primeiro Passo, “Procuramos por meio da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de tua vontade em relação a nós, e forças para realizar esta vontade. Que a palavra de Cristo habite entre nós em toda a sua riqueza (Cl 3. 16)”. Alguns princípios essenciais para a execução deste passo são: a oração, que é a comunicação necessária para manter um relacionamento vivificante com o Salvador Jesus Cristo; a meditação, que quando praticada com regularidade, melhora o relacionamento com Deus e o discernimento da Escritura; contato consciente, que traz a idéia de amizade e ligação com Deus e a oração e meditação atraem um bom relacionamento com Deus e permite a compreensão dos caminhos e vontades de Deus e; para a qual devemos rogar pelo conhecimento e por forças para colocá-las em prática.

No Décimo Segundo Passo, “Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos outros e praticar estes princípios em todas as nossas atividades. Irmãos, se acontecer a alguém ser surpreendido em falta, a vós, os espirituais, compete corrigi-lo, com espírito de mansidão; acautela-te contigo mesmo: tu também não podes ser tentado? (Gl 6. 1)”. Para praticar este último passo, duas idéias básicas são importantes. A primeira delas é o despertar espiritual, que se refere a uma mudança gradual no controle da própria vida do dependente e que acaba resultando na percepção de que sinceramente existe a confiança em Deus e a possibilidade de sempre contar com ele. A segunda idéia é a de transmissão da mensagem, na qual os internos são incentivados a passar aos outros a mensagem dos 12 Passos, e a mensagem que deve ser difundida é que Deus pode salvar as pessoas dos pecados, dos comportamentos derrotistas, do desespero e do tormento e afirmamos que Ele pode controlar nossas vidas e nos curar.

Diante da descrição dos 12 Passos para o Cristão, propostos por Rahm (2010), percebe-se que são princípios ligados a religiosidade, sendo, portanto, o

reforço espiritual a estratégia adotada pelos dependentes em tratamento. Assim, estes passos dão orientação aos internos quanto às atitudes a serem tomadas em diversas situações e também têm papel importante na conscientização dos internos de sua impotência perante o uso de bebida alcoólica e a necessidade de mudança.

As demais clínicas, que não utilizavam a metodologia descrita acima, afirmaram que o seu tratamento era baseado na disciplina, com horários para levantar, deitar, fazer as refeições, banho, reuniões terapêuticas, reuniões espirituais, lazer e trabalho interno. Em todos os casos, a espiritualidade se destaca como sendo fundamental no processo de tratamento e na manutenção do tratamento ao deixar a clínica de recuperação, como destacado no depoimento do responsável técnico por uma das comunidades terapêuticas:

“As técnicas espirituais surtem melhores resultados, pois conseguimos mexer com o emocional e isso faz com que o dependente faça uma reflexão de seus atos no decorrer dos anos perdidos, e venha tomar uma decisão para mudança de hábitos, costumes e amigos” (Comunidade Terapêutica 8).

Outra Comunidade complementa, dizendo que:

“(…) a espiritualidade também ajuda muito, vemos como fundamental” (Comunidade Terapêutica 4).

No que tange ao consumo das drogas psicotrópicas, a religião vem sendo claramente identificada como um fator protetor ao uso de drogas, tanto no Brasil quanto no exterior. Entre os estudos que se referem à relação existente entre a religião e as drogas, um dos mais antigos foi realizado na Irlanda e teve como amostra 458 estudantes universitários daquele país. Notou-se maior consumo de álcool entre os estudantes com menor crença em Deus e menor frequência aos cultos religiosos (PARFREY, 1976, citado por SANCHES; NAPPO, 2007).

As mesmas autoras completam que Hawks e Bahr (1992) sugeriram que a religiosidade, expressa pela prática de uma religião, retarda o primeiro uso do álcool, também influenciando a menor frequência posterior do seu consumo. As suas observações confirmaram que a frequência a igrejas e sinagogas estaria inversamente relacionada com o uso de álcool e de outras drogas.

Vasconcelos (2006) vem apontar as diferenças entre o conceito de religiosidade e espiritualidade. Religião é uma organização institucional doutrinária, representante de vivência religiosa, relacionada a uma crença e com a ideia da salvação. Já a espiritualidade caracteriza-se como sendo uma vitalidade

dinâmica que está presente em todo ser humano, chegando a ser uma força transcendente, capaz de mobilizar energias de reação em relação à realidade. Nesse sentido, o grupo de AA prega a espiritualidade, a crença em um Ser Superior, porém desvinculada a qualquer tipo de religião (ALCOOLICOS ANÔNIMOS, 2008).

De acordo com os resultados apresentados, percebe-se que as Comunidades Terapêuticas estavam funcionando, de forma parcial, de acordo com a resolução proposta pela ANVISA (2011), que descreve que estas devem utilizar metodologias que adotem: horário para despertar; atividade física; atividade lúdico-terapêutica (pintura, teatro, música); atendimento em grupo e/ou individual coordenado por profissional de nível superior habilitado em dependência de substâncias psicoativas, ao menos uma vez por semana; atividade didático-científica para expor a realidade e tentar conscientizar os indivíduos; atividade que vise estimular o desenvolvimento interior (cantos, textos filosóficos reflexivos); atendimento médico psiquiátrico pelo menos uma vez ao mês; atendimento em grupo por membro da equipe técnica responsável pelo programa terapêutico pelo menos 3 vezes por semana; participação diária, efetiva e rotativa da rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, etc.; atendimento à família durante o período de tratamento; atividades de estudos para alfabetização, profissionalização, dentre outros.

Das clínicas avaliadas, 30% não contavam com os itens que a ANVISA coloca como necessários nas metodologias de recuperação, como o auxílio de médicos e psicólogos, muitas vezes por não terem recursos financeiros para este tipo de atendimento.

Em todas as clínicas, o dependente possuía acompanhamento familiar e, em algumas delas, este se dava apenas a partir do segundo mês de internação. Eles consideravam que a participação da família era muito importante no processo de tratamento, pois é para o seio da família que o interno voltará ao terminar finalizar o período de recolhimento na CT. As visitas aconteciam geralmente uma vez ao mês em dias pré-estabelecidos. Em alguns casos, o dia desta visita era acompanhado por celebrações religiosas e reuniões. Algumas clínicas (20%) tinham como obrigatoriedade a participação da família no processo de tratamento.

Segundo Almendra (2006), a maior interferência do álcool se dá na qualidade de vida do indivíduo, de sua família e das pessoas próximas a ele.

Sendo assim, o tratamento deve ser focado no indivíduo e no apoio e orientação familiar, uma vez que se trata de uma doença relacionada também a fatores sociais.

Diversas vezes problemas que ocorrem na família, tais como, brigas entre os cônjuges e problemas financeiros, fatos normais de qualquer família, podem ser considerados como fatores de risco quando existe um uso excessivo de álcool por um dos cônjuges, acarretando outros desajustes familiares. Devido a esses problemas com um dos cônjuges alcoolista, diversos casamentos chegam ao seu fim, tendo o desgaste e o desrespeito relacional como causas frequentes de separações (LINO, 2006).

De acordo com a percepção dos coordenadores, as técnicas de recuperação que surtem melhores resultados estão baseadas em uma abordagem multidisciplinar, com ênfase na conscientização do indivíduo sobre sua dependência, em sua concordância em se tratar e na aceitação de um Deus dentro do seu coração. Além disso o tratamento deve ser acompanhado de atividades que motivem a auto-estima da pessoa e, pensando na reinserção social destes indivíduos, o apoio das unidades familiares no tratamento.

“A abordagem multiprofissional e multidisciplinar tem se mostrado mais eficiente e eficaz no enfrentamento do alcoolismo e de outras drogas, sobretudo porque permite contemplar os diversos aspectos que se referem à dependência e ao consumo de álcool e das demais substâncias psicoativas. Há também o fator espiritual, que tem o poder de congrega os dependentes em torno de um bem coletivo com forte apelo ético, por isso deve concordar e incentivar o apoio religioso, para além das preferências institucionais” (Comunidade Terapêutica 6).

Ou seja, independente da religião que se opte a seguir, a importância de acreditar em Deus e contar com a espiritualidade no tratamento tem se mostrado como fator de destaque para o sucesso no tratamento do dependente.

“Acreditamos muito no trabalho que fazemos (...) pois dependemos totalmente da aceitação do dependente para acreditar em si mesmo e aceitar Deus dentro do seu coração, e não temos e não conhecemos nenhum método coercitivo para fazer isto. Comparativamente com as outras metodologias, acreditamos que a espiritualidade pode ajudar a qualquer pessoa que efetivamente queira ser ajudado” (Comunidade Terapêutica 3).

Ao se questionar se os resultados obtidos pelas Comunidades Terapêuticas são os esperados por eles, 90% dos gestores das Clínicas consideraram satisfatório estes resultados.

“Os resultados são os esperados sim. Porque cada ser vivo é único e respeitamos, alguns desistem e vão embora, outros são desligados pois não tiram o mundo exterior da mente mesmo estando em uma outra realidade. Outros, dando um descanso para a família passam pela Comunidade e não lhe permite que falam o que é proposto com ele” (Comunidade Terapêutica 1).

“Sabemos das dificuldades de se lidar com a dependência, cada um que recuperamos é uma vitória, e por aquele valeu todo trabalho e todo o sacrifício, afinal, quando recuperamos um, na verdade recuperamos toda uma família” (Comunidade Terapêutica 4).

Os 10% que disseram não estar satisfeitos com os resultados, justificaram dizendo que a insatisfação se dava pelo desejo de atingir totalmente a sobriedade de todos que passavam pelo tratamento e, infelizmente, isso não acontecia.

“Não estamos satisfeitos com os resultados porque queremos atingir 100% de sobriedade das pessoas atendidas” (Comunidade Terapêutica 2).

Apesar de não conseguirem atingir a sobriedade total, como desejado, os gestores consideravam um ganho muito grande cada indivíduo recuperado, e é a recuperação destes indivíduos que estimulava a continuação do trabalho.

5 – CONCLUSÃO

Diante do crescente aumento do consumo de bebidas alcoólicas no mundo, e de suas graves repercussões no cotidiano individual e familiar, bem como as suas conseqüências na saúde do indivíduo e o impacto social que este consumo abusivo tem provocado, justifica-se pesquisas que subsidiem reflexões acerca deste problema e de estratégias que atenuem suas repercussões na vida pessoal, familiar e social dos dependentes. Dentre estas estratégias, tem sido criadas Comunidades Terapêuticas que visam democratizar o tratamento do alcoolismo e de outras dependências químicas.

Na avaliação das metodologias utilizadas nas Comunidades Terapêuticas de Minas Gerais, pode-se concluir que a recuperação do dependente alcoólatra depende da força de vontade do indivíduo em se tratar, bem como da utilização de

técnicas, fundamentadas na espiritualidade, vistas como essencial para a elevação da auto-estima e, portanto, para a reinserção social desses dependentes.

Assim, na percepção dos coordenadores, as técnicas de recuperação devem estar baseadas na tomada de consciência do indivíduo da sua dependência e de suas limitações perante o vício, como também na aceitação do indivíduo em se tratar e na aceitação de um Deus dentro do seu coração. Devem envolver atividades que motivem a auto-estima do dependente e que valorizem a participação e apoio das famílias no tratamento. Enfim, a abordagem multiprofissional, por integrar diferentes profissionais em busca de um mesmo objetivo, que é a sobriedade, têm conseguido mais êxitos nos seus trabalhos, uma vez que conseguem atingir as deficiências psicológicas e fisiológicas do indivíduo.

Como limitação deste trabalho, destaca-se a dificuldade de obter resposta através do e-mail, visto que foi enviado um número elevado de questionários e a taxa de retorno foi extremamente baixa, dificultando o trabalho. Sugere-se que mais trabalhos sejam desenvolvidos nesta área, especialmente tratando o alcoolismo como um problema social, e não apenas como uma doença. E que este tema tenha atenção especial dos governantes devido ao impacto social que ele representa, investindo assim em novas comunidades terapêuticas e dando suporte às existentes, considerando a efetividade de seus resultados com os dependentes de álcool e outras drogas. Mas principalmente, investir em técnicas de prevenção do alcoolismo, destacando o quanto ele é prejudicial à saúde do indivíduo dependente, de sua família e na vida social.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcoólicos Anônimos. 2013. Disponível em: <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/a-doenca-do-alcoolismo.html>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

ASHTON, C.H.;KAMALI, F. Personality, lifestyles, alcohol and drug consumption in a sample of British medical students. **Med Educ.** v. 29. p.187-192. 1995.

ALMENDRA, Maria Letícia da Cunha. **Álcool.** Campinas, SP. 2006. Disponível em: <<http://www.leticiaalmdra.psc.br/Alcool.htm>>. Acessado em: 27 ago. 2012.

ANVISA. **Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm#>. Acesso em: 26 jul. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

CAMPBELL, D.; GRAHAM, M. **Drogas e álcool no local de trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Nórdica, 1991. p.13.

CANO, I. **Introdução à avaliação de programas sociais**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 120p.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679, 2006.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. A era da informação: economia sociedade e cultura. São Paulo. Paz e Terra, 2006, v.1.

COOK, C.C.H. Addiction and spirituality. **Addiction**. 99(3): 539-51. 2004.

FEBRACT- Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. **Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <http://www.febract.org.br/comunidades.htm>. Acesso em: 24 nov. 2012.

FOESTER, V. **Alcoolismo e família**. Disponível em: <www.sesb.org.br/files/.../ALCOOLISMO%20E%20FAMILIA.doc>. Acesso em: 04 nov. 2010.

GALDURÓZ, J. C. F.;NOTO, A. R.;FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A.;V **Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras** - 2004. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Departamento de Psicobiologia. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.

GARCIA, A. M. **E o Verbo (Re)fez o Homem**: Estudo do Processo de Conversão do Alcoólico Ativo em Alcoólico Passivo. Niteroi: Intertexto. 2004.

HAWKS, R.D.; BAHR, S.H. Religion and drug use. **Journal of Drug Education**. v. 22, n.1, p.1-8, 1992.

HOLANDA, T. **Estudantes da Ufop bebem mais que alunos de todas federais no Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2012/10/29/interna_gerais,326118/estudantes-da-ufop-bebem-mais-que-alunos-de-todas-federais-no-brasil.shtml>. Acesso em: 18 fev. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_uf.shtm>. Acesso em: 22 nov. 2012.

INCA. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis**. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inqueritodocsconsumoalcool.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

INSTITUIÇÃO PADRE HAROLDO. **Comunidades Terapêuticas**. 2013. Disponível em: <<http://www.padreharoldo.org.br/site/secao.asp?i=16>>. Acesso em: 05 mar. 2013.

INTXUSTA, G. R. Institucionalización em drogodependencias: las comunidades terpeuticas [institutionalization od drug abusers: the therapeutical communities. **Intervencion Psicossocial**. 1992.v.1. n.2. pag. 5-14.

LARANJEIRA, R. et al.(org.). **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

LINO, T. A. L. R. **Alcoolismo – causa a doença**. Lisboa, 2006. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0054.pdf>>. Acesso em: 227 ago. 2012.

LOPES, V. **Estudantes da Ufop são os que mais consomem bebida alcoólica no país**. 2011. Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2011/08/20/interna_gerais,246170/estudantes-da-ufop-sao-os-que-mais-consomem-de-bebida-alcoolica-no-pais.shtml>. Acesso em: 15 fev. 2013.

MARTINS, A. J. P. **Alcolismo: A pessoa alcoólica e a sua rede de relações**. 2008. 78 f. Dissertação (Mestrado em Família e Sociedade) - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Instituto Universitário de Lisboa, Portugal, 2008.

MINAYO, C. S.O **desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

OLIVA, A. L.**Apoio social para dependentes de álcool**.2007. 96f. Dissertação (Mestrado de Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP, Ribeirão Preto, 2007.

PAULILO, M. A. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serviço Social em Revista**, v. 2, n. 2, p. 135-148, 1999.

PEARS, K.C.;CAPALDI, D.M.;OWEN, L.D. Substance use risk across three generations: the roles of parent discipline practices and inhibitory control. **Psychol Addict Behav**. v.21, n.3, p.373-386. 2007.

PREVINE- Programa de Redução da Violência, do uso de Narcóticos e Entorpecentes. **Alcoolismo**. Amazonas, 2007.

PORTAL DO GOVERNO DE MINAS GERAIS. 2012. **História**. Disponível em:<<http://www.mg.gov.br/governomg/portal/m/governomg/conheca-minas/5657-historia/5146/5044>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

RAHM, H. J. **12 passos para o Cristão: Jornada Espiritual com Amor Exigente**. São Paulo: Editora Loyola, 2010. 232 p.

REINALDO, A. M. S.; PILLON, S. C. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.16, n. especial. 2008.

SANCHEZ, Z. M, NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista Psiquiatria Clínica**. v.34, n.1, p. 73-81, 2007.

SANTOS, A. R.; MENDOZA, B. A. P. **O alcoolismo no universo Teen e a informação que é veiculada nos suplementos para jovens**. 2011. Disponível em:

<http://www.comunicasaude.com.br/comunicasaude/artigos/tabaco_bebida/artigo_4.php>. Acesso em: 20 nov. 2012.

STOTZ, Eduardo Navarro. Redes sociais e saúde. In: **Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos na comunidade de Maré**. /Organizado por Regina Maria Marteleto e Eduardo Navarro Stotz. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; Belo Horizonte: Ed UFMG, 2009. 176p.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A. R.; CHIARA, I. G. Das redes sociais à inovação. **Ci. Inf.**, Brasília. v. 34, n.2, p. 93-104. 2005.

VASCONCELOS, E. M.(Org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

WAKEFIELD, G.S.; SHELDRAK, P. The SCM Dictionary of Christian Spirituality. London: **SCM Canterbury Press**, 2003.

ZAMPIER, M. B. **Movimentos sociais, apropriações das tecnologias da informação e comunicação e a centralidade na rede da Coordenadora Latinoamericana de Organizaciones del Campo**. 2007. 215f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2007.

ZASLOW, M.J.; TAKANISHI, R. Priorities for research on adolescent development. **American Psychologist**. v.48. n.2, p185-192. 1993.

CAPÍTULO 3

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA: MOTIVAÇÕES E REDES DE APOIO

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA: MOTIVAÇÕES E REDES DE APOIO

RESUMO

Os agravos associados à síndrome de dependência alcoólica têm perpassado as esferas pessoal, familiar, profissional e social dos dependentes. Para sobrepor as suas influências negativas, a família tem buscado ajuda através de redes sociais, sejam formais ou informais. Diante desta realidade, a pesquisa teve como objetivo identificar o perfil socioeconômico do alcoólatra e de sua família, aspectos motivadores do alcoolismo e as principais redes de apoio acionadas, tanto pelas famílias quanto pelos dependentes, no processo de tratamento do alcoolismo. A metodologia de natureza qualitativa fez uso de entrevista semi-estruturada aplicada aos dependentes e os seus familiares, com posterior análise qualitativa das falas dos entrevistados. Os resultados mostraram que as redes sociais mais acionadas para o tratamento do alcoolismo foram as redes de íntimos, representada pelas famílias, em especial mães e irmãos; seguidas pelas redes formais representadas pelas comunidades terapêuticas. Diante do exposto, pode-se concluir que a família possui um papel fundamental no processo de tratamento do alcoolismo, pois é a principal rede de apoio do dependente, sendo essencial na sua reinserção social.

Palavras-Chave: Alcoolismo; motivações, redes de apoio.

ABSTRACT

Troubles associated with alcoholic dependency syndrome have exceeded the personal, familial, professional, and social spheres of dependents. To overcome its negative influences, the family has sought assistance through social networks, whether formal or informal. Facing this reality, this research aimed to identify the socioeconomic profile of the alcoholics and their families, motivational aspects of alcoholism, and the major support networks contacted both by families as dependents in the alcoholism treatment process. The methodology of qualitative nature uses semi-structured interview applied to the dependents and their families with subsequent qualitative analysis of the interviewees' statements. Results showed that the more contacted social networks for alcoholism treatment were the intimal networks represented by families especially mothers and brothers, followed by formal networks represented by therapeutic communities. Considering the above exposed, it can be concluded that the family plays a key role in alcoholism treatment; it is the main support network of dependents, being essential for their social reintegration.

Keywords: Alcoholism; motivations; support networks

1 – INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade o consumo de substâncias químicas que modificam o estado psicológico dos indivíduos tem ocorrido em diversas sociedades e culturas. Na sociedade atual, diversos problemas sociais relacionados ao consumo dessas substâncias, como o álcool, vêm se agravando, o que pode trazer reflexos diretos na vida do dependente, da sua família e da sociedade.

O alcoolismo pode ser considerado um problema de saúde pública em escala mundial. Para Chagas et. al. (2008), a questão do alcoolismo tem perpassado as esferas pessoal, familiar, profissional e social de um número expressivo de pessoas. Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) mostram que 12,3% da população são dependentes alcoólicos. Isso evidencia que o consumo de álcool é comum na sociedade, embora normalmente não se considere os prejuízos oriundos dele.

O uso de bebidas alcoólicas tem sido visto como um sério problema de saúde pública, gerando importantes danos sociais. Os prejuízos provocados pelo abuso dessa droga atingem, em grande escala, toda a sociedade e se intensifica quando se refere ao alcoolista e seus familiares, acarretando vários problemas em que estão incluídos: desemprego, violência, complicações físicas e mentais, danos à família, insegurança no trânsito, mortalidade, entre outros (FERREIRA FILHA et. al., 2012).

Ainda segundo os mesmos autores, as redes sociais de apoio contribuem para o enfrentamento dos problemas emergenciais dos sujeitos. Já a ausência de relação social constitui um fator de risco para o desenvolvimento psicossocial do indivíduo (ANDRADE, 2002).

Segundo Chagas et. al. (2008), o alcoolismo de um membro do grupo familiar traz uma série de repercussões à família, normalmente de caráter negativo. Frequentemente, essa condição é produtora de vários estressores que deixam seus familiares, cônjuges e filhos mais vulneráveis ao desenvolvimento de sofrimentos psíquicos e, diante da difícil tarefa que é de cuidar de pessoas com dependências químicas, as famílias tem buscado redes de apoio para amenizar esta situação estressante.

As principais redes que os dependentes e a famílias recorrem para ajuda no caso da dependência alcoólica são os programas sociais, como é o caso das

comunidades terapêuticas, que são serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. Referem-se às unidades que, têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido, de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (GUIA, 2013).

1.1 - Objetivo

Diante do contexto apresentado, o objetivo estava centrado em identificar o perfil socioeconômico do alcoólatra e de sua família, bem como seus aspectos motivadores e as principais redes de apoio acionadas, tanto pelas famílias quanto pelos dependentes, sejam elas formais ou informais, no processo de tratamento do alcoolismo.

2 – REVISÃO DE LITERATURA

A partir dos objetivos propostos para este artigo, esta seção apresenta reflexões acerca do alcoolismo e de suas repercussões no cotidiano familiar, além de discutir sobre os conceitos de redes sociais de apoio.

2.1 – O Alcoolismo e suas Repercussões no Cotidiano Familiar

Segundo informações do AA (2013) hoje estamos prontos para aceitar que o alcoolismo, ao menos pelo que nos tange, é uma doença – uma doença progressiva, que jamais pode ser “curada”, mas que, como outras enfermidades, pode ser estacionada. O uso indevido de bebidas alcoólicas é considerado um grave problema de saúde pública. Além da sua prevalência na população adulta, esse comportamento está presente igualmente entre adolescentes, repercutindo na sua saúde física e mental. O consumo de álcool pode ser advindo do estilo de vida atual, dos elevados níveis de estresse, de ansiedade, de baixa auto-estima,

sentimentos depressivos, susceptibilidade à pressão dos pares e problemas relacionados à escola (CARDENAL; ADELL, 2000).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), dentre os vários efeitos ocasionados pelo uso abusivo do álcool destacamos enfermidades, como: cirrose hepática, transtornos mentais, pancreatite e câncer, os acidentes no trânsito, além de altos custos econômicos e sociais, decorrentes dos gastos com saúde e outros problemas relacionados ao seu uso indevido, como o aumento do índice de violência, conflitos familiares e prejuízos no trabalho.

Segundo Losovski (1998), o alcoolismo não atinge apenas o indivíduo, mas toda sua família. O desajuste provocado no lar, o drástico impacto na formação da personalidade dos filhos, mostra que não estamos diante de um indivíduo enfermo, mas de uma família que adoeceu e é ela em conjunto que deve ser recuperada.

Sobre o impacto do alcoolismo na família, estudo ressalta que ele afeta toda a família e suas relações, acarretando sérias repercussões sobre os filhos (FILIZOLA, et. al., 2006).

Ao se olhar a família pelo viés histórico de sua formação, observa-se que certos padrões de comportamento de seus membros podem se repetir, se acentuar ou diminuir em relação ao comportamento de seus antepassados. Tais repetições poderão acontecer em maior ou menor nível. Mas, de maneira geral, são alteradas conforme a vivência e experiência pessoal de cada indivíduo. A formação de uma família pode ser influenciada por heranças genéticas e psíquicas. Assim, o alcoolismo, visto como um problema familiar, no qual cada membro da família participa com sua individualidade, mas também com sua herança de gerações anteriores (BERTIN, 2004; BENNETT et. al., *apud* BRASIL, 2004).

Entretanto, conforme Chagas et. al. (2008), o conceito de que o alcoolismo, com sua origem de base genética, não é consenso de todos os pesquisadores. Neste caso, reconhecer a existência da hereditariedade contribuiu para o entendimento de que o alcoolismo é uma enfermidade com origem biológica. Corroborando, Oliveira et. al. (2007) pontuam que o consumo de álcool por parte dos pais é um dos fatores determinantes para o desenvolvimento do alcoolismo de seus descendentes.

Estudo realizado com familiares e alcoolistas em tratamento constatou que, tanto para os familiares quanto para os alcoolistas, problemas vivenciados no

meio familiar, relações de amizade e desemprego foram os principais motivos que levaram os sujeitos ao consumo de álcool (SANTOS; VELÔSO, 2008).

Conforme destaca Ferreira (2008), devido ao fato do alcoólatra ter a característica de “doente”, compreende-se que, em famílias nas quais existe um membro da família alcoólatra, todas as energias familiares são dirigidas a esta pessoa, devido à necessidade de ajuda. Vê-se como um fenômeno isolado, esquecendo-se do contexto no qual este sujeito está inserido. O alcoólatra é visto como quem necessita de todo apoio. Na maioria das vezes, as relações familiares são afetadas pelo comportamento do alcoólatra, bem como suas redes sociais.

2.2 – Redes Sociais de Apoio

A recuperação da dependência está associada à formulação de projetos de vida, nas quais as redes sociais assumem importância fundamental (BRASIL, 2012).

A palavra rede é bem antiga e vem do latim *retis*, significando entrelaçamento de fios, como aberturas regulares, que formam uma espécie de tecido. Pode ser conceituada como um conjunto de pessoas em uma população e suas conexões, ou seja, inclui todas as relações que um indivíduo percebe como significativas; correspondendo ao nicho interpessoal do indivíduo, que contribui para seu próprio reconhecimento e auto-imagem (AMARAL, 2012).

Segundo Mercklé (2004, *apud* PORTUGAL, 2006) rede social pode ser definida como “um conjunto de unidades sociais e de relações, diretas ou indiretas, entre essas unidades sociais, através de cadeias de dimensão variável”. As unidades sociais podem ser indivíduos ou grupos de indivíduos, informais ou formais, como associações, empresas, países. As relações entre os elementos da rede podem envolver transações monetárias, troca de bens e serviços, transmissão de informações, por meio de interação face a face ou não, serem permanentes ou episódicas (PORTUGAL, 2006).

De acordo com Amaral (2012), o estabelecimento de vínculos é próprio do ser humano e a família é vista como *locus* para a concretização de trocas, cooperação e solidariedade. Todos os que vivem em sociedade estão de alguma forma fazendo parte, no seu dia-a-dia, de uma rede de relações, que é inerente às atividades humanas, estando presente em todas as relações que uma pessoa

estabelece cotidianamente ao longo da vida. Assim, cada pessoa é centro de sua própria rede, que é formada por uma teia de relações.

Nesse sentido, os indivíduos não devem ser analisados de forma isolada, mas sobre sistemas interativos de relações em um contexto estrutural, considerando as diferentes dimensões (micro, meso e macro) e definindo as suas regularidades e propriedades estruturais (FAZITO; SOARES, 2008). As fronteiras do sistema significativo dos indivíduos não se limitam somente à unidade familiar, mas a um conjunto de pessoas em uma população e suas conexões; ou seja, a rede social corresponde ao nicho interpessoal do indivíduo (SANTOS, 2008).

Portugal (2006) distingue três tipos de rede: as redes de íntimos ou “outros significantes”, as redes de interação e as redes de troca. As redes de íntimos são constituídas pelos indivíduos considerados importantes pelo “alvo”. As redes de interações é o tipo de rede baseada nos indivíduos com quem os membros da família interagem numa base de rotina. Já as redes de troca consistem em isolar uma parte da rede total, incluindo os indivíduos com os quais a probabilidade de recompensa de trocas é elevada. As trocas incluem um vasto leque de interações, avaliadas quer positiva quer negativamente, que vão desde a ajuda material e a prestação de serviços, ao aconselhamento e a companhia nas atividades de lazer (FISCHER, 1992 *apud* PORTUGAL, 2006).

Giongo (2001) trabalhou a perspectiva das redes sociais, no contexto da família, ao considerar que a proteção e o controle das pessoas não podem ser satisfeitos unicamente pela família nuclear e extensa, carecendo assim a valorização dos contextos locais e as relações da família com sua rede de convivência.

Segundo Brushini (1997), as unidades familiares, para fazerem frente às situações conflitivas ou de crises, como é o caso da dependência alcoólica, podem alterar sua estrutura e seu padrão de interação, que é derivado dos papéis desempenhados pelos atores sociais, do conjunto de regras e de normas explícitas (morais, jurídicas, usos sociais, etc.), das condições materiais e humanas, do sistema de valores e do processo de tomada de decisões, bem como das redes sociais, que vão além dos laços de parentesco por sangue ou adoção.

No manejo das decisões familiares, que envolvem tanto componentes pessoais, relacionados ao desenvolvimento cognitivo, sociopsicológico e

espiritual, quanto ações administrativas de planejamento e implementação das atividades, estão implícitas as redes sociais. Ou seja, como discutem Rossetti-Ferreira et. al. (2000), o comportamento humano é delimitado, estruturado, recortado e interpretado pela ação do outro, como também por um conjunto de elementos orgânicos, físicos, interacionais, sociais, econômicos e ideológicos, que se interagem, compondo uma rede que contempla condições macro e micro individuais e estrutura um universo semiótico, constituindo as redes de significações, que contemplam as redes de apoio.

De acordo com os referidos autores, o termo rede de significações deriva-se da pressuposição de que a característica humana básica é a imersão da pessoa em um mundo simbólico, em um processo contínuo de construção de significados de si próprio como pessoa, considerando experiências passadas, percepções de momento e projeção de perspectivas futuras. Ou seja, na relação indivíduo - meio ocorre um movimento de co-construção, em que simultânea e reciprocamente pessoa e meio constituem, por meio de significações, mediação e, portanto, negociação. Assim, em cada momento e situação, os componentes individuais (de ordem biopsicossocial), os campos interativos (características das relações) e os cenários ou contextos (sócio-histórico, vivido e prospectivo) se interagem, produzindo práticas sociais diversas e estruturando diferentes comportamentos, por meio de uma reorganização contínua de valores e estabelecimento de projetos de vida.

Dentre as redes sociais, que fazem parte da vida da pessoa dependente, destaca-se a rede familiar, pois a família é um lugar privilegiado para que o indivíduo aprenda a se relacionar com o mundo. Este aprendizado, mesmo comprometido pelo uso da dependência (droga, álcool, dentre outros), se impõe como referencial de comportamento e atitude diante da vida. Em geral, a família do dependente é uma família em crise; pois, tal como o dependente, a família pode aprender novas maneiras de viver, abandonando comportamentos negativos (vigilância, agravamento, culpa, entre outros) e assumindo atitudes positivas (reconhecimento, disponibilidade, diálogo) em relação ao seu familiar com dependência. Em geral, este processo de mudança na família e na sua relação com o paciente exige uma atenção especializada (BRASIL, 2012).

A adoção de uma postura positiva pela família favorece o restabelecimento de uma relação de confiança com o alcoólatra, possibilitando-lhe

a retomada dos papéis familiares, fortalecendo a auto-estima e incentivando-o a mudanças de comportamento e a lançar-se em novos desafios.

Assim, as redes sociais são importantes em termos de apoio às famílias em situação de vulnerabilidade, pois possuem impacto potencial e operam de modos diferentes: os laços ativos incluem interações de rotina que podem envolver ajuda direta, conselhos ou críticas; os laços passivos podem constituir também fontes de suporte ou pelo menos serem suficientemente influentes para que o indivíduo acredite que tal apoio pode surgir se for necessário.

3 - METODOLOGIA

Visando atender o objetivo proposto, o estudo fez uso tanto do método de pesquisa qualitativa quanto quantitativa, considerando a sua complementariedade. Para Dantas e Cavalcante (2006), a pesquisa qualitativa tem caráter exploratório, isto é, estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Mostra aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. É utilizada quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. Já a pesquisa quantitativa é baseada na medida (normalmente numérica) de poucas variáveis objetivas, na ênfase em comparação de resultados e no uso intensivo de técnicas estatísticas.

É uma pesquisa indutiva, isto é, o pesquisador desenvolve conceitos, idéias e entendimentos a partir de padrões encontrados nos dados, ao invés de coletar dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos pré-concebidos (DANTAS; CAVALCANTE, 2006).

Além disso, a pesquisa será essencialmente de caráter exploratório-descritiva, considerando, como ressalta Vieira (2002), que as pesquisas exploratórias visam proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo. Este esforço tem como meta tornar um problema complexo mais explícito ou mesmo construir hipóteses mais adequadas; enquanto as pesquisas descritivas é a pesquisa que descreve o comportamento dos fenômenos. É usada para identificar e obter informações sobre características de um determinado problema ou questão (COLLIS; HUSSEY, 2005).

3.1 – Área de Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Ouro Preto, localizado na zona metalúrgica de Minas Gerais (quadrilátero ferrífero), famosa pela sua arquitetura colonial, cuja população estimada em 2012 era de 70.886 habitantes (IBGE, 2010).

A unidade empírica de análise compreendeu a Casa de Acolhimento São Francisco de Assis (também conhecida como NATA, porque o grupo de Apoio aos Toxicômanos e Alcoólatras funciona na mesma estrutura física com reuniões semanais), que foi fundada em outubro de 2003, situando-se no município de Ouro Preto-MG. É uma instituição sem fins lucrativos, que não cobra mensalidades dos internos, que atua no tratamento de dependentes químicos, inclusive do alcoolismo, atendendo somente pacientes do sexo masculino. Sua capacidade é para atender 12 pessoas, sendo o tratamento sob regime de internato com duração de um ano. Esta instituição se mantém através de doações e da venda de produtos que são produzidos pelos internos dentro da Casa.

As atividades desenvolvidas seguem três pilares de atuação: a religiosidade, a disciplina e o trabalho. Não consta com equipe técnica especializada, apenas com a atuação de voluntários. Quando há necessidade é acionado o sistema de saúde pública local, para atendimento dos internos.

3.2 – População de Estudo

A população estudada foi constituída por dependentes que passaram pelo tratamento de alcoolismo na Casa de Acolhimento São Francisco de Assis, desde sua criação. Procurou-se trabalhar com todo o período de existência da Casa de Acolhimento, que está em funcionamento há nove anos. Até o período da pesquisa, já passaram pelo tratamento 110 dependentes químicos, sendo que destes, apenas 10 foram para se tratar do alcoolismo. Diante do número de alcoolista, optou-se por pesquisar 100% da população. Não foi possível entrevistar um indivíduo, porque o mesmo voltou a se envolver no vício e passou a morar na rua, perdendo assim o contato.

O outro público pesquisado foi às famílias. Neste caso optou-se por trabalhar apenas com as famílias dos egressos. O motivo para esta escolha se deu devido ao fato de que estas famílias tinham experiência sobre as redes acionadas

para o tratamento de seu familiar e os resultados após o tratamento. Dos cinco egressos, um não tem nenhum contato com os familiares (ex-esposa e filhos), não sendo possível realizar a entrevista. E outro caso, o interno em tratamento já passou por dois períodos de internação na Casa de Acolhimento e já saiu; ou seja, é reincidente, estando pela terceira vez em tratamento e, por este motivo, a família deste interno foi entrevistada, uma vez que eles já tiveram a experiência de conviver com o interno após o tratamento. Portanto, no total, foram entrevistadas cinco famílias.

3.3 – Forma de Coleta e Análise dos Dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas direcionada aos internos em tratamento, aos egressos e às famílias dos egressos, a fim de traçar o perfil socioeconômico destes indivíduos e suas respectivas famílias, identificando quais foram as principais redes de apoio acionadas para ajudar no processo de deserção do alcoolismo. Além disso, foi utilizado a metodologia história de vida com as famílias. Esta é uma abordagem qualitativa, de acordo com Spindola e Santos (2003), o termo História de Vida, traduzida de *histoire* (em francês) e de *story* ou *history* (em inglês), possuem significados diferentes. O sociólogo americano Denzin, 1970, propôs a diferenciação de *life story* (estória ou relato de vida), sendo aquela contada pela pessoa que a vivenciou. Quer dizer, que o pesquisador não confirma a autenticidade dos fatos, pois o importante é o ponto de vista de quem está narrando. A pessoa relata de acordo com o seu entendimento. Porém, a *life history* (história de vida ou estudo de caso clínico), compreende o estudo aprofundado da vida de um indivíduo ou grupo de indivíduos.

Os dados qualitativos foram analisados por meio da análise do conteúdo que, segundo Bardin (2009), é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto na comunicação.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 – Perfil Socioeconômico dos Internos, Egressos e de suas Famílias

Nesta seção buscou-se identificar o perfil socioeconômico dos internos, egressos e seus familiares. As informações foram pautadas em questões, como grau de parentesco do dependente, raça, sexo, idade, naturalidade, grau de instrução, formalidade no trabalho, religião, renda e contribuição mensal com as despesas da casa.

4.1.1 – Perfil Socioeconômico dos Internos e Egressos

Todos os dependentes de álcool eram do gênero masculino, com idade mínima de 26 e máxima de 58 anos, sendo a média de idade de 44 anos. No que se refere à raça, cinco dos entrevistados se consideravam da raça parda, três da raça branca e um negro. Apenas um dos entrevistados era natural de outro município e um de outro estado, os demais eram naturais de Ouro Preto.

Quanto ao grau de instrução, pode-se observar que seis deles tinham ensino fundamental incompleto, um ensino médio incompleto e dois ensino fundamental completo.

No que se refere ao estado civil dos entrevistados, no momento da pesquisa, quatro deles eram solteiros, dois casados e três separados.

Com respeito à ocupação e a formalidade com o mesmo, três dos dependentes trabalharam no mês da pesquisa e os outros seis não tinham ocupação formal, no mês da pesquisa nem no mês anterior à esta; destes seis, um estava procurando emprego, quatro deles estavam em tratamento e um fazia trabalho voluntário na Casa de Acolhimento, onde a pesquisa foi desenvolvida. Os três entrevistados que estavam em atividade remunerada, no período da pesquisa, tinham um emprego fixo, com carteira assinada.

A ocupação dos entrevistados era: dois seguranças e um funcionário público. Sendo a renda média de 1,2 salários mínimos e todos contribuíam com a renda total no orçamento familiar.

Quanto à religião, oito dos nove entrevistados eram católicos e um evangélico. A Tabela 1 apresenta o perfil socioeconômico dos alcoolistas internos e egressos.

Tabela 1: Perfil socioeconômico dos internos e egressos, Ouro Preto/MG,2012.

Entrevistado	Raça	Idade	Escolaridade	Estado civil	Ocupação	Carteira Assinada
1	Branca	54	Fundamental incompleto	Solteiro	Sem ocupação**	Não
2	Pardo	37	Fundamental completo	Separado	Sem ocupação	Não
3	Negro	27	Fundamental incompleto	Solteiro	Segurança	Sim
4	Pardo	50	Fundamental completo	Separado	Segurança	Sim
5	Pardo	46	Fundamental incompleto	Casado	Funcionário Público	Sim
6	Branca	33	Fundamental completo	Solteiro	Sem ocupação*	Não
7	Branco	37	Fundamental completo	Casado	Sem ocupação*	Não
8	Pardo	58	Fundamental incompleto	Separado	Sem ocupação*	Não
9	Parda	53	Fundamental incompleto	Solteiro	Sem ocupação*	Não

Fonte: Dados de Pesquisa, 2012.

* Os entrevistados estão em processo de tratamento, residindo em tempo integral na Casa de Acolhimento.

** O entrevistado é egresso e trabalha voluntariamente na Casa de Acolhimento.

Fazendo uma relação entre o nível de escolaridade dos entrevistados e suas atividades remuneradas, observou-se que o grau de instrução estava diretamente relacionado à ocupação exercida. Segundo o IBGE (2008), maiores níveis de escolaridade garantem melhores oportunidades de inserção qualificada no mercado de trabalho.

Já em relação ao grau de instrução, ficou evidenciado que todos os entrevistados com problemas de alcoolismo tinham baixa escolaridade, e isso pode ser afirmado pela reportagem de Abdallah e Menz (2012), ao afirmarem que quanto maior o grau de instrução das mulheres, maior o risco de beberem – ao contrário dos homens: aqueles com baixo grau de instrução apresentam oito vezes mais riscos de chegar ao alcoolismo.

4.1.2 – Perfil Socioeconômico do Sistema Familiar dos Egressos

O perfil socioeconômico do sistema familiar apresentado diz respeito apenas aos dados das famílias dos egressos, pois buscou-se, com as entrevistas, entender quais mudanças ocorreram na vida individual e familiar dos indivíduos que já tinham passado pelo tratamento.

Os dados relativos à composição familiar, apresentados na Tabela 2, mostram que duas famílias eram nucleares, composta por mãe, pai e filhos; uma família era considerada extensa porque existiam outros membros (sobrinhos e cunhado) morando no mesmo ambiente; uma considerada ninho vazio, pois moravam apenas o pai e mãe na casa e os filhos já tinham saído de casa para constituir suas próprias famílias; uma família monoparental ou quebrada, por ser constituída por apenas um dos pais, neste caso a família não tinha a presença paterna; e uma família foi considerada como “outras”, porque era uma família composta somente pelos filhos, sem pais (que já faleceram).

Tabela 2 - Classificação das Famílias e Ciclo de Vida Familiar, Ouro Preto/MG, 2012.

Entrevistado	Relação de parentesco	Configuração familiar	Ciclo de vida da família	Numero de membros da família
1	Mãe	Nuclear	Dispersão	3
2	Esposa	Nuclear	Maturação	4
3	Irmã	Outra*	Dispersão	2
4	Irmã	Extensa	Formação	6
5	Filha	Quebrada	Dispersão	6

* Família sem pais

Fonte: Dados de Pesquisa, 2012.

O ciclo familiar é visto como o espaço de tempo compreendido desde a formação da família com a união do casal, passando pelo nascimento de filhos, pela criação e separação destes, pelo retorno à vida à dois, até a morte de um ou ambos os membros (PAIXÃO, 1993). Quanto aos estágios do ciclo de vida dessas famílias, três delas encontram-se no estágio de dispersão, ou seja, encontram-se com filhos adultos, já saindo de casa. Uma família no estágio de maturação, ou seja, com filhos adolescentes e uma família em estágio de formação com filhos pequenos, em idades pré-escolares ou escolares.

Quanto aos aspectos relativos ao emprego e a renda dessas famílias, o entrevistado da família “1” relata que na casa, composta por três indivíduos, dois eram aposentados e um estava desempregado. A renda desta família era de seis salários mínimos (SM), tendo uma renda média per capita de 2,0 SM. Na segunda família, composta por quatro pessoas, duas delas trabalhavam e os dois filhos estavam em idade escolar. A renda familiar era de aproximadamente 6,5 SM e a renda per capita de 1,6 SM. Na terceira família, composta por dois irmãos, um era pensionista e o outro desenvolvia atividades voluntárias. A renda média da família era de 4,0 SM, e a renda per capita de 2,0 SM. A quarta família, considerada extensa³ composta por seis membros, dois exerciam atividades remuneradas, sendo a renda familiar de 2,0 SM e a renda per capita de aproximadamente 0,3 SM. A quinta família, composta por seis membros, quatro deles exerciam atividades remuneradas, sendo a renda familiar de 7,0 SM e uma renda per capita de aproximadamente 1,2 SM.

Diante desta realidade, ao se fazer relação entre o nível de escolaridade dos entrevistados e suas atividades remuneradas, observou-se que, o grau de instrução estava diretamente associado à ocupação exercida, corroborando os dados do IBGE (2008), ao constatar que maiores níveis de escolaridade garantem melhores oportunidades de inserção qualificada no mercado de trabalho. Além disso, estes dados estão de acordo com os dados da pesquisa de Chaieb e Castellarin (1998) ao afirmarem que o alcoolismo predominou entre as categorias de mais baixa renda e de nível cultural e profissional, considerados elementares.

Com relação ao gênero⁴, 11 indivíduos das famílias eram do gênero feminino e 11 masculino, com uma variação de idade entre 2 e 67 anos.

Quando questionados sobre a religião, notou-se uma predominância da religião católica (15 indivíduos), visto que apenas seis indivíduos eram evangélicos. No tocante estado civil, houve uma predominância de indivíduos solteiros (n=11), seis encontram-se casados, três separados e um era viúvo, como ilustrado na Figura 2.

³ Esta família é classificada como família extensa porque moram juntos, três irmãos, dois sobrinhos e um cunhado.

⁴ Na contabilização do sexo, religião, escolaridade e estado civil foram considerados as informações dos entrevistados e demais moradores das unidades familiares, somando um total de 21 indivíduos.

ESTADO CIVIL DOS MEMBROS DA FAMÍLIA

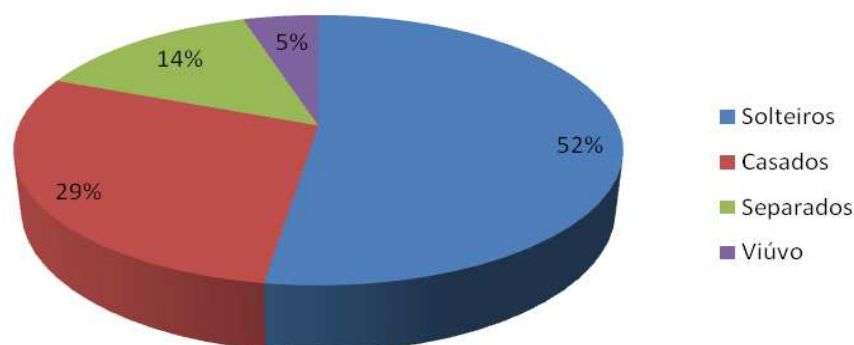


Figura 2: Caracterização do estado civil dos membros da família, Ouro Preto/MG, 2012.

Fonte: Dados de Pesquisa, 2012.

No que concerne ao grau de instrução, 62 % dos entrevistados tinham ensino fundamental incompleto, 14% deles ensino superior completo, 10% ensino médio completo, 9% ensino médio incompleto e 5% eram analfabetos, conforme dados da Figura 3.

GRAU DE INSTRUÇÃO

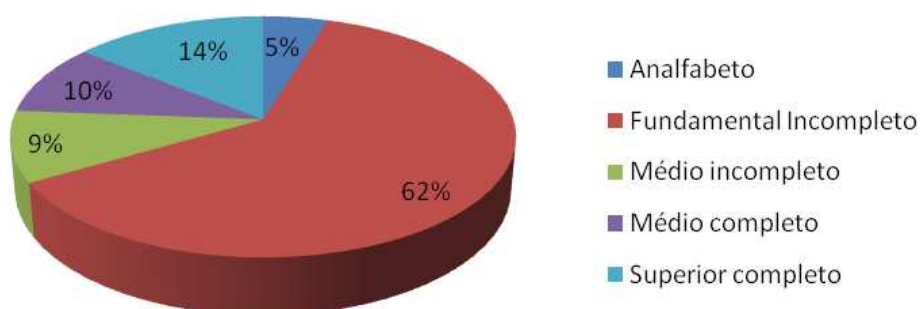


Figura 3: Caracterização do grau de instrução dos membros das famílias, Ouro Preto/MG, 2012.

Fonte: Dados de Pesquisa, 2012.

Com relação à ocupação, esta mostrou-se diversificada, como pode ser visto na Figura 4, mas a maioria dos indivíduos eram estudantes, aposentados/pensionistas e desempregados.

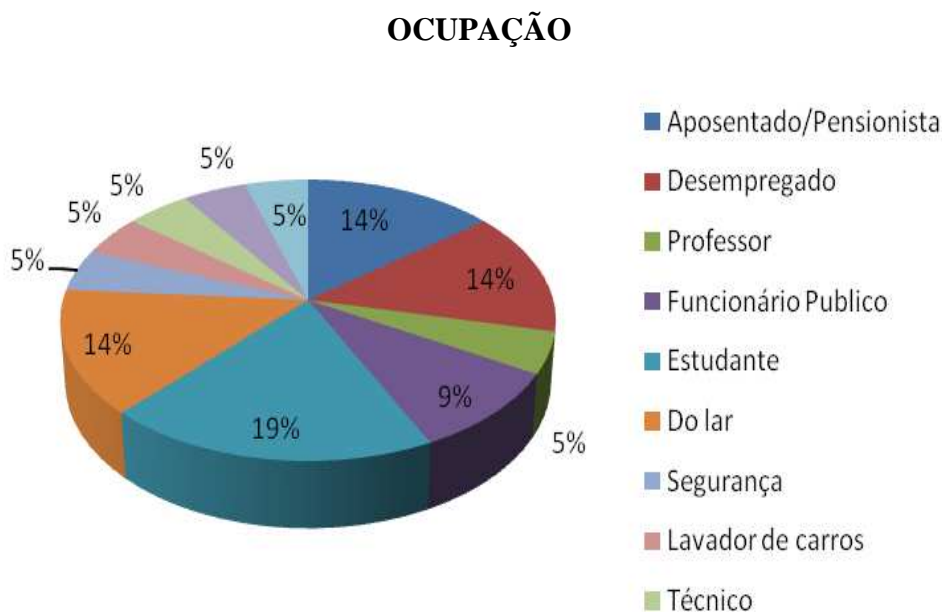


Figura 4: Caracterização da ocupação dos membros da família, Ouro Preto/MG, 2012.

Fonte: Dados de Pesquisa, 2012.

No que se refere às contribuições mensais dos indivíduos que exerciam atividades remuneradas no orçamento doméstico, pode-se observar que a maioria dos indivíduos contribuía com a renda total ou pelo menos com a maior parte da renda (70%) para a manutenção da casa. Os casos em que os indivíduos colaboravam com um percentual menor da renda para o provimento financeiro da casa eram porque um deles estava construindo uma casa para a nova família, e a outra, por ser a filha mais nova, deixava a responsabilidade financeira para os irmãos mais velhos. Isso revela que a porcentagem na contribuição do orçamento doméstico varia de acordo com a composição familiar (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização da contribuição mensal no orçamento doméstico, Ouro Preto/MG, 2012.

Famílias	Indivíduos que exercem atividades remuneradas	Renda	Percentual de renda que contribui com o orçamento doméstico
1	Aposentado	3,0 SM	100%
	Aposentado	3,0 SM	100%
2	Professora	5,0 SM	100%
	Funcionário Público	1,5 SM	100%
3	Aposentada/Pensionista	4,0 SM	100%
4	Segurança	1,0 SM	100%
	Lavador de carros	1,0 SM	50%
5	Funcionária Pública	2,0 SM	70%
	Técnica	2,0 SM	70 %
	Agente de Serviços Gerais	2,0 SM	10%
	Balconista	1,0 SM	10%

Fonte: Dados de Pesquisa, 2012.

Diante da descrição do perfil familiar, os dados conferem com os resultados da pesquisa do INCA (2003) ao registrar que, de acordo com estudos populacionais brasileiros, o alcoolismo está negativamente associado com situação socioeconômica, educacional, ocupacional e financeira.

Os resultados do perfil socioeconômico dos entrevistados e das famílias estão em conformidade com o perfil do alcoolista brasileiro, que está negativamente associado com situação socioeconômica, em termos de baixa escolaridade, atividades ocupacionais menos privilegiadas e uma situação financeira não muito favorecida. Sabe-se que esta informação não pode ser generalizada, pois o alcoolismo está presente em todas as esferas sociais, independente de classe social, racial e/ou escolaridade. Porém, pode-se afirmar que as pessoas que passaram pelo tratamento na Casa de Acolhimento em questão estão em conformidade com os dados nacionais.

4.2 – Motivações ligadas ao Consumo de Bebidas Alcoólicas

Os fatores de motivação para o envolvimento no vício são vários e se repetem, na grande maioria dos casos. O mais relatado foi a influência do alcoolismo na família, através de pais, irmãos, e outros parentes, indicada em 78% dos casos, seguido de problemas no âmbito familiar, como outro motivador (67%), conforme relatos a seguir especificados:

“Desde (que eu era) pequeno meu pai bebia, ai eu conheci a bebida já, mas eu não bebia não, quando eu era pequeno (...)” (egresso 3, 08/07/2012).

“(...) tem a influencia da família também, porque a minha família é toda alcoólatra, e na casa da minha mãe, já tinha inclusive, o café da manhã era álcool, cachaça, eu falo assim, direto, cachaça.” (Egresso 5, 25/08/2012).

A partir das falas dos entrevistados, pôde-se observar que situações emocionais podem ser fatores que influenciam ou incentivam ao consumo de bebida alcoólica, bem como as influências familiares e os problemas relacionais. Tal resultado está coerente com os de Oliveira et. al. (2007), ao afirmarem que o consumo de álcool por parte dos pais é um dos fatores determinantes para o desenvolvimento do alcoolismo de seus descendentes.

A ausência de uma constelação familiar continente, os desentendimentos com os genitores e os conflitos afetivos decorrentes de relacionamentos amorosos que tiveram um final destruturante em virtude de traições e/ou infidelidade conjugal são acontecimentos perturbadores (PITTMAN, 1994) que, atuando em conjunto com outras motivações igualmente intensas, podem levar um sujeito a romper com as malhas da rede social e, conseqüentemente, buscarem refúgio em uso de psicotrópicos (PERES, 2001).

Outros 44% dos entrevistados disseram ser motivados por amigos e 22% disseram que beber era uma forma de se soltar, porque eram pessoas tímidas e não conseguiam se relacionar bem nos meios sociais e a bebida proporcionava essa “sociabilidade”.

“Quando eu tinha meus 16, 17 anos eu comecei a sair com a galera, comecei a sair com a galera ai me apresentaram, no inicio era cerveja né, e eu aceitei, achava bonito, tomei, depois me apresentaram a cachaça, também tomei (...) (Egresso 3, 08/07/2012).”

“Olha eu sempre fui muito acanhado, muito tímido, e com a bebida você se solta mais né, mas falar que eu

gostava de beber eu não gostava (...)” (Interno 2, 12/06/2012).

Esta aceitação de bebidas alcoólicas é discutida no estudo de Bertolote e Ramos (1997) ao comentarem que o álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Entretanto, seu consumo de forma excessiva, passa a ser um problema, pois, dependendo da dose, da frequência e das circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência.

Contudo, cabe destacar que, para o desenvolvimento do alcoolismo, há também a influência de fatores relacionados às vivências cotidianas, comumente vinculadas a situações dolorosas, características de personalidade, influências culturais e sociais (MARIANO et. al., 2000).

Diante dessa realidade, é possível observar que os motivos que levam o indivíduo a se envolver com o uso de bebidas alcoólicas são diversos. Porém é comum, entre eles, a falta de segurança para se sentirem aptos a lidar com problemas diários, buscando na bebida alcoólica uma forma para fugir de situações conflitantes do mundo real, com as quais eles não conseguem lidar. Corroborando com esta concepção, Junior (2005) pontua que o uso de bebidas alcoólicas, nas sociedades atuais, é encorajado por ser considerado um desinibidor, um facilitador de relações interpessoais e uma forma de reduzir as tensões cotidianas.

4.3 - Redes de Apoio Acionadas pelos Dependentes

Nesta seção, procurou-se discutir acerca das redes de apoio acionadas pelos dependentes (internos e egressos), no processo de tratamento do alcoolismo; isto é, buscou-se identificar quais pessoas/instituições foram acionadas e de onde veio a ajuda necessária para enfrentar os momentos mais difíceis, em busca do processo de recuperação.

Ao relatarem sobre os momentos mais difíceis de suas vidas, quatro dos nove entrevistados disseram que a separação em seu relacionamento amoroso foi o que mais interferiu na sua vida, estando esta vinculada ao vício e, a partir deste evento, todos eles relataram que passaram a beber ainda mais, como forma de amenizar o sofrimento e a solidão, conforme as falas abaixo:

“Antes eu bebia, mas bebia pouco, bebia, depois que veio a separação eu passei a beber mais, porque me senti muito sozinho” (Interno 3, 12/06/2012).

“(…) chegou um certo ponto, quando eu comecei a beber assim, durante o processo do alcoolismo mesmo, aí sim, nessa parte eu me separei, mais por causa do álcool mesmo, deixei tudo, achei que estava fazendo vantagem” (Egresso 2, 12/06/2012).

As alterações do comportamento em função do alcoolismo são de diversas ordens. Segundo Chagas et. al. (2008), no que tange à família, as perdas vividas pelo alcoolista podem incluir a ruptura matrimonial, afastamento físico e emocional e ameaças de abandono por parte do cônjuge, além do sofrimento que o mesmo causa aos demais familiares.

Dois dos entrevistados relataram que o momento mais difícil foi enfrentar a separação dos pais, acreditando que bebendo o problema seria resolvido, ou pelo menos, que bebendo era mais fácil de enfrentar a situação.

“(…) o momento mais difícil foi a separação dos meus pais, a influência do começo do alcoolismo na minha vida foi justamente por causa da separação do meu pai, eu tava com 14 anos e meu pai saiu de casa” (Egresso 1, 04/06/2012).

Outros dois entrevistados disseram que em decorrência do alcoolismo eles perderam os empregos, enquanto outro entrevistado disse que o envolvimento no vício se deu devido uma dívida que adquiriu.

“ah, quando eu perdi meu emprego, que eu tinha 13 anos de empresa, eu senti muito porque era um serviço que eu gostava, e que o alcoolismo me tirou isso (Egresso 2, 12/06/2012).

Em 78% dos casos, os momentos mais difíceis da vida dessas pessoas estão relacionados com o uso do álcool e, em 22% dos casos, o alcoolismo foi considerado como a “válvula de escape” para o conflito existente, que neste caso foi a separação dos pais. Todos os entrevistados relataram que bebiam para amenizar algum problema, sendo a bebida a forma mais fácil de livrar das situações conflituosas. Porém, para resolver os problemas iniciais, eles adquiriram outro, que foi o vício do álcool, e o controle dessa dependência só ocorreu após entrar para ao tratamento na Casa de Acolhimento em questão.

Assim, fica claro que o alcoolismo é, em um primeiro momento, visto como a solução dos problemas, porém, em um segundo momento, é visto como fator motivador para os conflitos familiares, levando inclusive a deserção da família. A pesquisa da *National Association for Children of Alcoholics* (2003) revela que aproximadamente um em cada três dependentes de álcool tem um

histórico familiar de alcoolismo, e a probabilidade de separação e divórcio entre casais é aumentada em três vezes quando essa união se dá com um dependente de álcool

Quando questionados sobre as pessoas mais importantes e que mais ajudaram no processo de tratamento, 89% dos casos afirmaram ter ajuda das redes primárias⁵ através de mãe, irmãos ou filhos, sendo esta considerada uma rede forte de consolidação. O único entrevistado que não citou a família como rede de apoio foi um de rua que não tinha mais contato com a família. A rede secundária mais acionada (67%) estava relacionada com o fundador e os internos da Comunidade Terapêutica em questão, sendo esta, em todos os casos, considerada como uma rede de laço médio, que está em processo de construção. Os demais respondentes citaram a igreja, a ex-esposa e a ex-namorada, como redes secundárias; mas, nestes casos, as redes eram vistas como fracas ou em processo de enfraquecimento. Já as redes terciárias, citada por 78% dos entrevistados, foi composta por parentes distantes, igreja e internos, que estão em tratamento na Casa de Acolhimento.

Ao questionar com qual a frequência essas pessoas, componentes das suas redes, os ajudaram, todos relataram que sempre que precisaram os indivíduos que compõem esta rede estavam dispostos a ajudar, em especial os da rede primária, consideradas muito importantes para suas vidas. Eles acreditavam que essas pessoas os ajudaram porque gostavam deles, sem ter obrigação de fazer isso. E esta ajuda, em 78% dos casos, foi através de carinho, de cuidado, com palavras de apoio, conversando, fazendo com que o interno se sentisse acolhido. Por outro lado, 22% disseram que a ajuda foi através de bens materiais, como alimentação, moradia, abrigo e emprego.

Segundo Brasil (2012), dentre as redes sociais que fazem parte da vida da pessoa dependente, destaca-se a rede familiar, pois a família é um lugar privilegiado para que o indivíduo aprenda a se relacionar com o mundo.

⁵ Segundo Guará (2010), conceitua-se como redes primárias ou de proteção espontânea aquelas que se organizam na perspectiva do apoio mútuo e solidariedade, como nas relações afetivas, de parentesco, de proximidade com amigos, vizinhos e nas relações entre os indivíduos de uma mesma comunidade. Essas formas de rede são tecidas no cotidiano, estimuladas pelas demandas de apoio, convivência e, frequentemente, passam despercebidas pelos sujeitos que nela se inserem e se relacionam. Enquanto as redes secundárias podem fundar-se no direito, na solidariedade ou na circulação do dinheiro, são redes com menor importância do que as redes primárias. Por outro lado, as redes terciárias são representadas por indivíduos/instituições que têm pouca importância na vida dos indivíduos.

Em relação ao tratamento, 89% dos entrevistados relataram que a vontade de tratar do vício foi do próprio dependente, enquanto 11% afirmou que a vontade veio de seus familiares. Dentre os internos, um deles é reincidente, este relatou que em outras situações a vontade de tratar foi de familiares e ele apenas aceitou ir para a Casa de Acolhimento, enquanto que desta vez a vontade dele, por tomar consciência que estava doente e precisava de ajuda.

Diante desta realidade, fica evidente a importância do indivíduo tomar a decisão de querer se tratar, pois quando a vontade não é pessoal e sim da família, ou eles aceitam o tratamento sem uma decisão firme, a recuperação se torna mais difícil.

Assim, a relação familiar é muito importante na vida do dependente, pois devido à proximidade e às próprias redes de solidariedade tecidas pela família, esta pode impor sua vontade sobre a vida do dependente, fazendo com que ele aceite o tratamento. Esta relação social que a família expressa, muitas vezes não é explícita, materializa-se na relação de poder sobre a vontade do indivíduo, pensado tanto no bem-estar do dependente quanto no da família, uma vez que esta pessoa doente acarreta vários conflitos no âmbito familiar.

Weber (1982) discute a respeito das relações de poder, afirmando que as classes têm sua oportunidade determinada pela existência ou não de maior ou menor poder para dispor de bens ou habilidades em seu próprio benefício. Destaca a importância do poder na burocracia, considerando-a como o modo mais racional de exercício do poder nas mãos do homem que o controla, servindo a interesses políticos, econômicos ou de qualquer outra natureza. Analisa as características da burocracia, onde é exercido um poder formal e impessoal. No caso específico das famílias, este poder não é formal e, muitas vezes, é ocultado pelas relações sociais, como pode ser visto na questão da vontade de aderir ao tratamento.

De acordo com Lukas (1992), os indivíduos precisam se posicionar a respeito de suas ações, mas nem sempre isso é fácil. Muitas vezes eles deixam de escolher não por não conseguirem entender qual seria o posicionamento mais sensato, mas porque o *não decidir também é uma decisão*, aliás, na maioria das vezes, é a decisão de manter a atual situação indefinida. Outra forma de decisão é a decisão da boca para fora, onde a pessoa acredita estar tomando uma decisão quando não realidade não está, porque torna sem efeito sua própria decisão deixando de executá-la. Assim, no caso da dependência é essencial uma atitude

positiva quanto ao tratamento, que pode envolver tanto redes sociais formais e informais.

Ao questionar se estes dependentes já acionaram, em outro momento, redes formais de apoio ao álcool, 89% deles disseram já ter acionado outras redes, a saber: o Alcoólico Anônimo (AA), acionada por 67% dos entrevistados; a igreja (22%); outra comunidade terapêutica (44%); médicos, psicólogos e psiquiatras (22%).

Para estar livre da dependência, o indivíduo têm encontrado ajuda nas redes de apoio, sendo a rede mais acionada de cunho íntimo, descritas por Portugal (2006) como sendo constituídas pelos indivíduos considerados importantes pelo “alvo”; além das redes de apoio formal, sendo o AA a acionada, em primeira instância; seguida pelas comunidades terapêutica, quando a primeira não é suficiente para solucionar o problema.

4.4 – Identificação das Redes Sociais de Apoio Acionadas pelas Famílias

As unidades familiares, por meio da história de vida, relataram os momentos mais críticos vivenciados em função da dependência do membro familiar, bem como as principais redes sociais acionadas no processo de tratamento e recuperação.

No caso da família 1, esse momento se deu quando se deparou com o filho muito novo, aos 16 anos, chegando em casa carregado por um desconhecido, e, a partir deste momento, a questão do alcoolismo foi ficando cada vez mais séria, tendo o auge, no segundo casamento do filho, onde ele e a esposa bebiam o dia e a noite toda. Como consequência, além dos problemas de saúde que surgiram, ele perdeu o emprego. Estes problemas foram resolvidos com a separação entre o filho e a esposa e, a partir daí, ele buscou tratamento para se livrar do vício.

Quando questionou-se a respeito das pessoas mais importantes no processo de tratamento do filho, a mãe destacou o apoio dado pelos internos e gestores da comunidade terapêutica, sendo eles considerados as redes de apoio acionadas para que o filho se livrasse do vício. De acordo com a entrevistada, eles sempre ajudaram durante o tratamento e vem ajudando até hoje, sendo muito

importantes na vida dele. A forma de ajuda recebida foi através de apoio e companheirismo, incentivando o filho a continuar o tratamento e ter uma vida com sobriedade. Segundo o respondente, a vontade de se tratar na Casa de Acolhimento veio do filho, apesar de ser um desejo da família, quem tomou a decisão foi o filho. Assim, a única rede acionada para o tratamento do alcoolismo foi à Casa de Acolhimento em questão, não tendo passado por nenhuma outra casa de recuperação ou ter buscado ajuda em outra instituição.

Já na visão da segunda família, o momento mais difícil da vida familiar em decorrência do alcoolismo do marido foi durante a gravidez do segundo filho. Na época do namoro, o marido bebia “socialmente”; mas, quando ela engravidou do primeiro filho, o consumo de álcool pelo marido começou a aumentar, com o passar do tempo, essa situação se tornou intolerável. Durante a segunda gravidez veio a separação, logo, em seguida, o marido resolveu se tratar, sendo levado por uma irmã para a Casa de Acolhimento. Os problemas foram resolvidos depois que o marido passou pelo tratamento, vendo-se livre do vício. As redes acionadas para ajudar neste momento foram a família (mãe, irmãs e filhos) e a casa de recuperação, em especial o fundador da casa. Ela acredita que estas pessoas que sempre estiveram presentes a ajudou por que queriam apoiá-la neste momento complicado. A vontade de se tratar partiu do marido, através do incentivo da cunhada, e a única rede formal de apoio acionada foi a casa de acolhimento em questão.

No caso da terceira família entrevistada, o momento mais difícil foi quando a irmã recebeu um telefonema para buscar o seu irmão que estava caído no chão em uma festa, e ao chegar lá encontrou o irmão todo pintado, sendo muito humilhado pelos “amigos”. A família tentou por diversas vezes ajudar o irmão, mas não obteve êxito. Ele já havia passado por outras duas instituições formais de ajuda e não tinha conseguido se ver livre do vício, até que, por intermédio de um primo, que trabalhava com movimentos religiosos, ele foi convidado a passar pelo tratamento na Casa de Acolhimento. Para ajudar o irmão viciado, a família contava apenas com o apoio mútuo, posteriormente passaram e ter a ajuda do primo. Durante e após o tratamento do irmão conseguiram o apoio dos internos e do fundador da Casa. Ao questionar porque o primo ajudou levando o irmão para o tratamento, eles acreditam que ele fez isso por carinho pela família e também por ter conhecimento da existência da casa de recuperação. A vontade de busca

pelo tratamento partiu da família, mas o dependente percebeu que realmente precisava se tratar e aceitou passar pelo processo.

Para a quarta família, o momento mais difícil foi no auge do alcoolismo do irmão, que bebia todos os dias, não trabalhava, saía todas as noites, ficava agressivo e xingava muito, tornando um desconforto muito grande para a família. Estes problemas só foram resolvidos quando, a partir da ajuda de outro irmão, o dependente foi levado ao Núcleo de Apoio a Toxicômanos e Alcoólatras (NATA) e aceitou passar pelo tratamento. As redes de apoio acionadas para se livrar do vício foi a família, o pai de um dependente, os internos e fundador do NATA. As pessoas que mais ajudaram no processo de tratamento foram as irmãs e os internos, que estavam passando também pelo tratamento. Estas pessoas sempre o ajudaram e são consideradas muito importantes na vida deles. A família acredita que esta ajuda foi dada porque as pessoas gostavam muito do seu irmão, sendo esta ajuda uma forma de apoio e amizade.

Já para a quinta família, o momento mais difíceis em função do alcoolismo do pai foi quando ele teve um grave problema de saúde, em decorrência do alcoolismo e, mesmo diante da situação delicada, o pai não aceitava que estava doente e precisava de tratamento. Estes problemas foram amenizados quando, através de uma tia, o pai foi pela primeira vez para a Casa de Acolhimento. Após o período de tratamento, o pai saiu e teve uma recaída, voltando pela segunda vez para um novo tratamento e, mesmo assim, teve outra recaída, estando pela terceira vez em tratamento. As redes acionadas para o tratamento do pai foram várias, a família e a comunidade terapêutica, os alcoólicos anônimos, o serviço de saúde mental do município, o apoio de médicos, psicólogos e psiquiatras. As pessoas mais importantes neste processo de tratamento foram os filhos e os internos e responsáveis pelo NATA. A vontade de se tratar foi, no primeiro e no segundo momento da família, a primeira vez o pai foi obrigado por uma tia, da segunda vez foi a filha que o levou para o tratamento e, desta ultima vez, a vontade partiu dele, o que deixa a família com esperanças de que ele consiga viver em sobriedade ao sair da Casa.

Diante desta realidade, pode-se perceber que as redes acionadas são diferentes para cada família; porém, em geral, as redes primárias de apoio eram as famílias, e/ou membros familiares próximos, sendo estes consideradas redes informais, com laços fortes entre os membros. Essas redes são consideradas por

Portugal (2006) como rede de íntimos, constituídas pelos indivíduos considerados importantes pelo “alvo”, isto é, a pessoa pesquisada.

As redes secundárias são formadas pelo fundador e internos da comunidade terapêutica (rede formal), por conhecidos e familiares mais distantes, cujos laços são, na maioria das vezes, médios ou fracos; já as redes terciárias foram compostas por pessoas que foram importantes no tratamento, porém tiveram menor atuação do que os indivíduos que compõem a rede primária e secundária, composta pelos internos e fundador da Casa de Acolhimento e pela saúde pública do município.

Independente de ser uma rede formal ou informal, estas são muito importantes na vida dos indivíduos. As redes com laços fortes, onde o contato é mais estreito, têm um papel fundamental na vida do dependente e da família. Marques (2010) discute a importância das redes sociais, em termos gerais, como sendo responsáveis por contribuírem para provisão de recursos no processo da produção e reprodução social das unidades familiares.

5 – CONCLUSÃO

Os resultados do perfil socioeconômico dos entrevistados e das famílias estão em conformidade com o perfil do alcoolista brasileiro. Os fatores que motivaram os indivíduos a se envolver no vício do álcool estão principalmente ligados à vivência familiar, pois o convívio cotidiano com a bebida conduz a sua aceitação como um comportamento normal. Além disso, o alcoolismo foi considerado como uma estratégia para fugir de situações conflitantes do mundo real, com as quais os indivíduos não conseguem lidar, sejam estes problemas familiares, timidez, entre outros.

Em relação aos problemas mais difíceis enfrentados pelos dependentes, pode-se observar que estavam ligados ao alcoolismo e que devido aos mesmos eles bebiam ainda mais, consolidando assim um círculo vicioso, em que o alcoolismo era responsável por gerar problemas, sendo estes impulsionadores para se beber ainda mais. Estes conflitos eram basicamente de ordem pessoal e familiar, como separação conjugal, separação dos pais, desligamento do emprego entre outros.

No tratamento do alcoolismo, as redes foram constituídas, em sua maioria, por membros da família, como pais, cônjuges, irmãos, filhos, dentre outros, bem como por pessoas ligadas à instituição onde o tratamento estava sendo feito, tendo uma representatividade da mãe, irmãos e filhos. As redes formais (comunidade terapêutica, AA, etc.) tiveram um papel relevante, principalmente naquelas situações em que a rede informal (família) não dá conta de lidar com a doença. Percebe-se, assim, a necessidade de empoderamento das famílias para lidar com os problemas do alcoolismo de seus familiares, visto que é ela a rede mais acionada e, muitas vezes, esta é uma situação nova a ser enfrentada pelo sistema familiar.

O apoio recebido pelas redes sociais foi representado pelas conversas, carinho, atenção e bens materiais durante o tratamento, proporcionando o sentimento de acolhimento e a provisão de recursos materiais (alimentação e moradia).

Outro ponto a ser destacado diz respeito à importância da vontade do indivíduo em se tratar e não apenas a aceitação pelo tratamento, pois, no caso dos indivíduos que reconhecem a sua fragilidade e tem vontade de se tratar, os resultados obtidos são mais duradouros, comparativamente àqueles que apenas aceitaram o tratamento, por imposição familiar, que após o término deste, voltaram a se envolver com o vício.

Destaca-se, assim, o número reduzido de dependentes que procuram comunidades terapêuticas em busca de tratamento devido ao alcoolismo, pois a grande maioria das pessoas busca o tratamento por causa de outras drogas, como o crack e a cocaína, apesar de terem problemas com o alcoolismo. Este número é muito reduzido, talvez pela dificuldade de identificar o alcoolismo como doença, devido a sua aceitação social.

Sugere-se que sejam desenvolvidos mais trabalhos de conscientização sobre os problemas derivados da dependência alcoólica, visando subsidiar ações governamentais de controle do alcoolismo e, ao mesmo tempo, de empoderamento das redes sociais, principalmente de íntimos, para que possam ser parceiros do governo no controle e prevenção da Síndrome de Dependência Alcoólica.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLAH, A.; MENZ, J. “Lebmra quem tmoou toads?”. 2012. Disponível em: <http://revistatpm.uol.com.br/print.php?cont_id=6122>. Acesso em: 20 fev. 2013.

Alcoólicos Anônimos. 2013. Disponível em: <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/a-doenca-do-alcoolismo.html>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

AMARAL, V. **Redes sociais e redes naturais:** a dinâmica da vida. Disponível em: <http://www.rits.org.br/redes_teste.cfm>. Acesso em: 13 nov. 2012.

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 7, n.4, p. 925-34, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BERTOLOTE J. M.; RAMOS S. P. **Alcoolismo Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRASIL, V. R. Família e drogadição. In: CERVENY, Ceneide M de O. **Família e...:** Comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião, drogadição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BRASIL. **Tratamento/Reinserção Social/Definição.** Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11437&rastr=TRATAMENTO%2FReinser%C3%A7%C3%A3o+Social/Defini%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 13 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicoativas no Brasil.** Estudo envolvendo 108 maiores cidades do Brasil. 2005. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/lev_domiciliar2005m>. Acesso em: 09 nov. 2012.

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V. N. A> (Orgs.) **Infância e violência doméstica:** fronteiras do conhecimento. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p. 49-80.

CARDENAL, C. A.; ADELL, M.N. Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. **J Adolescent Heath.** n. 27, p. 425-433. 2000.

CHAGAS, M; HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T.; STUMM; E. M. F.; VIANNA, R. M. O alcoolismo e o grupo de alcoólicos anônimos: o conhecimento de alcoolistas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** Florianópolis, V. 2, n.4-5, p.190 – 212. 2008.

CHAIÉB, J. A.; CASELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Rev. Saúde Pública.** v.32, n.3, p.246-254, 1998.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

DANTAS, M.; CAVALCANTE, V. **Pesquisa qualitativa e Pesquisa quantitativa**. Universidade Federal de Pernambuco. 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/14344653/Pesquisa-qualitativa-e-quantitativa>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

FAZITO, D.; SOARES, W. **Análise das redes de migração interna no Brasil (1986-1991): aspectos macroestruturais**. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

FERREIRA, D. R. **Alcoolismo e co-dependência: a interferência do alcoolismo na dissolução da relação conjugal**. Palhoça, SC, 2008. Disponível em: <<http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/DanielaRolandFerreira.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

FERREIRA FILHA, M. de O.; SÁ, A. N. P. de; ROCHA, I. A. da; SILVA, V. C. L.da; SOUTO, C. M. R. M.; DIAS, M. D. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. **Revista Rene**. v.13, n.1, p.26-35, 2012.

FILIZOLA, C.L.A.; PERON, C.J.; NASCIMENTO, M.M.A.; PAVARINI, S.C.I.; FILHO, J.F.P. Compreendendo o alcoolismo na família. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. n.10, v.4, p. 660-70. 2006.

GIONGO, C. D. A perspectiva de rede social na terapia familiar. **Pensando Famílias**. n.3, 2001.

GUARÁ, I. M. F. R (org.). **Redes de proteção social**. 1 ed. São Paulo : Associação Fazendo História : NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010.

GUIA. **Clinicas de Recuperação**. 2013. Disponível em: <<http://www.clinicasderecuperacao.com.br/categoria-e-servicos/comunidades-terapeuticas>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <[HTTP://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_sociais_2009/indic_sociais_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indicadores_sociais_2009/indic_sociais_2009.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_uf.shtm>. Acesso em: 22 nov. 2012.

INCA. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis**. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/brinqueritodocsconsumoalcool.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

JUNIOR, S. M. **Regulação da Publicidade Das Bebidas Alcoólicas**. 2005. Disponível em: <<http://www.conamp.org.br/Estudos/REGULA%C3%87%C3%83O%20DA%20PUBLICIDADE%20DAS%20BEBIDAS%20ALCO%C3%93LICAS.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

LUKAS, E. **Prevenção Psicológica**. Petrópolis, RJ: Vozes. 1992.

LOSOVSKI, E. **Plantão Médico: drogas, alcoolismo e tabagismo**. Rio de Janeiro: Biologia e Saúde. 1998.

MARQUES, E. **Redes sociais, segregação e pobreza**. São Paulo: UNESP, 2010.

MARIANO, R. A.; GUZMAN, H. M. da S.; MAIA, R. B.; URGNANI, M.; DUTRA, M. L.; LEONEL, W. H. dos S.; ARAÚJO JR, O. R. de. Alcoolismo: uma revisão da literatura interdisciplinar publicada no Brasil. **Iniciação Científica Cesumar**. v.2, n.2, p.77-83, 2000.

NATIONAL ASSOCIATION FOR CHILDREN OF ALCOHOLICS. 2003. Disponível em: <www.nacoa.org>. Acesso em: 20 fev. 2013.

OLIVEIRA, M. da S.; WERLANG, B. S. G.; WAGNER, M. F. Relação entre o consumo de álcool e hábitos paternos de ingestão alcoólica. **Boletim de Psicologia**. v.57, n.127, p. 205-214, 2007.

Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001. p.173.

PERES, R. S. Andarilhos de estrada: estudo das motivações e da vivência das injunções características da errância. **Psico-USF**. v.6, n.1, p.67-75. 2001.

PITTMAN, D. **Mentiras privadas: a infidelidade e a traição da intimidade**. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1994.

PORTUGAL, S. **Novas Famílias, Modos Antigos: as redes sociais na produção de bem-estar**. 2006. 740f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2006.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C.; AMORIM, K. de S.; SILVA, A. P. S. Uma perspectiva teórico-metodológica para análise do desenvolvimento humano e do processo de investigação. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.13, n. 2, 2000.

SANTOS, J. A. **Cotidiano familiar e qualidade de vida de usuários dependentes de cuidado – Programa de Saúde da Família, Viçosa/MG**. 2008. 180f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG. 2008.

SANTOS, M. S. D.;VELÔSO, T. M. G. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.12, n.26, p.619-34. 2008.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). **Rev. Escola de Enfermagem**. v. 37, n.2, p.119-126. 2012.

VIEIRA, V. A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Rev. FAE**. Curitiba, v.5, n.1, p.61-70. 2002.

WEVER, M. **Ensaio de sociologia**. Trad. Waltensir Dutra. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

CAPÍTULO 4

INFLUÊNCIA DO ALCOOLISMO NOS PROJETOS DE VIDA DOS DEPENDENTES E FAMILIARES

INFLUÊNCIA DO ALCOOLISMO NOS PROJETOS DE VIDA DOS DEPENDENTES E FAMILIARES

RESUMO

O alcoolismo compromete várias esferas da vida do sujeito, com repercussões familiares, profissionais e sociais. Pesquisa para detectar o efeito do alcoolismo sobre as relações humanas constatou que alcoolista e sua família experimentam prejuízos em diversas áreas. Porém a pessoa dependente apresenta dificuldade em admitir que tenha problemas com o uso abusivo dessa substância. Diante desta realidade, o objetivo deste trabalho foi examinar, de acordo com o estágio do alcoolismo, como este interfere nos projetos de vida do alcoólatra, sejam familiares, comunitários, profissionais, financeiros, espirituais, médicos e psicológicos. Resultados mostraram que o alcoolismo influencia todos os domínios da vida dos indivíduos, em especial o domínio familiar, levando muitas vezes à separação e degradação das relações com os filhos. Com isso, pode-se concluir que o alcoolismo intervém nos projetos de vida, representando grandes perdas na vida dos indivíduos e de suas famílias. Sendo assim, é preciso trabalhar a autoestima e comportamento dos dependentes, para que possam reconstruir suas vidas, com novas vivências e interações, visando à manutenção da sobriedade e, portanto, sua reinserção social.

Palavras-Chave: alcoolismo; projetos de vida.

ABSTRACT

Alcoholism undertakes various spheres of the individual life with family, professional, and social repercussions. Research for detecting the effect of alcoholism on human relationships found that alcoholics and their families experience losses in several areas. But the alcoholic dependent has difficulty admitting that has a problem with the abuse of this substance. Facing this reality, this study aimed to examine how alcoholism according its stage interferes in the life projects of alcoholics, whether familial, communautaire, professional, financial, spiritual, medical, and psychological. Results showed that alcoholism affects all areas of individuals' life especially the familial domain, often leading the couple separation and worsening relations with the children. Thus, it can be concluded that alcoholism intervenes in life projects, representing large losses in the individuals' lives and their families. Therefore, the self-esteem and behavior of dependents should be promoted for rebuilding their lives with new experiences and interactions, aimed to maintain sobriety and, therefore, their social reintegration.

Keywords: alcoholism; life projects.

1 – INTRODUÇÃO

Alcoolismo é uma intoxicação, aguda ou crônica, provocada pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas e constitui um problema médico, quando altera ou coloca em risco a saúde física ou mental do indivíduo. Pressupõe-se que o alcoolismo compromete várias esferas da vida do sujeito, com repercussões familiares, profissionais e sociais.

Segundo Chagas et. al.(2008), é possível observar que diversos motivos levam as pessoas a procurar o álcool. Comumente elas não se sentem aptas para lidar com os problemas cotidianos e buscam a bebida alcoólica, como forma de fugir de situações ou frustrações do mundo real, com as quais não conseguem lidar satisfatoriamente ou que os resultados não estão de acordo com o que esperavam.

Para Nascimento e Justo (2000), a pessoa dependente de álcool apresenta dificuldade em admitir que tem problemas com o uso abusivo dessa substância e, comumente, entende que pode interromper seu uso quando quiser, sem identificar que já está vivenciando dificuldades em decorrência deste ato. Nesse sentido, é raro o sujeito etilista ir para um atendimento de saúde referindo-se como um dependente alcoólico.

De acordo com Jean Adès e Michel Lejoyeux (2004, *apud* MARTINS, 2008), baseados no modelo de Van Dijk, proposto em 1979, pode-se falar em 5 tipos de alcoolização, passíveis de dar forma a uma evolução para a dependência alcoólica. São eles: o primeiro contato com o álcool, o estágio experimental, o estágio de alcoolização integrada, o estágio de alcoolização excessiva e o estágio da dependência. A situação do dependente em cada um desses estágios pode interferir de forma diferente nos projetos de vida dos indivíduos e das famílias.

Pesquisa para detectar o efeito do alcoolismo sobre as relações humanas constatou que alcoolista e sua família experimentam prejuízos em diversas áreas. Isto porque são altos os níveis de conflito e tensão, com falta de clareza na organização familiar, que influem na confiança e segurança. Há diminuição da união entre seus membros, com isolamento interpessoal e prejuízo geral da comunicação, o que leva a dificuldades de convívio. Neste contexto, os membros da família nem sempre conseguem estabelecer padrões apropriados de comportamento. Suas interações tornam-se disfuncionais e eles podem ter

dificuldade em encontrar soluções afetivas para seus problemas (SOUZA; CARVALHO, 2010).

É importante destacar que um dos maiores danos sociais tem sido a desagregação familiar. O uso e abuso do álcool progridem de forma lenta e insidiosa evoluindo para cronificação, acarretando imensuráveis problemas no processo saúde-doença do indivíduo, da família e da sociedade. Nesta perspectiva, entende-se que os efeitos psicológicos, sociais, culturais, jurídicos, políticos e econômicos da dependência do uso e abuso do álcool acarretam prejuízos incalculáveis com redução das condições e qualidade de vida, constituindo num ônus direto para o próprio usuário bem como seus familiares (MIRANDA et. al., 2006).

Assim, os prejuízos provocados pelo abuso de bebidas alcoólicas atingem, em grande escala, toda a sociedade e se intensifica quando se refere ao alcoolista e seus familiares, acarretando vários problemas em que estão incluídos: desemprego, violência, complicações físicas e mentais, danos à família, insegurança no trânsito, mortalidade, entre outros; acarretando, assim, mudanças em seus projetos de vida, sejam eles pessoais, profissionais ou financeiros.

Diante desta realidade, pressupõe-se que o alcoolismo repercute de forma direta e incisiva nos projetos de vida, tanto individual quanto familiar, podendo interferir em diversos domínios, como familiares, comunitários, profissionais, financeiros, espirituais, médicos e psicológicos, ou na combinação de dois ou mais deles ou, até mesmo, em todos estes domínios.

1.1 – Objetivo

Frente a esta contextualização, o objetivo foi pautado em examinar, de acordo com o estágio do alcoolismo, como este interfere nos projetos de vida do alcoólatra, sejam familiares, comunitários, profissionais, financeiros, espirituais, médicos e psicológicos.

2 – REVISÃO DE LITERATURA

Procurou-se na revisão de literatura, descrever sobre os assuntos que compõem o presente capítulo, abordando os seguintes tópicos: alcoolismo e seus estágios e Projetos de vida.

2.1 – O Alcoolismo e seus Estágios

No Brasil, do ponto de vista epidemiológico, um levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, em 107 cidades com população acima de 200 mil habitantes e com pessoas de 12 a 65 anos, constatou que 68,7% fazem uso do álcool (GALDURÓZ, et. al. 2005).

O uso do álcool é socialmente adquirido, os padrões de comportamento aprendidos são mantidos por fatores cognitivos, pela influência de modelos, expectativas e indicadores e pela interação do comportamento, com reforços do meio, incluindo também os fatores genéticos. O ambiente familiar é visto como parte importante na determinação do consumo do álcool e sugere que o alcoolismo está consistentemente associado com negligência, distanciamento emocional, rejeição dos pais e tensão familiar (PILLON; LUIS, 2004).

O álcool tem sido apontado como uma das drogas mais consumidas ou, pelo menos, experimentada no Brasil. Conforme Oliveira e Menadro (2001), o alcoolismo é uma doença crônica que não tem cura, porém estaciona com a abstinência. A base literária do Grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) vê o alcoolismo como uma “doença progressiva e incurável”, que pode ser resultado de uma “sensibilidade física ao álcool” e obsessão mental pela ingestão de bebida, impedindo o alcoólico de parar de beber.

Muitos fatores de diversas origens contribuem para o desenvolvimento da dependência; no entanto, a organização familiar mantém uma posição de saliência no desenvolvimento da situação do quadro de dependência do álcool. O impacto que a família sofre com o uso de álcool por um de seus membros é correspondente às reações que vão ocorrendo com o usuário. Esse impacto pode ser descrito através de estágios, pelos quais, a família progressivamente passa sob influência das alterações produzidas pelo álcool na vida de seu integrante. (FACCIO, 2008).

De acordo com Jean Adès e Michel Lejoyeux (2004, apud MARTINS, 2008), existem cinco tipos de alcoolização, sendo eles: o primeiro contacto com o álcool, o estágio experimental, o estágio de alcoolização integrada, o estágio de alcoolização excessiva e o estágio da dependência.

Numa análise sucinta a estes cinco estágios, pode-se dizer que o primeiro pode acontecer em diferentes idades, nas mais variadas circunstâncias e com efeitos que dependem muito da reação psico-fisiológica do indivíduo. É frequente na adolescência por diferentes razões, como: auto-afirmação, atitude submissa perante influências externas, simples vontade de experimentar uma nova sensação, etc.

No estágio experimental, a pessoa revela-se já conhecedora de diferentes bebidas alcoólica, tendo consciência da sua capacidade de ingestão e sendo receptiva à ideia de experienciar algumas vivências produzidas pelo álcool. À semelhança do que se passa com o primeiro estágio, também neste a maior parte dos indivíduos passa à fase seguinte (MARTINS, 2008).

E, chegado ao terceiro estágio, aquele que pode estabilizar o consumidor como um bebedor moderado ou projetá-lo para as formas patológicas de consumo, o estágio de alcoolização integrada, que é definido como “o comportamento alcoólico definitivo, adaptado em função das regras sociais e culturais da sociedade a que o sujeito pertence” (Adès e Lejoyeux, 2004, apud MARTINS, 2008, p. 11). Os “consumidores integrados ou sociais”, como também são identificados, conseguem reduzir progressiva ou abruptamente o consumo de álcool, sem que tal fato lhes produza incomodo. Se a maioria destes indivíduos faz um percurso de vida mantendo-se como consumidores moderados, há, contudo, certo número deles que passa ao quarto estágio, entrando num percurso já considerado de elevado risco, pela facilidade com que se deixam resvalar para a dependência patológica (MARTINS, 2008).

Segundo o autor, no quarto estágio, da alcoolização excessiva, os consumidores apresentam já um quadro alterado significativo, com aumento da frequência dos consumos exagerados e das próprias quantidades de álcool ingeridas. Neste estado de alcoolização são identificáveis perturbações ao nível da saúde física e mental, do bem-estar geral e das relações conjugais, familiares e sociais em geral, sendo comum nesta situação começarem a surgir conflitos também na esfera profissional e no confronto com a ordem pública e legal. Perante tal circunstância, há bebedores que reduzem o consumo, estabilizando no estágio anterior (uso social integrado), deixando alguns de consumir por completo e outros, ainda, fixando-se no estado de consumidores excessivos. Há, contudo, um último grupo que evolui para o quinto e último estágio, o da dependência.

No quinto estágio, a pessoa alcoólica apresenta já uma dupla habituação ao álcool, física e psicológica, que a leva à perda da capacidade de resistência ao consumo. Esta situação, não sendo irreversível, torna-se, contudo muito problemática tanto para o indivíduo quanto para a sua família, alterando profundamente a sua relação com esta e com a rede social de convivência (vizinhança, amigos, contexto profissional, etc.), tornando-o uma pessoa “isolada” e sem outros objetivos que não sejam o de consumir álcool. Nestes casos a necessidade de tratamento impõe-se, sem o qual a pessoa evolui para diversos tipos de complicações (MARTINS, 2008).

O consumo de bebidas alcoólicas é tão comum que muitas pessoas não imaginam que elas são drogas potentes. A relação entre álcool e câncer tem sido avaliada, no Brasil, por meio de estudos de caso-controle, que estabelecem a associação epidemiológica entre o consumo de álcool e cânceres da cavidade bucal e de esôfago. Além de agente causal de cirrose hepática, em interação com outros fatores de risco, como, por exemplo, o vírus da hepatite B, o alcoolismo está relacionado entre 2,0 a 4,0% das mortes por câncer, implicado que está, também, na gênese dos cânceres de fígado, reto e, possivelmente, mama. Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que o tipo de bebida (cerveja, vinho, cachaça, etc.) é indiferente, pois parece ser o etanol, propriamente, o agente agressor. Essa substância psicoativa tem a capacidade de produzir alteração no sistema nervoso central, podendo modificar o comportamento dos indivíduos que dela fazem uso. Por ter efeito prazeroso, induz à repetição e, assim, à dependência. (SANTOS; MENDOZA, 2011).

2.2 – Projetos de Vida

A recuperação da dependência está associada à formulação de projetos de vida, nas quais as redes sociais assumem importância fundamental (BRASIL, 2012).

A elaboração do Projeto de Vida implica no estabelecimento de ações contínuas que interligam de forma harmônica os aspectos necessários ao estabelecimento ou resgate da rede social do indivíduo com dependência. Não existe um setor da vida desse indivíduo que é mais ou menos importante, o que ocorre é que, em determinado momento, algum aspecto pode estar precisando de

uma atenção ou ação mais específica, como é o caso dos aspectos profissionais e familiares, que estão interligados com os aspectos econômico-financeiros e comunitários, além dos aspectos espirituais, médicos e psicológicos (BRASIL, 2012).

Os projetos de vida são elaborados e constituídos de acordo com experiências sócio-culturais, vivências e interações interpretadas. O projeto de vida não é e nem pode ser um fenômeno puramente subjetivo, apesar de estar relacionado a fantasias, sua matéria-prima é a cultural e, de certa forma, tem que ser coerente, em um processo de interação com os contemporâneos, mesmo que seja rejeitado. Os contemporâneos do sujeito serão aliados, inimigos ou indiferentes, cujos projetos e condutas originarão os limites dos projetos do sujeito (VELHO, 1994, apud TEIXEIRA, 2005).

O autor supracitado argumenta que um projeto é constituído das emoções do sujeito e, por mais particular que seja, deve se basear em um nível de racionalidade cotidiana para que expectativas mínimas sejam alcançáveis. A avaliação constitui parte importante de um projeto, como instrumento para realização das metas e para se ter noção do tempo com as etapas desencadeando. O projeto individual é constituído em função de uma história de vida.

Ribeiro (2005) destaca que todo projeto é constituído intersubjetivamente e baseado em representações sociais, que orientam o agir e operam as transformações, bem como a construção de representações sobre o próprio indivíduo e o mundo (autonomia e práxis).

Velho (1994, apud TEIXEIRA, 2005), argumenta que as pessoas têm a capacidade de transformarem e substituírem seus projetos, tendo em vista que possuem uma biografia, vivem no tempo e na sociedade e, por isso, são influenciadas pelos outros e pelas mudanças sócio-históricas. O sujeito reconhece-se nos outros, por meio de semelhanças e coincidências, mesmo tendo vivido sua experiência como única. Porém, no projeto, sempre haverá algo irreduzível, devido à combinação única de fatores psicológicos, sociais, históricos, impossíveis de se repetir.

As mudanças nos projetos de vida em função do alcoolismo exigem a ativação das redes sociais, ou seja, diante da complexa tarefa que é de cuidar de uma pessoa com dependência, as famílias, no intuito de minimizar a sobrecarga de

trabalho, vão estabelecendo as redes sociais, que se formam ao longo da vida, de acordo com os vínculos que vão sendo criados.

Segundo o Observatório de Informações sobre drogas (BRASIL, 2012), a elaboração de projetos de vida envolve aspectos que estão inter-relacionados e que implicam no estabelecimento de ações contínuas e interligadas, como demonstrado na Figura 5, abaixo especificada:

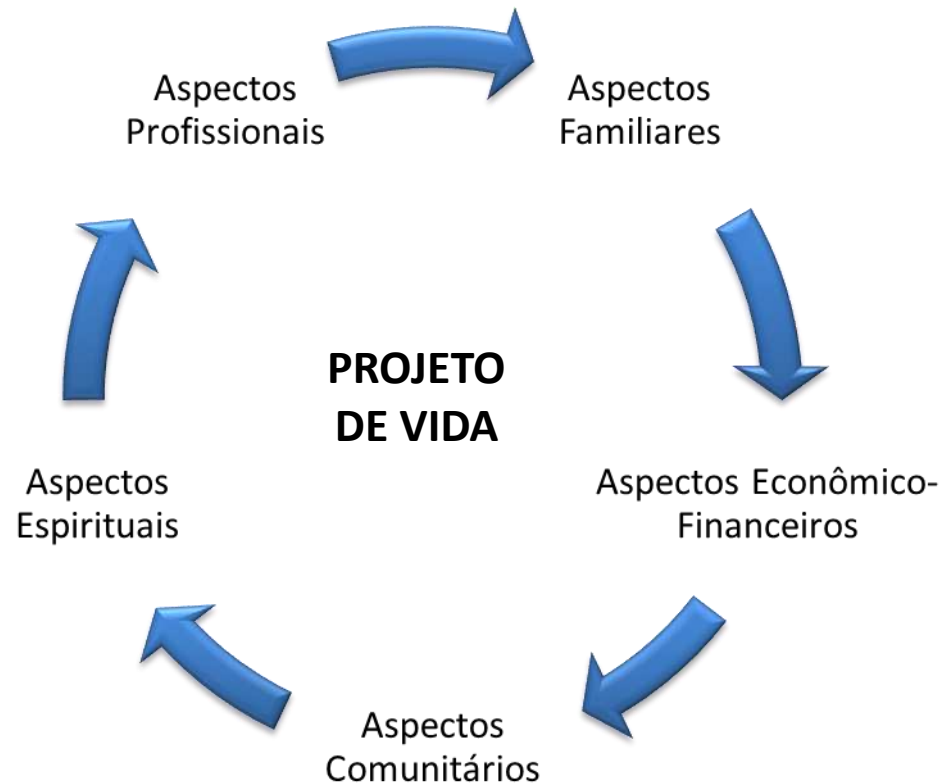


Figura 5: Aspectos no Estabelecimento do Projeto de Vida

Fonte: BRASIL (2012), com adaptações.

Nessa perspectiva cada dimensão ou aspecto, descritos na Figura 5, agem como fatores que possibilitam ou impossibilitam um determinado comportamento do indivíduo, influenciado, como no caso do estudo em questão, ao uso/abuso de bebidas alcoólicas e na interrupção deste uso. Parte-se então do pressuposto que cada indivíduo tem um projeto pessoal e profissional e que o vício interferiu na concretização de parte, ou total, desses projetos de vida.

É implícito que, durante os anos de dependência, haja perdas tanto relacionais quanto financeiras. Portanto, seria simplista pensar que a reinserção

social do dependente não implique numa recuperação dessas perdas. Nesse caso, é preciso diagnosticar criteriosamente a condição do momento, listando perdas e definindo uma forma ou estratégias para minimizá-las, o que alivia a ansiedade do paciente e o coloca diante da responsabilidade de planejar o futuro. Em todo o processo de recuperação, a família deverá participar conjunta e ativamente, além de contar com um aconselhamento especializado de um profissional ou de um grupo de ajuda (BRASIL, 2012).

Em qualquer fase do desenvolvimento do ser humano, o reconhecimento social e a influência dos grupos a que pertence são fundamentais para a manutenção do sentimento de inclusão e de valorização pessoal. No período de dependência, o paciente pode sofrer uma gradativa deterioração pessoal, com o empobrecimento dos relacionamentos sociais. Sentimentos de rejeição, auto-depreciação, insegurança, dentre outros, o afastam do convívio social. Com o processo de tratamento e a abstinência, o paciente se vê diante do desafio de resgatar os relacionamentos destruídos. A participação na comunidade oferece a oportunidade de ele reescrever a própria história, a começar com a reparação de possíveis danos causados a si próprio ou a outrem. A busca de ajuda para prováveis problemas relacionais pode impulsioná-lo a retomar o gosto pelo lazer, pelas atividades culturais e associativas, até então, desprezadas (BRASIL, 2012).

Culturalmente, o “valor” de uma pessoa ou a sua dignidade está diretamente ligada à sua capacidade de produção. Desenvolver uma atividade formal ou informal é para o dependente, quase tão importante quanto à manutenção da abstinência. Daí a importância de se analisar os aspectos profissionais na vida do dependente.

Ribeiro (2005) expõe a afirmação de Bohoslavsky (1980) de que “as exigências do sistema produtivo são interiorizadas e articuladas com o desejo, gerando a escolha profissional, que, através de um jogo intrincado de identificações, possibilita a construção de identidade profissional”. Expõe também que Silva (1996), embasada nas idéias de Bourdieu (1974), indica que:

“a escolha profissional é marcada pelo conjunto estruturado de disposições que, interiorizados simbolicamente sob a forma de preceitos éticos (o “isso não é para nós”) e padrões de comportamento, regem as estratégias de vida, operando a mediação entre sujeito e história, entre a dimensão individual e a dimensão social e os deslocamentos no espaço social que constituem sua trajetória social” (SILVA, 1996 apud RIBEIRO, 2005).

Na visão de Bourdieu, cada ator age, portanto, dentro de um campo social determinado, que inclui o desejo e o que foi construído através do seu processo de socialização, por meio da família e das relações sociais. O projeto de vida é elaborado pelo comportamento decisório do indivíduo e produz as condições para compreensão do sentido de vida na articulação do seu passado, presente e futuro, por meio da concretização das aspirações e objetivos, num campo de reais possibilidades e limitações.

A participação conjunta do paciente e familiares em grupos de auto-ajuda ou associações e projetos comunitários devem ser considerados como ferramenta de reinserção no ambiente familiar e, assim, na formulação de novos projetos de vida. Na ausência de familiares, deve-se buscar uma figura de referência para o paciente, com quem ele possa estabelecer ou retomar um relacionamento afetivo. Esta figura pode estar representada por um colega de trabalho, um chefe, um vizinho ou um amigo (BRASIL, 2012).

Independente da formação ou orientação religiosa é importante que o dependente recupere e mantenha a crença na sua própria capacidade de realização. Essa crença poderá ajudá-lo a enxergar um horizonte de possibilidades, onde sonhos se transformam no projeto de uma nova vida.

Quanto aos aspectos médicos e psicológicos, nota-se que, mesmo estando claro que o processo de reinserção social deve ocorrer simultâneo ao tratamento, é importante reforçar a necessidade dos cuidados com a saúde física e psicológica do dependente. O acompanhamento sistemático, considerando as características individuais do paciente, lhe dará suporte na remoção de barreiras para a recuperação e reinserção social.

3 – METODOLOGIA

3.1 – Natureza do Estudo

Visando atender o objetivo proposto, integram-se neste estudo métodos de pesquisa de natureza quantitativa e qualitativa, no intuito de ampliar a compreensão do problema, uma vez que ambas as abordagens se complementam.

Como ressalta Denzin e Lincoln (2005, apud ROSADO, 2011), as pesquisas qualitativas sublinham a natureza socialmente construída da realidade, a

intima relação entre o pesquisador e o que é estudado. Em contraste, os estudos quantitativos enfatizam a mensuração e a análise das relações de causalidade entre as variáveis.

Além disso, a pesquisa será essencialmente de caráter exploratório-descritiva, considerando, de acordo com Gil (2008), que a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, enquanto as pesquisas descritivas têm como preocupação central a descrição das características de determinado fenômeno ou população ou, ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis.

3.2 – População e Amostra

A população estudada foi constituída por dependentes (internos e egressos), que passaram pelo tratamento de alcoolismo na Casa de Acolhimento São Francisco de Assis, bem como as famílias dos egressos. Devido o pequeno número da população, optou-se por trabalhar com toda ela, sendo assim, a amostra é equivalente à população pesquisada.

3.3 – Técnicas de Coleta e Análise dos Dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas e questionários direcionados aos internos em tratamento, aos egressos e às famílias dos egressos, a fim de identificar quais foram às repercussões do alcoolismo nos projetos de vida, de acordo com o estágio do alcoolismo.

Os dados foram analisados estatisticamente, tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, sendo sua discussão realizada, por meio da utilização de literatura pertinente.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e as discussões foram estruturados em duas seções. A primeira descreve a repercussão do alcoolismo nos projetos de vida dos dependentes; a segunda caracteriza a influência do alcoolismo nos projetos de vida de sua família.

4.1 – Repercussões do alcoolismo nos projetos de vida dos dependentes

A partir de uma análise qualitativa dos dados, procurou-se identificar qual a repercussão do alcoolismo nos projetos de vida dos dependentes, de acordo com o estágio do alcoolismo. Para tanto, foi analisado a interferência do alcoolismo em seis domínios, a saber: domínio familiar, de amigos, da comunidade, financeiro, religioso, da saúde; porém, não foi possível analisar essas repercussões conforme os estágios do alcoolismo, porque todos os entrevistados encontravam-se no mesmo estágio de alcoolismo, ou seja, no quinto estágio, considerado por Martins (2008), como o estágio onde a pessoa alcoólica apresenta já uma dupla habituação ao álcool, física e psicológica, que a leva à perda da capacidade de resistência ao consumo. Esta situação, não sendo irreversível, torna-se contudo muito problemática tanto para o indivíduo quanto para a sua família, alterando profundamente a sua relação com esta e com a rede social de convivência. E mesmo todos os indivíduos estando no mesmo estágio de dependência, as repercussões nos projetos de vida são diferentes.

Quanto a interferência do alcoolismo no domínio familiar, o que foi mais prejudicial, em 67% dos casos, foi o afastamento da família e dos filhos e, em 33% dos casos, levou ao fim do casamento, como pode ser visto nas falas abaixo:

“Acabou que eu me separei dos meus filhos, acabou com o meu casamento. Hoje meus filhos me procuram e ainda me dão atenção, mas não moram comigo mais. Eu moro sozinho” (Interno 3, 12/06/2012).

“Ah, foi tudo de ruim, tudo tudo desagradável, deu a separação, deu a ausência dos filho, a minha ausência né para os filhos” (Egresso 5, 25/08/2012).

Diante dessas falas, fica evidenciado que o alcoolismo tem uma interferência muito grande no relacionamento marital e também na convivência com os filhos. Corroborando com esta realidade, Chagas et. al. (2008) complementa dizendo que, no que tange à família, as perdas vividas pelo alcoolista podem incluir a ruptura matrimonial, afastamento físico e emocional e ameaças de abandono por parte do cônjuge, além do sofrimento que o mesmo causa aos demais familiares.

No que se refere ao impacto do alcoolismo nas relações de amizade, um dos entrevistados relatou não ter amigos, outros oito (89%) entrevistados relataram que o convívio com os amigos durante o alcoolismo era maior porque

na verdade eles tinham apenas os “amigos de copo”, ou seja, era só amigos para beber junto deles, e que, durante e após o tratamento, estes amigos se afastaram e hoje não tem mais convivência com os mesmos. Relatam ainda que estes amigos estavam presentes no momento em que tinham dinheiro para gastar com bebidas, caso contrário estes desapareciam, conforme as declarações a seguir:

“Ah meus amigos era do bar, não tinha amigos não. Todos os meus amigos eram do álcool” (Interno 4, 08/07/2012).

“Quando eu estava bebendo meu relacionamento com os amigos era muito, eu tinha muitos amigos, muitos, mais muitos mesmo, a cada dia que passava mais amigos se aproximava ai eu achava que eram amigos assim, verdadeiros, só que não eram, era por causa do álcool, que eu tinha facilidade muito grande de pagar também o álcool pros outros, eu tinha uma facilidade muito grande de pagar, ai eles aproveitavam (Egresso 5, 25/08/2012).

Outro relato interessante em relação das amizades foi que, mesmo depois que os internos passavam pelo tratamento, os amigos ainda os convidavam e insistiam para eles voltarem ao vício, conforme a fala a seguir:

“Ah, com a amizade assim de copo né! Nois zuava demais. Tomava uma toda hora. Depois, hoje eu não tenho mais aqueles amigos não. Agora eu to em outra. Teve um dia que eu tava vindo cá para o NATA e ele chamou para tomar uma (cachaça). É assim, é verdade (Egresso 3, 08/07/2012).

Frente a esta realidade, fica claro que os amigos comumente influenciam, as pessoas tanto para o consumo do álcool, quanto para a recaída. A influência da rede de amigos foi observada na pesquisa de Alvarez (2007) que constatou que o maior motivo para o início do consumo do álcool foi a influência de amigos e colegas (65%). A influência negativa do grupo social é considerada como um dos fatores que mais contribui para a recaída. Um estudo com 300 alcoolistas em tratamento ambulatorial reforçou o fato de que beber com os amigos antes de começar o tratamento influenciou negativamente, pois favoreceu a recaídas e dificultou a adesão ao tratamento, induzindo ao seu abandono (RIBEIRO et. al., 2008).

Ao questionar a interferência da comunidade durante o período de alcoolismo, 67% dos entrevistados relataram que sofreram discriminação e exclusão social, afirmando que a sociedade exclui o dependente, conforme os relatos abaixo:

“O alcoolismo ele afasta de tudo, a própria sociedade ela te exclui né, porque você é um bêbado chato” (Egresso 1, 04/06/2012).

“Nossa, foi chato! Foi chato porque a discriminação né, eles não tem respeito por você, te olham torto, fica com medo de você voltar na casa deles, e tipo assim, chamam a polícia para você toda hora se você tá (alterado) demais” (egresso 3, 08/07/2012).

Diante destas falas, fica afirmado o que o próprio dependente se sente excluído e estigmatizado⁶ pela sociedade. Para Goffman (2008), a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas. O estigma procura tornar visível qualquer coisa de extraordinário, mau, sobre o status de quem o apresenta. Torna o estigmatizado como o protótipo do banido social, uma pessoa desacreditada, como destaca Goffman (2008, pág. 51):

“o indivíduo estigmatizado é uma pessoa desacreditada, é provável que não reconhecamos logo aquilo que o torna desacreditado e, quando se mantém essa atitude de cuidadosa indiferença, a situação pode se tornar tensa, incerta e ambígua para todos os participantes, sobretudo a pessoa estigmatizada.”

Por outro lado, um dos entrevistados, não concordando com a fala da maioria, contradiz afirmando que é o indivíduo que se exclui da sociedade, e não a sociedade que exclui o indivíduo, porque o alcoolismo faz você se excluir do convívio social; ou seja, ele se sente culpado, confirmando as palavras de Goffman (1982), penalizando-se a si próprio e se colocando à margem da sociedade, como pode ser evidenciado na fala a seguir:

“(…) aquela turma da bombona ali, aqueles caras ali, eles são excluídos né, mas porque eles estão se excluindo, eles não querem entrar, eles não querem se aproximar, entendeu? Exatamente pelo jeito que eles são, as vezes com uma agressão verbal, é dessa maneira, porque eles estão se excluindo, então eles ficam excluídos” (Egresso 4, 08/07/2012).

Já, 22% dos entrevistados disseram que o alcoolismo não interferiu em nenhum âmbito no seu convívio social, relatando ter um bom relacionamento com

⁶O termo *estigma* foi criado para se referir a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Ele ainda menciona três tipos de estigma nitidamente diferentes: em primeiro lugar, há as abominações do corpo – as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, **alcoolismo**, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família (GOFFMAN, 2008)

a comunidade antes, durante e após o tratamento do alcoolismo, inclusive a sociedade incentivava para que ele deixasse o vício, falando diretamente com eles ou com familiares.

“Ah, na minha comunidade eu sempre tive um bom relacionamento. Nunca tive problemas porque as pessoas me conheciam, sabiam que eu era trabalhador, e que o vício me atrapalhava, por isso eles aconselhavam para parar com essa cachaçada” (Interno3, 16/12/2012).

“Assim, pelo que o pessoal me fala, todo mundo conversa comigo, ninguém tem nada a reclamar de mim não. Entendeu? (...) só que eu não sou muito de ficar conversando com o pessoal, mais assim pra falar ‘bom dia vizinhança’, essa coisa de casa assim, não tem problema não, porque eu não era bagunceiro, eu sempre bebia pra mim mesmo, no meu canto” (Egresso 2, 12/06/2012).

Corroborando com esta realidade, Brasil (2012), relata que, em qualquer fase do desenvolvimento do ser humano, o reconhecimento social e a influência dos grupos a que pertence são fundamentais para a manutenção do sentimento de inclusão e de valorização pessoal. No período de dependência, o alcoólatra pode sofrer uma gradativa deterioração pessoal, com o empobrecimento dos relacionamentos sociais, que o afastam do convívio social.

Com relação à interferência do vício no planejamento financeiro, todos os entrevistados relataram que o alcoolismo interferiu muito na questão financeira, sendo que todo o dinheiro que tinham era gasto no bar, com bebidas alcoólicas, deixando, na maioria das vezes, de ajudar no sustento da família, além de desfazer de bens materiais que haviam conseguido antes do vício.

“na questão financeira não tinha planejamento né, eu simplesmente gastava tudo que ganhava com a bebida, chegou num ponto que nem ajudar em casa mais eu ajudava, porque meu dinheiro ficava no buteco” (Interno 3, 12/06/2012).

“Ah, o salário que eu recebia eu gastava tudo numa noite só né, no outro dia não tinha mais nada (...) o dinheiro que eu tivesse no bolso, enquanto eu tivesse dinheiro eu não ia nem trabalhar não, eu perdia a segunda-feira, começava a beber na sexta, sábado e domingo e na segunda-feira eu não ia trabalhar né (...) então eu aproveitava, enquanto tivesse dinheiro no bolso eu estourava” (Egresso 1, 04/06/2012).

Filizola et. al. (2006) completam afirmando que a alteração do comportamento em função do uso de álcool pode causar a desestruturação

familiar, gastos financeiros excessivos, mortes ou traumas por acidentes de trânsito, violência urbana e mortes prematuras.

No que se refere à vida religiosa, 45% dos entrevistados relataram que não tinham vida religiosa no momento que se envolveram com o vício, diante disso não considera que o alcoolismo teve alguma interferência na sua religião.

“Ah eu não tinha né (risos), eu era ateu né!” (Egresso 3, 08/07/2012).

“Eu antigamente, antigamente a gente falava que era católico mas não buscava a Deus não. Só depois que eu conheci a Deus aqui dentro, a minha vida religiosa começou aqui dentro” (Egresso 2, 12/06/2012).

Já 33% relataram que o alcoolismo os afastou da religião e da igreja, relatando que antes do vício ele freqüentava a igreja, ia à missa, participava das celebrações e, após o envolvimento com o vício, eles se afastaram de tudo, não participando mais das práticas religiosas.

“Interferiu muito, muito, antes eu ia a missa quase sempre, até quando eu era mais novo eu mexia muito com essa parte religiosa, assim nas roças nós marcava missas pro pessoal, marcava umas missa e tudo, depois que eu comecei a beber eu saia para a missa, mas chegava uma pessoa perto de mim e me desviava, me desviava não, eu já estava no desvio com o pensamento” (Egresso 5, 25/08/2012).

“Ah eu já não ia a missa, já não rezava mais, minha mãe fazia o movimento família, so que desde pequeno eu participava (...) desde pequeno eu conhecia Deus, rezava o terço, lia a bíblia, tinha aquela coisa religiosa, depois que comecei o vício não rezava mais, não ia a missa, me afastei muito” (Interno 2, 12/06/2012).

Outros 22% relataram que o fato de ter envolvido com o vício não interferiu em nada na vida religiosa, que mesmo durante o alcoolismo continuou freqüentando as celebrações religiosas.

“Ah nisso não teve problema não, porque eu nunca me afastei da igreja” (Interno 3, 12/06/2012).

“Não interferiu não, eu confiava em Deus e em Nossa Senhora. Eu sempre ia na igreja” (Interno 4, 08/07/2012).

Independente da formação ou orientação religiosa é importante que o dependente recupere e mantenha a crença na sua própria capacidade de realização.

Essa crença poderá ajudá-lo a enxergar um horizonte de possibilidades, onde sonhos se transformam no projeto de uma nova vida.

É importante destacar que uma das estratégias para a recuperação do alcoólatra tem sido a espiritualidade, como é descrito por Rahm (2010), em um dos métodos mais utilizados para o processo de recuperação da dependência, que é o método “12 Passos para o Cristão”, onde pode-se perceber que trata-se de princípios ligados a religiosidade; sendo, portanto, o reforço espiritual a estratégia adotada pelos dependentes em tratamento. Assim, estes passos dão orientação aos dependentes quanto às atitudes que devem ser tomadas em diversas situações e também têm papel importante na conscientização dos internos de sua impotência perante o uso de bebida alcoólica e a necessidade de mudança.

Com relação à interferência do alcoolismo no relacionamento com médicos e psicólogos, 78% dos entrevistados relataram que teve uma aproximação nas relações com estes atores e, em um dos casos, também com psiquiatra, porque devido o alcoolismo eles adquiriram uma série de doenças físicas e psicológicas, o que exigia o atendimento desses profissionais.

“Eu procurei, eu já tive médicos, psicólogos, já passei por psiquiatras, já passei por muitos médicos, sempre tentando parar a poder de remédios (...)” (Egresso 2, 12/06/2012).

“Chegou o ponto que eu comecei a procurar psiquiatras, começava dialogando, psicólogos também, acabou me aproximando deles, que muitas pessoas me indicavam né “conversa com psicólogos, conversa com terapeutas, conversa com psiquiatras, vai tomar remédio para tirar a ansiedade, tomar calmante”, chegou até a aproximar” (Interno 2, 12/06/2012).

“Na verdade em decorrência do alcoolismo eu desenvolvi uma serie de doenças, a cirrose, hepatite, diabetes, inflamação no pâncreas, já fiquei internado duas vezes, e já quase fui para o lado de lá (morte)”(Interno 3, 12/06/2012).

Os outros 22% dos entrevistados relataram que a convivência com médicos e psicólogos não mudou, porque mesmo se sentindo mal, principalmente em termos psicológicos, não buscaram ajuda de profissionais.

“Não mudou nada não. Eu nunca fui de ir ao médico não. Psicólogo também eu nunca procurei” (Interno 1, 12/06/2012).

“A psicológica ficava toda mexida mesmo. Só vinha coisa ruim na cabeça. Quando eu tava bêbado ali com os

colegas, ah era tudo alegria, ria, falava, mas depois que ficava sozinho era só uma tristeza danada, mesmo assim eu nunca procurei psicólogo não' (Egresso 3, 08/07/2012).

Diante desta realidade, fica evidente o quanto que o alcoolismo é prejudicial tanto na saúde física quanto psicológica, mesmo que, em alguns casos, o dependente não busque ajuda de profissionais especializados. Em outros casos, a busca por ajuda de profissionais especializados deixa de ser apenas uma vontade e passa a ser uma necessidade.

Bertolote e Ramos (1997) fala sobre a importância da identificação de problemas sociais e os insere na investigação do diagnóstico do alcoolismo, destacando alguns dos principais problemas sociais relacionados ao consumo de álcool, a saber: problemas no trabalho, conjugais, financeiros, com pacientes, com filhos, de agressão, habitacional, com amigos, previdenciários e legais.

Quando questionados em qual desses problemas o alcoolismo mais interferiu, 67% dos entrevistados responderam que a maior interferência se deu no domínio familiar, relatando que a convivência com a família ficou muito prejudicada, devido uso de bebidas alcoólicas, gerando conflitos entre os pais, filhos e irmãos. Os outros 33% relataram que a maior interferência se deu na saúde, pois devido ao alcoolismo eles adquiriram uma série de doenças, que foram muito prejudiciais à sua saúde.

Fica assim evidenciado que o alcoolismo interfere de forma incisiva na vida dos dependentes, tendo com um dos grandes danos sociais causados a desagregação familiar. Jorge et. al. (2007), afirma que no Brasil, o alcoolismo tem se transformado em um dos principais responsáveis por desajustes sociais, tais como violência no trânsito, desemprego, desagregação familiar, mortes por acidentes e por crimes.

Pesquisa para detectar o efeito do alcoolismo sobre as relações humanas constatou que alcoolista e sua família experimentam prejuízos em diversas áreas. Isto porque são altos os níveis de conflito e tensão, com falta de clareza na organização familiar, influências na confiança e segurança. Há diminuição da união entre seus membros, com isolamento interpessoal e prejuízo geral da comunicação, o que leva a dificuldades de convívio. Neste contexto, como ressaltam Souza e Carvalho (2010), os membros da família nem sempre conseguem estabelecer padrões apropriados de comportamento. Suas interações

tornam-se disfuncionais e eles podem ter dificuldade em encontrar soluções afetivas para seus problemas.

4.2 – Influência do alcoolismo nos projetos de vida das famílias

Com relação à influência do alcoolismo sobre os projetos de vida dos dependentes e das famílias, foram definidos sete domínios, a saber: relações familiares próximas; relações familiares distantes; relações comunitárias; setor financeiro; vida religiosa; saúde fisiológica; saúde psicológica.

Com relação a influência do alcoolismo nas relações familiares mais próximas (filhos, pais, esposas ou pessoas que moravam na mesma casa), 40% dos entrevistados relataram que o alcoolismo influenciou muito e 60% relataram que teve influência total em suas vidas. Já, quanto ao impacto nas relações com familiares mais distantes (tios, primos, etc.), 20% relataram que o vício não influenciou, enquanto 60% disseram ter influenciado pouco e 20% disseram que teve total influência nestas relações.

Esta realidade é corroborada por Chagas et. al. (2008), quando diz que o alcoolismo de um membro do grupo familiar traz uma série de repercussões à família, normalmente de caráter negativo. Frequentemente, essa condição é produtora de vários estressores que deixam seus familiares, cônjuges e filhos mais vulneráveis ao desenvolvimento de sofrimentos psíquicos.

No que se refere à influência na sua vida comunitária, 40% dos entrevistados relataram que não teve nenhuma influência, 40% disseram ter influenciado muito e os outros 20% disseram que o alcoolismo influenciou totalmente as suas relações com a comunidade. Assim, as relações comunitárias são diferentes para cada indivíduo, sendo que algumas pessoas têm relações sociais mais próximas com a comunidade, deixando-se ser influenciado pelas relações sociais, enquanto em outros casos, essas relações são mínimas ou inexistentes, não tendo conseqüentemente impacto nas suas decisões ou relações.

Ao analisar a respeito do impacto do alcoolismo nas relações profissionais, 80% dos entrevistados relataram que o alcoolismo influenciou muito e 20% afirmaram que a interferência foi total. Corroborando com este dado, evidências empíricas mostraram que o alcoolismo interfere na vida dos indivíduos

dependentes em vários domínios, sendo todos os dependentes são prejudicados profissionalmente, em função do vício.

Com relação ao domínio financeiro, todos os entrevistados relataram que o alcoolismo teve influência, para 40% dos entrevistados esta influência foi significativa, ao passo que, para outros (60%), a influência foi total. Estes dados já eram de se esperar, uma vez que, para o consumo de bebidas, os dependentes dispõem grande parte dos seus rendimentos financeiros, deixando de investir este valor nas demandas familiares. Já na questão religiosa, os dados mostram que o alcoolismo teve pouca (40%) ou nenhuma influência (60%). Sendo assim, segundo os dados, mesmo com o uso indiscriminado de bebidas alcoólicas, as pessoas, que tinham o costume de freqüentar alguma religião, continuaram freqüentando, sem deixar o vício prejudicar esta relação, e as pessoas que não tinham este hábito, continuaram sem tê-lo e, mesmo assim, conseguiram se recuperar.

Estes resultados contradizem os dados da pesquisa de Sanchez e Nappo (2007), quando reforçam a importância da religiosidade em adultos, que se encontra em recuperação, em função do uso abusivo de drogas.

Já em relação a repercussão no alcoolismo na saúde fisiológica do indivíduos, todos entrevistados concordam dizendo que o alcoolismo teve uma influência negativa muito grande na sua saúde fisiológica. Já em relação a saúde psicológica, todos concordam que o alcoolismo teve influência, sendo que 60% consideram ser muito forte, enquanto 40% consideram que foi total.

Assim, fica evidenciado que o alcoolismo prejudica a saúde do indivíduo, seja em aspectos fisiológicos, como perda de peso, desnutrição, cirroses, hepatites, entre outros, como problemas, psicológicos como delírios e alucinações.

O alcoolismo de um membro do grupo familiar traz uma série de repercussões à família, normalmente de caráter negativo. Como pode ser evidenciado por Campos (2005), quando afirma que a “doença do alcoolismo”, entendida como uma “doença contagiosa”, isto é, uma doença que, além de atingir o indivíduo considerado doente, também afeta todos aqueles que convivem em seu redor, notadamente seus familiares.

Diante desta realidade, fica evidente que o alcoolismo interfere tanto nos projetos de vidas dos indivíduos dependentes quando nos de seus familiares. Uma

vez que o alcoolismo é considerado como uma doença da família e não apenas do dependente.

5 – CONCLUSÃO

Diante do crescente aumento do consumo de bebidas alcoólicas no mundo e de suas graves repercussões na vida pessoal, familiar e social do indivíduo dependente, bem como as suas conseqüências em seus projetos de vida, justifica-se pesquisas que subsidiem reflexões e estratégias de atenuação desse problema social.

A partir dos resultados obtidos, pode-se concluir que o alcoolismo tem uma interferência muito grande nos projetos de vida, tanto individual quanto familiar. No domínio familiar, o alcoolismo levou ao afastamento e, em alguns casos, à ruptura das relações familiares, em especial da relação marital. Com relação a interferência do alcoolismo nas relações de amizade, ficou evidenciado que os entrevistados remetem às amizades como sendo apenas os “amigos de copo”, que estas serviam de companhia para beber, muitas vezes, incentivando ao consumo da bebida alcoólica e as recaídas.

Com relação ao comportamento da sociedade em relação ao etilista, estes se sentem discriminados e excluídos socialmente; além de existirem casos em que são os próprios etilistas que se excluem do convívio social, devido aos efeitos da bebida, que faz com que o dependente se isole do mundo, em função do estigma de “bêbado”, como pessoa desacreditada e improdutiva.

O alcoolismo interfere também nas finanças, sendo elas, direcionadas apenas para o vício, na maioria das vezes, não sobrando nem para o sustento da casa. Já nas questões religiosas, muitos relatam que não tinham religião, e os que tinham relataram que devido ao alcoolismo se afastaram; concluindo, assim, que o alcoolismo, na maioria das vezes, também é responsável pelo desligamento com o vínculo religioso.

Outro aspecto no âmbito do projeto de vida, que sofre interferência do alcoolismo é a saúde, tanto psicológica quanto física, que se situou em segundo lugar no ranking das influências do alcoolismo, estando as relações familiares como primeiro lugar, o que permite concluir que o alcoolismo não é um problema apenas de saúde pública, mas também um problema social.

Conclui-se que o alcoolismo possui um grande impacto nos projetos de vida dos indivíduos dependentes e famílias, pois produz grandes perdas em suas vidas; sendo necessário trabalhar a auto estima desses indivíduos, estimulando que eles se recuperem e possam traçar outros projetos de vida, por meio de novas trajetórias e estratégias, que ajudem na manutenção da sobriedade e, conseqüentemente, na reinserção social.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcoólicos Anônimos. 2013. Disponível em: <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/a-doenca-do-alcoolismo.html>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

ALVAREZ, A. M. A. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v. 56, n.3, p.188-193, 2007.

BOHOSLAVSKY, R. Orientação Vocacional: a estratégia clinica. 3ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1980.

BERTOLETE J. M.; RAMOS S. P. **Alcoolismo Hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

BRASIL. Tratamento/Reinserção Social/Definição. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11437&rastra=TRATAMENTO%2FReinser%C3%A7%C3%A3o+Social/Defini%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 13 nov. 2012.

BOURDIEU, P. 'The School as a Conservative Force: Scholastic and Cultural Inequalities'. In Eggleston, L, ed, Contemporary Research in the Sociology of Education, pp. 32-46. Methuen, London, 1974.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Universidade Federal de São Paulo. 2002. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

CAMPOS, E. A. Contágio, doença e evitação em uma associação de ex-bebedores: o caso dos Alcoólicos Anônimos. **Revista de Antropologia.** v.48, n.1, p.315-361, 2005.

CHAGAS, M; HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T.; STUMM; E. M. F.; VIANNA, R. M. O alcoolismo e o grupo de alcoólicos anônimos: o conhecimento de alcoolistas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** v. 2, n.4-5, p.190 – 212. 2008.

FACCIO, G. KNAULTH, D. **Alcoolismo:** um caso de saúde pública. Trabalho de Conclusão de Especialização – Faculdade de Medicina – UFRS. Porto Alegre: UFRS, 2008. 28p.

FILIZOLA, C. L. A.; PERÓN, C. J.; NASCIMENTO, M. M. A.; PAVARINI, S. C. L.; PETRILLI FILHO, J. F. Compreendendo o alcoolismo na família. **Revista da Escola Anna Nery**. v.10, n.4; p.660-670. 2006.

GALDURÓZ, J.C.F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13. n. esp., p.888-895, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª edição. Rio de Janeiro, RJ. Editora LTC, 2008.

JORGE, M. S. B.; LOPES, C. H. A. F.; SAMPAIO, C. F. S.; SOUZA, L. V.; SILVA, M. S. J.; ALVES, M. S. Alcoolismo nos contextos social e familiar: análise documental à Luz de Pimentel. **Rev Rene**. v.8, n. 3, p.26-33, 2007.

TEIXEIRA, E. J. **Juventude pobre, participação e redes de sociabilidade na construção do projeto de vida**. 2005. 138f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MARTINS, A. J. P. **Alcolismo: A pessoa alcoólica e a sua rede de relações**. 2008. 78 f. Dissertação (Mestrado em Família e Sociedade) - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Instituto Universitário de Lisboa, Portugal, 2008.

MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, C. A.; AZEVEDO, D. M.; COSTA, S. S. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.8, n., p.222-232, 2006.

NASCIMENTO, E. C.; JUSTO, J. S. Vidas errantes e alcoolismo: Uma Questão Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.13, n.3, p.529-538, 2000.

OLIVEIRA, R. G.; MENADRO, P. R. M. Em busca de uma nova identidade: o Grupo de Alcoólicos Anônimos. **Estudos de psicologia**. v.18, n.9, p.05-21, 2001.

PILON, S.C.; LUIS, M.A.V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas para a enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4. p.676-682, 2004.

RAHM, H. **J.12 passos para o Cristão: Jornada Espiritual com Amor Exigente**. Editora Loyola. São Paulo, 2010. 232 pág.

RIBEIRO, M. A. O. O Projeto Profissional Familiar como Determinante da Evasão Universitária – Um Estudo Preliminar. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**. v.6, n.2, p.55-70, 2005.

RIBEIRO, M. S.; RIBEIRO, L. C.; GARCIA, M. A.; SOUZA, G. F.; SOUSA, K. D. C.; NOGUEIRA, R. B. Fatores associados à adesão a um programa de

tratamento de alcoolistas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.57, n.3, p.203-211, 2008.

ROSADO, A. P. N. **Redes Sociais e Administração dos Domínios da Vida: um estudo de caso com detentoras da guarda dos filhos**. 2011. 143f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG. 2011.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**.v. 34, n.1, p.73-81, 2007.

SANTOS, A. R.; MENDOZA, B. A. P. **O alcoolismo no universo Teen e a informação que é veiculada nos suplementos para jovens**. 2011.Disponível em:<http://www.comunicasaude.com.br/comunicasaude/artigos/tabaco_bebida/artigo4.php>. Acesso em: 15 out 2012.

SILVA, L.B.C. **A escolha da profissão: Uma abordagem psicossocial**. São Paulo, SP: Unimarco, 1996.

SOUZA, J.; CARVALHO A. M. P. Repercussões do ambiente familiar alcoolista para o desenvolvimento da criança. Relato de caso. **Pediatria Moderna**. v.46, n.3, 2010.

CAPÍTULO 5

A EFETIVIDADE DO TRATAMENTO CONTRA ALCOOLISMO DA CASA DE ACOLHIMENTO SÃO FRANCISCO DE ASSIS: UMA ANÁLISE PERCEPTIVA

A EFETIVIDADE DO TRATAMENTO CONTRA ALCOOLISMO DA CASA DE ACOLHIMENTO SÃO FRANCISCO DE ASSIS: UMA ANÁLISE PERCEPTIVA

RESUMO

O alcoolismo é uma doença causada pela dependência do álcool, que é uma das drogas mais conhecidas e aceitas socialmente, tendo seu consumo aumentado paulatinamente. Uma das estratégias utilizadas para a estagnação deste vício são as comunidades terapêuticas, que tratam pessoas com dependência de substâncias psicotrópicas. Assim, buscou-se neste estudo analisar a percepção dos usuários, familiares e equipe técnica à respeito da metodologia utilizadas pela Casa de Acolhimento São Francisco de Assis, no processo de recuperação dos alcoólatras, de acordo com o estágio do alcoolismo, examinando a efetividade das técnicas utilizadas. Resultados mostraram que, de acordo com a percepção dos envolvidos, as metodologias são efetivas, mesmo que haja um desvio entre o desejado e o realizado, uma vez que a taxa de recuperação é de 30%, além de existirem limitações de recursos humanos e infra-estrutura. Conclui-se que a comunidade terapêutica não alcançou os resultados desejados, que seriam a total sobriedade dos dependentes, mas, influenciaram os cursos de ação de ressocialização e recuperação, com mudanças nas condições de vida dos dependentes e familiares.

Palavras-Chave: Alcoolismo; Comunidade terapêutica; Efetividade do tratamento

ABSTRACT

Alcoholism is a disease caused by alcohol dependence, which is one of the drugs best known and socially accepted, with consumption increasing gradually. One of the used strategies for the stagnation of this addiction is therapeutic communities treating people with dependence of psychotropic substances. Thus, this study aimed to analyze the perception of users, their families, and the technical staff about the methodology used by the Casa de Acolhimento São Francisco de Assis (Hospitality House São Francisco de Assis) in the rehabilitation process of alcoholics, according to alcoholism stage, examining the effectiveness of used techniques. Results showed that, according to the perception of involved people, the methodologies are effective even if there is a deviation between the desired and actual result, since the recovery rate is 30% and there are limitations on human resources and infrastructure. It is concluded that the therapeutic community has not achieved the desired results that would be a total sobriety of dependents, but has influenced the action direction of resocialization and rehabilitation with changings in living conditions of the dependents and relatives.

Keywords: Alcoholism; Therapeutic Community; Treatment effectiveness.

1 – INTRODUÇÃO

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e aceito pela sociedade. O alcoolismo é uma doença causada pela dependência do álcool, na qual está presente o etanol, uma droga ilícita, de baixo custo e fácil acesso, sendo ela uma das substâncias psicoativas de maior consumo no mundo, além de ser uma das mais antigas (ANDREUCCETTI, 2009).

De acordo com Pereira (2002), o álcool é uma das drogas mais conhecidas e aceitas socialmente, cujo consumo tem aumentado paulatinamente. Estima-se que cerca de 90% da população mundial consome bebidas alcoólicas. De cada dez consumidores, um tem problema de alcoolismo. E, segundo Brasil (2010), 18% da população brasileira, consome abusivamente bebidas alcoólicas; e o consumo de bebidas alcoólicas por mulheres (25 a 34 anos), entre os anos de 2006 e 2010, teve um aumento significativo (23%). Estudos desenvolvidos por especialistas mostram que o álcool é potencialmente perigoso e deve ser tratado como tal. É simultaneamente desinibidor e depressor, sobretudo quando misturado com outras drogas, como a heroína (...). Visto pelo lado da saúde, o consumo imoderado de álcool pode levar ao coma e à morte, podendo acarretar riscos a curto e longo prazo. Além disso, o álcool tem influência negativa sobre certas pessoas, sendo utilizado como refúgio, principalmente, quando passam por momentos muito difíceis, a exemplo: perda de um ente querido, a demissão no trabalho, brigas na família, entre outros.

Segundo Santos e Mendoza (2011) as estatísticas mostram que o álcool, é de longe, a mais perigosa das drogas, responsável por 90% das internações em hospitais psiquiátricos, responsável, ainda, por 45% dos acidentes com jovens entre 13 e 19 anos e por 65% dos acidentes fatais, provocando 350 tipos de doenças físicas ou psíquicas. Tendo em vista as consequências e os gastos públicos e privados decorrentes do uso/abuso ou dependência de álcool, com impacto em condições de saúde, de trabalho e na família, o estudo deste comportamento na população torna-se de extrema importância para a sociedade.

Campos (2005) afirma que o alcoolismo é considerado um dos mais sérios problemas de saúde pública da atualidade, despertando a atenção de autoridades médicas e sanitárias de diversos países. Segundo os dados do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil,

realizado em 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2002), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em conjunto com a Secretaria Nacional AntiDrogas (Senad), envolvendo as 107 maiores cidades do País, 11,2% da população brasileira é dependente do álcool (2002, p. 37), e a prevalência da dependência está na faixa etária de 18 a 24 anos, em um total de 15,5% (2002, p. 47).

A chamada doença do alcoolismo é traduzida tanto a partir de seus efeitos sobre o organismo, atingindo o âmbito físico e mental da pessoa, como a partir de seus efeitos sobre o plano moral, afetando, sobretudo, o âmbito relacional da família (CAMPOS, 2005).

Nesse contexto, a relevância do problema em questão está centrado não somente no aumento do consumo de álcool, mas também em suas repercussões sobre o cotidiano do sistema pessoal e familiar, que tem buscado apoio tanto em redes informais, quanto formais (programas de apoio individual ou coletivo).

Um das alternativas como rede de apoio coletivo são as comunidades terapêuticas, considerada uma micro-comunidade, onde as pessoas vivem juntas em um organizado grupo permeado por regras. Essas comunidades estão distribuídas em todo o Estado e atuam com metodologias próprias ou de acordo com métodos pré-existentes, que surtem bons resultados e que tem como objetivo recuperar o indivíduo de seus vícios e ajudá-lo a reinserir na sociedade.

Diante do exposto, a principal questão que este capítulo pretende responder é: Quais as percepções de usuários, familiares e equipe técnica sobre a efetividade das metodologias adotadas na Casa de Acolhimento São Francisco de Assis.

1.1 – Objetivo

O objetivo deste capítulo é analisar a percepção dos usuários, familiares e equipe técnica à respeito da metodologia e/ou práticas utilizadas pelo Programa da Comunidade Terapêutica – Casa de Acolhimento São Francisco de Assis, no processo de recuperação dos alcoólatras, de acordo com o estágio do alcoolismo, examinando a efetividade das técnicas utilizadas.

2 – REVISÃO DE LITERATURA

A partir dos objetivos propostos, a revisão bibliográfica apresenta uma reflexão acerca das formas de avaliação de programas sociais, quais os tipos de avaliação existente e em quais momentos estas devem ser feitas.

2.1 – Avaliação de um Modelo de Tratamento de uma Comunidade Terapêutica

A avaliação de políticas e programas sociais é um campo de estudo da pesquisa social em desenvolvimento, verificando-se sua expansão, a partir dos anos 60, nos Estados Unidos, no âmbito dos programas de combate a pobreza (SILVA; SILVA, 2001, p.44).

Chambers, Wedek e Rodwell (1992, apud SILVA; SILVA, 2001) admitem que, entre os anos 30 e 60, avaliação de programas sociais, nos Estados Unidos, já havia passado pelo que chamam de primeira e segunda geração da prática de avaliação, destacando-se duas lições: a primeira admite que os programas sociais não apresentavam resultados positivos. A constatação foi de que as políticas públicas não correspondiam aos objetivos propostos, não alcançando os resultados empíricos desejados, isto é, raramente foram responsáveis por mudanças na direção desejada. A segunda lição revelou que eventos políticos de longo alcance conduziram ao desenvolvimento de pesquisas de avaliação de políticas e programas sociais, instituindo in market ou consumer research, a partir da Segunda Grande Guerra, com o desenvolvimento de tecnologias de survey de massas, amostragens e procedimentos de medição, que encontraram muitas aplicações em pesquisas de avaliação de políticas e programas sociais. A terceira geração de avaliação de políticas e programas sociais, segundo os autores, se situa na idade de ouro dos anos 60, no governo do presidente norte-americano Lyndon Johnson, com o programa “guerra contra a pobreza” (War on Poverty), denominado Great Society, quando ocorreram investimentos massivos em serviços e intervenções sociais de todos os tipos, fazendo com que a avaliação de políticas se tornasse um campo específico de estudo na área da investigação social (SILVA; SILVA, 2001).

Segundo os mesmos autores, no Brasil, a expansão das avaliações de políticas e programas sociais é registrada a partir dos anos 80, quando os

movimentos sociais passaram a demandar políticas sociais universalizadas, como um direito de cidadania. Nesta mesma época, aprofunda-se a crítica ao padrão de políticas sociais desenvolvidas na América Latina e, especificamente, no Brasil. Essas criticam-se e refazem, contundentemente, com mau uso do dinheiro público e a desfocalização dos programas sociais em relação à população mais necessitada. A disseminação ainda se deve às exigências dos organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, os quais demandavam reformas dos programas sociais, pautada pela focalização, descentralização e privatização. Nesse âmbito, as instituições financiadoras incluíram a avaliação das políticas sociais, como condição para seu financiamento, passando a exigir mais racionalidade do gasto público e do rendimento dos recursos humanos aplicados. Dessa forma, desenvolve-se a avaliação no sentido de aferir a eficiência na utilização dos recursos e para dimensionar o grau de eficácia com que os objetivos dos programas estão sendo alcançados.

Avaliação é então entendida como “uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida. É destinada a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução); ou seja, de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão. O propósito dessa avaliação é produzir efeitos e resultados concretos, comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou de guia para uma tomada de decisão racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento” (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, apud SILVA; SILVA, 2001, p.49).

De acordo com Tavares et. al. (2001), as avaliações das políticas e programas sociais podem ser de processo e de impacto. A avaliação de processo tem por objetivo acompanhar e aferir se os propósitos, as estratégias e a execução do programa estão sendo realizados, de acordo com o que foi previamente estabelecido. Pode-se examinar a eficácia ou avaliação de metas e resultados; a efetividade ou avaliação de meios e metodologias de implementação, bem como a eficiência ou avaliação de relações custo/benefício e/ou custo/resultado. Por outro

lado, a avaliação de impacto avalia a relação entre as ações de um programa e o resultado final obtido, isto é, seu sucesso ou fracasso, em termos de efetivas mudanças nas condições de vida da população.

López (1985 apud COHEN; FRANCO, 2011) discute a respeito desses conceitos, ressaltando serem fundamentais no momento de se avaliar qualquer programa e projeto social. Na visão do referido autor, a eficácia é o grau em que se alcançam os objetivos e metas do projeto na população beneficiária, em um determinado período de tempo, independente dos custos aplicados. O conceito de eficiência pode ser considerado a partir de duas perspectivas complementares: se a quantidade de produto está predeterminada, procura-se minimizar o custo total ou o meio que se requer para sua geração; enquanto se o gasto total está previamente fixado, procura-se otimizar a combinação de insumos para maximizar o produto. A eficiência e a eficácia podem e devem ser determinadas em cada nível do projeto, medindo o grau de racionalidade na alocação de recursos em cada um deles. Já a efetividade constitui a relação entre os resultados e o objetivo. Ou seja, a efetividade é um termo que se usa frequentemente para expressar o resultado concreto – ou as ações condizentes a esse resultado concreto – dos fins, objetivos e metas desejadas. A efetividade tem duas dimensões em função dos fins perseguidos pelo projeto, pois é a medida do impacto ou o grau de alcance dos objetivos.

Apesar do destaque e exigência quanto à avaliação de políticas e programas sociais, os autores mencionam que, no Brasil, a partir da década de 80, observa-se ainda falta de acompanhamento e avaliação dos processos e dos impactos dos programas sociais.

De acordo com Cohen e Franco (2011), nem todas as avaliações são iguais. Pode-se estabelecer diferenças entre elas, segundo vários critérios, tais como, o tempo de sua realização e os objetivos procurados, quem as realiza, a natureza que possuem, a escala que assumem e a que alçada decisória são dirigidas.

Uma das classificações, que pode ser feita, de acordo com o momento em que se faz a avaliação, é aquela denominada ex-ante, que ocorre antes da execução do programa/projeto, tendo em vista antecipar aspectos a serem considerados no processo decisório, para permitir a elaboração de critérios racionais para a tomada de decisões, para ordenar os projetos segundo a eficiência

ou, até mesmo, decidir se o projeto deve ou não ser implementado. Nesse tipo de avaliação encontram-se a análise da relação custo/benefício e análise custo/efetividade do produto. Por outro lado, a avaliação ex-post é realizada durante ou após a execução do projeto, buscando obter elementos para fundamentar decisões qualitativas (continuar ou não com o programa) e quantitativas (manter a formulação original ou introduzir modificações). Tem-se aqui a avaliação de processo ou concomitante (durante) e a avaliação terminal (depois), que é a avaliação de impacto (COHEN; FRANCO, 1993, apud SILVA; SILVA, 2001).

Para Browne e Wildavsky (1984, apud SILVA; SILVA, 2001), a avaliação, ainda conforme critério do tempo de realização, pode ser retrospectiva (*retrospective evaluation*), quando expressa o desempenho de um programa implementado no passado; prospectiva (*prospective evaluation*), quando indica como poderá ser provavelmente o desempenho de um programa no futuro; formativa (*formative evaluation*), quando a avaliação é desenvolvida durante o processo de implementação do programa; contínua (*continuous evaluation*) quando envolve avaliação formativa e retrospectiva; integrativa (*integrative evaluation*), quando ela ocorre antes e depois da implementação do programa.

Em função de quem realiza a avaliação, Cohen e Franco (2011) apontam os seguintes tipos de avaliação: a) Avaliação externa, que é realizada por pessoas alheias à organização objeto de avaliação. Supostamente esses avaliadores têm maior experiência neste tipo de atividade e, por isso, se pensa que poderão comparar os resultados obtidos, no caso concreto, com outros similares que tenham tido oportunidade de conhecer, podendo realizar assim comparações sobre a eficácia e eficiência de diferentes soluções aos problemas enfrentados. Esse tipo de avaliação permite comparar resultados de diferentes avaliações, mas pode apresentar o inconveniente de os avaliadores não dominarem satisfatoriamente a realidade. Por outro lado, a avaliação interna é realizada no interior da instituição gestora do projeto, apresentando a vantagem da menor possibilidade de resistência e maior conhecimento da realidade pelos avaliadores, mas podendo apresentar o inconveniente de menor objetividade, face ao envolvimento e a identificação entre avaliadores e avaliado, quando pode permanecer o choque de interesses entre os diferentes sujeitos. Para minimizar tais vieses, a avaliação interna pode ser realizada por pessoas, que não estão diretamente vinculadas à formulação ou

execução do programa. Tem-se ainda, a avaliação mista, que procura combinar a avaliação externa com a avaliação interna com a intenção de superar as dificuldades e limites destas e preservando as vantagens de ambas; como também a avaliação participativa, que é direcionada a minimizar a distância entre avaliadores e beneficiários. Por ser um tipo de avaliação, que requer a participação da comunidade em todo o processo da avaliação (planejamento, programação, execução, operação e avaliação), é utilizada, particularmente, em pequenos projetos.

Já, em função dos modelos de avaliação, Figueredo e Figueredo (1986, apud, SILVA; SILVA, 2001) apontam dois grupos de políticas a serem avaliadas:

a) as políticas com propósito de produção de bens e serviços públicos, cujos objetivos se limitam à distribuição de bens e serviços, sem preocupação específica com qualquer mudança ou alteração numa determinada condição social, ou seja, o objetivo é o atendimento vegetativo de demandas em decorrência do crescimento demográfico. Neste caso, tem-se a avaliação de metas, procurando-se identificar a eficácia objetiva, isto é, se as metas atingidas são iguais, superiores ou inferiores ao que foi proposto; como também, a avaliação de meio, que é voltada para verificar a eficácia funcional, administrativa e contábil, podendo assumir duas direções: moral e instrumental, por meio do uso de três critérios de eficácia (funcional, administrativo e contábil); além da avaliação de relação custo/benefício e custo/resultado, visando a identificar a eficiência da política que está associada ao mínimo possível de custo para o máximo de resultado. Outro modelo de avaliação diz respeito às políticas com propósito de mudanças e avaliação de impactos. Trata-se de políticas voltadas para mudanças nas condições sociais (efeitos esperados). Nesse caso, os autores apontam a avaliação de impactos que deve evidenciar não só se ocorreu mudança, mas também se o programa foi empiricamente relevante para produzir a mudança observada. Nesse caso a mudança tem que ser econômica, ideológica e culturalmente sustentável.

De acordo com a ONU (1984, apud COHEN; FRANCO, 2011), o impacto é definido com um resultado dos efeitos de um projeto. A determinação do impacto exige o estabelecimento de objetivos operacionais e de um modelo causal, que permita vincular o projeto com os efeitos resultantes de sua implementação. Já os efeitos são todos os comportamentos ou acontecimento que

se pode razoavelmente dizer que sofreu influência de algum aspecto do programa ou projeto (BOND, 1985 apud COHEN; FRANCO, 2011).

A avaliação ainda pode ser feita em função dos destinatários da avaliação. De acordo com Cohen e Franco (2011), avalia-se para escolher racionalmente entre projetos alternativos ou entre diferentes opções para executar o mesmo projeto e, desta maneira, incrementar sua eficácia e eficiência. Mas, a formulação, conteúdo, metodologia e tipo de análises vão depender daqueles que forem os destinatários dos resultados da avaliação.

Dentre as classificações apresentadas de avaliação, adotou-se, na avaliação do modelo de atuação da Comunidade Terapêutica – Casa de Acolhimento São Francisco de Assis, a avaliação de impacto, pois buscou-se identificar as metodologias adotadas pelas comunidades terapêuticas e os resultados alcançados com estas metodologias. Considera-se que é uma avaliação de natureza mista e do tipo ex-post, pois envolveu os gestores do programa (interno), bem como o pesquisador junto às famílias (externo); além de ocorrer durante e após a execução do serviço.

Além disso, avaliou-se a efetividade das metodologias adotadas no processo de recuperação, ou seja, relação entre os resultados e os objetivos do programa da comunidade, a partir da visão das famílias, internos, egressos e responsável técnico. Aguilar e Ander-Egg (1994, apud SILVA; SILVA, 2011), afirmam que esse tipo de avaliação, que acontece durante a execução do programa/projeto, é denominado de gestão, contínua, concorrente, monitoração ou concomitante. Nesse processo, busca-se levantar informações sobre o andamento do programa, ponderando resultados, com o objetivo de avaliar mudanças situacionais, verificar cumprimento dos objetivos, conforme o que foi estabelecido inicialmente, além de subsidiar possíveis alterações.

3 – METODOLOGIA

Visando atender o objetivo proposto, foi utilizado um modelo de investigação exploratório, pois o mesmo é extremamente flexível e proporciona maior familiaridade com o problema, envolvendo pesquisa censitária, documental e entrevista com pessoas que tiverem experiência com o problema (GIL, 1991).

Além disso, a pesquisa será essencialmente de caráter qualitativo, visando investigar a efetividade das metodologias ou práticas utilizadas pela

Comunidade Terapêutica para a recuperação do alcoólatra, considerando a percepção do público envolvido sobre a organização e funcionamento do processo de atendimento, além das implicações do programa na vida dos dependentes e de suas famílias.

3.1 – Área de Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Ouro Preto, localizada na zona metalúrgica de Minas Gerais (quadrilátero ferrífero), famosa pela sua arquitetura colonial, teve seu povoamento pelos bandeirantes paulistas em fins do século XVII, que vieram em busca de ouro, pedras preciosas e mão de obra escrava para trabalhar em São Paulo. Sua população estimada, em 2012, é em torno de 70.886 habitantes (IBGE, 2010).

No ramo da economia, atualmente se destaca o turismo, mas conta também com importantes indústrias metalúrgicas e de mineração, como a Alcan - Alumínio do Brasil, a Vale e outras. As principais atividades econômicas são o turismo, a indústria de transformação e as reservas minerais o seu subsolo, como a bauxita, o ferro, o manganês e o mármore. Outra importante fonte de recursos para o município está associada ao fluxo de estudantes da Universidade Federal de Ouro Preto.

3.2 – Unidade Empírica de Análise

A unidade empírica de análise compreendeu a Casa de Acolhimento São Francisco de Assis, que foi fundada em outubro de 2003, no município de Ouro Preto/MG. É também conhecida como NATA, porque o grupo de Apoio aos Toxicômanos e Alcoólatras funciona na mesma estrutura física com reuniões semanais. É uma instituição sem fins lucrativos, que não cobra mensalidades dos internos, que atua no tratamento de dependentes químicos, inclusive do alcoolismo, atendendo somente pacientes do sexo masculino. Sua capacidade é para atender 12 pessoas, sendo o tratamento sob regime de internato, com duração de um ano. Esta instituição se mantém através de doações e da venda de produtos, que são produzidos pelos internos dentro da Casa.

As atividades desenvolvidas seguem três “princípios” de atuação: a religiosidade, a disciplina e o trabalho. Não consta com equipe técnica

especializada, apenas com a atuação de voluntários. Quando há necessidade é acionado o sistema de saúde pública local, para atendimento dos internos.

3.3 – Público Pesquisado

Para atender o objetivo proposto, foi aplicada entrevista semi-estruturada com o responsável pela Comunidade Terapêutica, que está a frente da entidade desde sua criação; como com quatro internos que estão se tratando do alcoolismo e com cinco egressos, que já terminaram o tratamento; bem como, com quatro famílias destes cinco egressos, porque um dos egressos não tem mais contato com a família e um interno é reincidente, por isso foi feita a entrevista com a família deste. Essas entrevistas buscaram identificar as metodologias adotadas pela Comunidade Terapêutica e examinar se estas estão sendo efetivas.

3.4 – Formas de Coleta e Análise de Dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas direcionadas ao responsável administrativo da Casa de Acolhimento São Francisco de Assis, aos internos em tratamento, egressos e suas respectivas famílias, a fim de verificar a percepção destes sobre a realidade do programa, seus resultados e desafios enfrentados pela instituição.

Os dados foram analisados tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 – A Casa de Acolhimento São Francisco de Assis

A Casa de Acolhimento São Francisco de Assis, localizada em Ouro Preto, Minas Gerais, é uma entidade sem fins lucrativos, de cunho educacional e assistencial, beneficente e cultural. Ela foi criada em outubro de 2003, com o intuito de acolher dependentes químicos e alcoólatras que aceitam ser ajudados em seu processo de conversão e libertação.

Esta casa tem a capacidade de abrigar 12 internos, que não pagam para permanecerem nela durante o período de recuperação. O Tratamento é pautado em três pilares, que são: espiritualidade, trabalho e disciplina. Nesta casa, os

acolhidos, além cuidarem da limpeza e da produção das refeições, trabalham no cultivo de verduras e na fabricação de blocos de concreto, lajes pré-moldadas e sabão, que são vendidos para a manutenção da entidade.

A rotina da casa é: o acordar às 6:30h, tomar café e, em seguida, participarem de uma partilha do evangelho; às 8:00h começam a trabalhar (quer seja no cultivo da horta, na produção de sabão, blocos de concretos ou laje pré-moldadas e na limpeza da casa); às 12:00h tem o intervalo do almoço e às 13:00h os internos voltam ao trabalho até as 16h, quando eles rezam um terço e ficam em momento de lazer até as 19h, horário que tem outra celebração religiosa. Após as 20h, eles podem assistir televisão (nos canais permitidos pela entidade) e, logo após, descansar.

Os horários são seguidos a fim de manter a rotina e a ordem da instituição. Apesar de não ser explícita em suas normas, a Casa em questão, que tem como um dos pilares de atuação a espiritualidade, esta voltada para a religião católica, uma vez que dentro de suas rotinas tem a reza do terço, missas e atuação em atividades e festividades típicas da congregação católica.

Nas segundas-feiras, às 19h, tem uma reunião que é aberta à comunidade de apoio aos dependentes e seus familiares. Esta reunião é organizada pelo Núcleo de Apoio aos Toxicômanos e Alcoólatras (NATA), que funciona no mesmo espaço físico da Casa de Acolhimento São Francisco de Assis e, por isso, a maioria das pessoas se referem à Casa de Acolhimento, como NATA. Durante estas reuniões, é realizado um trabalho preventivo e educativo com as crianças, os pré-adolescentes, adolescentes e adultos. Nas quartas e sextas-feiras tem uma reunião com os internos e os que já passaram pelo tratamento na casa de Acolhimento São Francisco de Assis, que possui o intuito de manutenção da sobriedade. E aos sábados, tem um momento de adoração ao santíssimo que também é aberta à comunidade.

É oferecido aos ex-internos para a manutenção da sobriedade, além das reuniões de segunda, quarta e sexta-feira, a possibilidade de fazer trabalhos voluntários na casa, por exemplo, aos domingos eles vão à porta das igrejas venderem verduras, e também comercializam o sabão produzido.

“Aqui, só volta a usar drogas ou fazer uso de bebida se quiser, porque tem toda uma estrutura para poder, para eles poder dar continuidade, pra não falar, ‘saí da casa de recuperação e pra mim acabou’, não teve isso né! Depende exclusivamente deles, se eles quiserem dar

continuidade, a gente aqui tá de portas abertas (...)"'.
(Responsável pela Comunidade Terapêutica,
25/08/2012).

Algumas pessoas, que passaram pelo tratamento na casa, não freqüentam as reuniões de manutenção e, mesmo assim, estão conseguindo viver livre do vício. Porém, como se trata de uma mudança de vida, e este é um processo difícil e demorado, algumas pessoas se sentem mais seguras quando continuam participando das atividades oferecidas pela casa.

Essa realidade nos remete a pensar em outra dependência, à dependência às atividades de manutenção da sobriedade. O Portal da Saúde define que o processo de dependência do álcool desenvolve-se como o de qualquer outra dependência, como, por exemplo, em relação ao tabaco, às drogas e outras substâncias psicoativas.

Todos os dependentes possuem acompanhamento familiar, que não é obrigatório, porém os responsáveis pela casa entendem que a família participando do processo de tratamento, estará mais preparada para ajudar o seu familiar no processo de recuperação, não só no período que ele estiver dentro da casa, mas também quando este sair.

“A gente convida as famílias né, para poder participar, mas a gente não obriga. (...) mas a maioria participa das reuniões, a gente até convida para poder participar para eles poder ir entendendo, porque não basta só o rapaz, a pessoa passar pela casa de recuperação e depois voltar para casa, chega em casa no natal, virada de ano, ah vamos fazer uma festa e põe uma montoeira de bebida lá na mesa, a pessoa nunca mais, não é que não vai ter contato, é claro que vai ter contato, mas também quer apoio da família, quer também que a família entenda que este tipo de festa já vai atrapalhar no processo de recuperação dele”'. (Responsável pela Comunidade Terapêutica, 25/08/2012).

As famílias podem visitar o seu familiar uma vez ao mês, sempre no primeiro domingo de cada mês. As visitas são liberadas apenas para familiares, e não para amigos/conhecidos, e estes recebem algumas orientações de como se proceder no momento da visita, como por exemplo, não pode fumar ou levar cigarro para dentro da casa; evitar falar de assuntos do passado ou de problemas que aconteceram na vida particular da família, que possam vir a prejudicar o tratamento do interno.

O tratamento nesta Comunidade Terapêutica não é feito a base de medicamentos. Algumas pessoas que vão se internar e que já fazem uso de algum remédio, este é ministrado de acordo com a prescrição do médico. Os medicamentos mais comuns que as pessoas chegam tomando na casa de recuperação são os para dormir; então, quando a pessoa esta na casa, e os utiliza, depois de um tempo de internação, ela é levada ao posto de saúde para saber se pode suspender seu uso e, quando indicado pelo médico, estes são suspensos.

4.2 – A Percepção do Responsável Técnico

O tratamento nesta Comunidade Terapêutica é baseado em três princípios, que são: a espiritualidade, a disciplina e o trabalho. Quando questionado sobre quais desses princípios surtem melhores resultados, o responsável pela casa respondeu que a espiritualidade é o principal, mas que, para um bom funcionamento da casa são necessários os três elementos juntos, apenas um, ou dois deles não é suficiente para o alcance dos resultados esperados. Isso pode ser evidenciado na fala a seguir:

“ah, é mais a oração, eu acho, eu percebo assim, que tem que ter as três né! Se uma faltar já não completa o trabalho que a gente que passar para eles né, mais o principal é a oração (...) porque se tivesse só trabalho lá fora e a disciplina não bastaria, sabe?”. (Responsável pela Comunidade Terapêutica, 25/08/2012).

Assim fica evidenciado que a questão da religiosidade é muito importante no tratamento, a partir da visão do responsável por esta comunidade.

Gnadt (2006), em um estudo sobre a prevalência do uso de substâncias com 241 estudantes do primeiro ano de enfermagem em escolas e faculdades de caráter religioso, investigou a relação entre religiosidade e indicadores de risco para abuso e dependência, mostrando que 24% referiram ao uso atual de substâncias, sendo que 15% preencheram critérios para categoria de abuso e provável dependência. Estudantes com forte vinculação religiosa apresentaram menores índices de abuso e dependência de substâncias, bem como baixo número de indicadores de risco. Segundo Sisney (1995) existem várias razões que explicariam essa relação inversa entre religiosidade e uso de substâncias. Pessoas podem ser socializadas para se absterem ou para beberem dentro dos limites de consumo permitidos por meio da internalização das normas religiosas, as quais afetariam seu comportamento. Outra consideração é que a religião também

contemplaria as necessidades básicas do indivíduo, oferecendo modos alternativos para lidar com situações estressantes por meio de atividades, como orar e receber apoio social. A espiritualidade pode ser, ainda, uma alternativa poderosa para construir sentidos que permitem à pessoa dar significado à vida (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Outro questionamento que foi feito, é a respeito dos resultados, se estes estavam de acordo com as expectativas da Comunidade. O responsável técnico considerou que sim, ressaltando que eles não tratam apenas as pessoas que estão internadas na Casa de Acolhimento, mas também porque junto à casa funciona o NATA (Núcleo de Apoio a Toxicômanos e Alcoólatras), e este núcleo, em suas reuniões semanais, trabalha com a família, com as crianças e os adolescentes parentes dos dependentes e da comunidade em geral, a fim de evitar que estas crianças e adolescentes entrem nesta vida de vícios, e dando apoio às famílias nos momentos difíceis de lidar com uma pessoa viciada. E é este o objetivo da Comunidade, mesmo sabendo que nem todas as pessoas que passam pelo tratamento na casa conseguem se livrar do vício, os que conseguem fazem o trabalho valer a pena.

“Está! Porque como eu te disse anteriormente, não é só uma casa de recuperação, a gente já faz este trabalho com as famílias e também, eu não tinha falado mais anteriormente a respeito das crianças que também na segunda-feira na reunião a gente tem um trabalho com as crianças, em torno de 80, 70 crianças então, e no decorrer do tempo, a gente, o projeto tá só crescendo a cada mês, cada ano que passa a gente vêm percebendo um crescimento, o envolvimento de mais pessoas, voluntários que estão ajudando, e que está com o mesmo objetivo da gente né, de livrar o máximo possível essas crianças que já vem crescendo do, tirar fora dessa vida, de passar para eles o que é certo, que não vale a pena esse tipo de caminho (...)”. (Responsável pela Comunidade Terapêutica, 25/08/2012).

Diante disso, fica evidenciado que, na visão do responsável técnico, o funcionamento da casa é efetivo, ou seja, os resultados alcançados estão de acordo com os objetivos propostos pela mesma, apesar do índice de recuperação está em torno de 30% a 40%. Mas eles não gostam de falar em recuperação, porque é muito difícil mensurar o que é uma recuperação, consideram que este percentual de indivíduos dá continuidade ao tratamento; enquanto cerca de 60% a 70% das

pessoas que passam pelo tratamento tem dificuldade de se manter em sobriedade ao sair da Casa de Acolhimento, voltando a conviver com o vício.

De acordo com Jorge (2001), os resultados de recuperação do alcoolismo são difíceis de avaliar, mas aproximadamente um terço das pessoas que passam pelo tratamento permanece sóbrio de 1 a 5 anos, enquanto um terço por mais que 5 anos.

Para Marot (2004), a taxa de recaída (voltar a beber depois de ter parado com o uso de álcool) é muito alta: aproximadamente 90% dos alcoólatras voltam a beber, nos 4 anos seguintes à interrupção, quando nenhum tratamento é feito. A semelhança com outras formas de dependência, como a nicotina, tranqüilizantes, estimulantes, etc, levando a crer que há um mecanismo psicológico (cognitivo) em comum. O dependente que consegue manter-se longe do primeiro gole terá mais chances de contornar a recaída. O aspecto central da recaída é o chamado "craving", palavra sem tradução para o português, que significa uma intensa vontade de voltar a consumir uma droga pelo prazer que ela causa. O craving é a dependência psicológica propriamente dita.

A relação entre o grau de dependência do alcoólatra e o sucesso ou não no tratamento, não ficou evidenciada, uma vez que todos os indivíduos que procuraram tratamento na Casa de Acolhimento encontravam-se em um grau de dependência total do alcoolismo, sendo que alguns conseguiram se ver livres do vício e outros não.

Para um bom funcionamento da casa, eles contam com a parceria das famílias, dos voluntários, da igreja, de empresas que acreditam no trabalho deles e que fazem projetos, como, por exemplo, o projeto de produção de sabão, a partir de óleo comestível. Além desses, a comunidade local em geral, esporadicamente, faz doações de roupas e alimentos para os internos. Outra parceria é com o Sistema de Saúde do município onde os internos são levados para consultas e exames quando necessário.

Com relação à interferência no alcoolismo nos projetos de vida, o entrevistado disse que o alcoolismo interfere de diversas maneiras na vida do alcoólatra. A principal interferência se dá no âmbito familiar, pois surgem os conflitos familiares, na maioria das vezes, a pessoa se torna mais agressiva e grosseira. A família descredita que o alcoólatra pode melhorar, ocorrendo uma interferência nas relações com os filhos, com reflexos negativos no rendimento

escolar das crianças; enfim, as conseqüências no subsistema familiar são de diversas ordens. Além da família, o setor financeiro, o trabalho, a relação com a comunidade, as amizades, tudo isso tem interferências negativas em função do alcoolismo.

As repercussões do alcoolismo levaram os dependentes a não acreditar neles mesmos, deixando de sonhar e planejar, não tendo ambição a nada, deixando os seus projetos de vida de lado. Essas interferências negativas na vida dos dependentes podem ser atenuadas, por meio do tratamento, como exposto a seguir:

“A partir do tratamento aqui na Casa, e o interno passa a voltar a sonhar, a planejar e conseguem enxergar neles mesmo os potenciais e as possibilidades. Eles relatam aqui para gente que ao sair da Casa, as portas foram se abrindo, a família que já não confiava mais neles, voltam a confiar, que eles têm mais responsabilidade, que surge novas possibilidades de emprego, enfim devolvendo a auto-estima ao indivíduo, e eles começam a acreditar em si mesmo.” (Responsável pela Comunidade Terapêutica, 25/08/2012).

O entrevistado deixou claro que isso leva algum tempo para acontecer, que depende de cada pessoa e do seu comprometimento com o tratamento; enfim, que cada caso tem um final diferente, mas que, em geral, os resultados são muito positivos.

A principal dificuldade encontrada pela Comunidade Terapêutica em questão é a falta de sensibilidade da população, da prefeitura e, até mesmo do governo, para ajudar este tipo de entidade, que trabalha com álcool e drogas, que tem um impacto muito grande na saúde da população. Falta vir do governo mais projetos para auxiliar no funcionamento dessas Comunidades Terapêuticas. Se tivesse este apoio e incentivo, as casas de recuperação poderiam ser mais amplas e mais bem equipadas, com uma equipe técnica mais capacitada para melhor atender a demanda da população e, conseqüentemente, melhorar os resultados até então alcançados.

Na questão financeira, a maior dificuldade é que a casa gostaria de contratar pessoas para ampliar a prestação de serviços, inclusive pessoas que passaram pelo tratamento na casa, dando a estas um novo emprego, como acontece com um dos egressos, que presta serviços esporádicos à Casa. Mas isso ainda não é possível, porque a instituição não possui renda para remunerá-los,

uma vez que a casa se mantém através de doações e da venda de produtos que os internos produzem (sabão, blocos, lajes pré-moldadas e hortaliças).

4.3 – Percepções dos Internos e Egressos

A percepção dos internos e egressos a respeito da Comunidade terapêutica em questão é de suma importância, uma vez que foram eles quem realmente vivenciaram as experiências diárias dentro da casa.

Com relação ao acesso a Comunidade Terapêutica, quatro dos nove entrevistados ficaram sabendo da existência da Casa de Acolhimento através de familiares (irmãos e primos), três foram através de amigos, um por meio do fundador da Comunidade em questão e outro por meio da assistente social de um município vizinho.

Ao questionar qual a importância da Casa de Acolhimento para a vida dessas pessoas, todos relataram que a casa é muito importante em suas vidas, porque foi esta que deu a eles a possibilidade de se recuperar e voltar a viver em sociedade, a se sentir valorizado, como pode ser visto nos relatos a seguir:

“Ah, vou te falar, a importância é geral viu, porque aqui me devolveu a vida né! (...) Aqui eu adquiri a vontade de viver de novo”. (Interno 2, 12/06/2012).

“Olha, o NATA hoje para mim, ele é a identidade daquilo que eu sou hoje né! Porque aqui eu praticamente me tornei uma outra pessoa. Outra pessoa não, porque eu já era, só que eu não conhecia essa outra pessoa que eu era ainda né! Sabe, porque foi aqui que eu voltei a encontrar comigo mesmo.” (Egresso 4, 08/07/2012).

No que se refere ao funcionamento da Casa, todos avaliaram-na como tendo um bom funcionamento, ressaltaram que algumas coisas ainda precisam ser melhoradas, como ter normas mais rígidas e ter maior preparação técnica da equipe responsável para lidar com os internos, mas apesar das falhas funciona muito bem.

“O funcionamento do NATA é muito bom, a casa é ótima, as instalações são adequadas, só que a preparação das pessoas para mexer com as pessoas com (problemas com o) álcool, ela ainda não tem pessoas preparadas para ajudar, tá faltando mais na parte técnica do NATA, não tem pessoas qualificadas na parte técnica (...)”. (Egresso 5, 25/08/2012).

“Na parte assim das normas da Casa né, porque muitas vezes, tem casas de recuperação que são mais rígidas (...) aqui a gente tem liberdade de algumas coisas, aí eu acho que deveria ser mais rigorosas né. Por exemplo, aqui a gente tem o futebol, a gente pode assistir o futebol, a gente pode assistir o fantástico né, mas isso eu tô falando para você, poderia ser mais, menos aberto né, deveria ser um local mais fechado né, porque quando a pessoa vem recuperar... aqui a gente tem toda liberdade do portão aí aberto, e muitas vezes eles não respeitam as normas da casa (...). (Egresso 1, 04/06/2012).

A partir das falas dos egressos, foi possível observar que existe uma carência de uma equipe técnica especializada para dar suporte ao andamento do tratamento dos internos.

Ao questionar sobre os resultados obtidos pela Casa, todos entrevistados consideram que estes são satisfatórios, pensar de que nem todas as pessoas que passam pelo tratamento conseguem se recuperar. Eles ressaltam ainda a importância de se passar o período completo de tratamento dentro da Casa e não interromper o tratamento:

“Para mim e pra quem passou aqui e venceu o tempo foi muito bom” (Egresso 2, 12/06/2012).

“Dá um resultado satisfatório tanto para mim quanto para as outras pessoas que passou aqui na casa, tem outros (egressos) que vem na reunião de segunda-feira, né, são muito né, que a casa tem gerado para a sociedade” (Em Tratamento 2, 12/06/2012).

Além de ser fundamental o comprometimento do dependente para que ele consiga se ver livre do vício. Ainda ressaltam a importância da recuperação no âmbito familiar, que os filhos voltam a ter orgulho do pai.

“Eu me sinto muito bem, mas quem diz isso, que é satisfatório são meus filhos né! Hoje eles olham e dizem: 'é meu pai, valeu a pena!'” (Egresso 4, 08/07/2012).

Ao indagar sobre quais dos pilares de funcionamento da casa (disciplina, espiritualidade e trabalho) surtem melhores resultados e é mais importante no processo de tratamento, sete dos nove entrevistados consideram que a espiritualidade é a mais importante no processo de recuperação. Alguns deles também citaram a disciplina e o trabalho, como elementos importantes na recuperação, mas a espiritualidade está em primeiro lugar, e dois deles afirmaram que a casa só funciona bem porque tem o conjunto dos três pilares.

“Os três são importantes e precisam estar juntos para ter um bom resultado” (Em Tratamento 3, 12/06/2012).

“A questão da religiosidade viu, a espiritualidade, porque depois que você começa a procurar Deus, ter conhecimento da palavra dele, você passa a ter outra visão de mundo né!” (Egresso 2, 12/06/2012).

“Olha, o mais importante, se você não estiver bem espiritualmente, você não consegue trabalhar né. Qualquer coisinha, se você não estiver bem consigo mesmo, você não tiver na paz de espírito, está tudo errado! Então, se você se deixar levar pelo seu lado espiritual, você vai ver, é muito bom!” (Egresso 4, 08/07/2012).

Sanchez & Nappo (2007) reforçam a importância da religiosidade em adultos, que se encontram em recuperação em função do uso abusivo de drogas. Em relação a este tema, Vasconcelos (2006) aponta diferenças entre o conceito de religiosidade e espiritualidade. Religião é uma organização institucional doutrinária, representante de vivência religiosa, relacionada a uma crença e com a ideia da salvação. Já a espiritualidade caracteriza-se como sendo uma vitalidade dinâmica que está presente em todo ser humano, chegando a ser uma força transcendente, capaz de mobilizar energias de reação em relação à realidade. Nesse sentido, o grupo de AA e as comunidades terapêuticas pregam a espiritualidade, a crença em um Ser Superior, porém desvinculada a qualquer tipo de religião (ALCOOLICOS ANÔNIMOS, 2008).

Pode-se perceber nas entrevistas, que apesar do pilar de funcionamento da instituição ser a espiritualidade, a religiosidade e, em especial, a doutrina católica é muito presente no processo de tratamento. Isso pode ser explicado porque o criador da instituição é um representante da igreja católica da cidade de Ouro Preto-MG.

Questionou-se também se os internos e egressos indicariam a Casa de Acolhimento em questão, para que parentes e amigos com problemas com o alcoolismo passasse pelo tratamento nesta instituição, e o porquê. Todos os entrevistados responderam que sim, e alguns disseram já ter indicado a Casa para conhecidos que são dependentes de álcool e outras drogas. O porquê desta indicação está pautado nos resultados que os mesmos obtiveram e vem obtendo no tratamento e por se sentirem satisfeitos com estes resultados, desejando que os

seus conhecidos que sofrem do vício possam vir se tratar e se recuperar, assim como aconteceu com eles.

“Com certeza! Isso ai eu, de vez em quando, eu sempre fico dando umas palestras e eu mesmo sempre estou encaminhando pessoas, sempre as pessoas aparecem né, ai eu falo 'se você quer, me espera ali, que se você quiser eu te levo lá', basta você querer”. (Egresso 4, 08/07/2012).

“Com certeza! Principalmente porque aqui tem tudo para a pessoa se recuperar (...) a gente vê que tem pessoas que ficam aqui um ano e estão colhendo os frutos. Eu indicaria até pelo que eu tenho colhido aqui dentro também. Eu indicaria por isso, funciona! Está funcionando para mim, então se a pessoa tiver força, tem que ter força de vontade, lutar, ai funciona sim.” (Em tratamento 2, 12/07/2012).

“Sim, porque quem quer deixar o vicio, aqui consegue, mas tem que querer!” (Em tratamento 3, 12/06/2012).

De acordo com informações do site “Tratamento do Alcoolismo”, para a recuperação e sucesso no tratamento do alcoolismo, é essencial uma cooperação e apoio muito grandes por parte dos familiares e amigos do paciente, assim como do paciente, para que seja possível a cura do alcoolismo na sua totalidade. Nos casos de negação por parte do paciente, o importante é ajudá-lo a fazer um processo de reconhecimento do problema e da dimensão que está a tomar e as suas conseqüências a médio-longo prazo. Durante estes processos de tratamento do alcoolismo é essencial haver um trabalho de libertação emocional e psicoterapia a fim de trabalhar e resolver as reais causas para a tendência ao abuso e dependência de álcool.

Em contraposição à esta realidade, as políticas de avaliação de programas sociais não levam em consideração o indivíduo, apenas lançam critérios para mensurar a efetividade, eficiência, eficácia ou não desta, mas sem considerar as questões individuais. Como pode ser visto na definição de avaliação proposta por Aguilar e Ander-Egg (1994, apud SILVA; SILVA, 2001, p.49) :

“avaliação é entendida como “uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida. É destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão. O propósito dessa avaliação é produzir efeitos e resultados concretos,

comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou de guia para uma tomada de decisão racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento”.

Ao pedir para que eles relatassem quais os pontos positivos e os pontos negativos da Casa, todos os internos e egressos ressaltaram que o funcionamento é muito bom e destacaram o apoio dado à pessoa, mesmo que ela seja reincidente, além da parte espiritual que os ajuda no processo de recuperação e do trabalho, porque durante o processo de recuperação é possível aprender uma profissão, o que pode ajudar no processo de reinserção social.

“Ponto positivo aqui é o jeito que a casa funciona, e o apoio que dá às pessoas, mesmo que essas pessoas erram, como é o meu caso, já é a terceira vez que venho para me tratar, e as pessoas me tratam muito bem, tem paciência comigo”. (Em tratamento 3, 12/06/2012).

“Eu acho que ótimo aqui é que, aqui você tem a oportunidade de trabalhar, porque é uma coisa que distrai a gente. Eu gosto muito de trabalhar, de ter essa oportunidade. Para quem quer também uma profissão você aprende aqui dentro. Aqui funciona muito bom”. (Egresso 2, 12/06/2012).

O trabalho pode ser considerado um fator positivo para a manutenção da sobriedade. Para Oliveira (2012), a manutenção da recuperação tende a ser bem sucedida, quando orientada por profissionais experientes, mas outros fatores têm se mostrado relevantes nesse processo, tais como, o apoio e o acolhimento familiar; a criação de um ambiente propício à expressão de sentimentos e à pedidos de ajuda, quando necessários; a valorização do indivíduo e o respeito pelos seus direitos e liberdade e a estimulação à responsabilidade do indivíduo pelos seus atos (como no trabalho profissional).

Em relação aos pontos negativos, quatro dos entrevistados disseram não enxergar pontos negativos na Casa, que está tudo em ótimo funcionamento. Já os outros cinco entrevistados destacaram pontos, como o limitado espaço físico para desenvolver mais ofícios, o excesso de liberdade que a coordenação dá aos internos, a interferência da coordenação da Casa no processo de recuperação dos internos e a falta de preparo técnico dos coordenadores, bem como o fato de serem de Ouro Preto e conhecerem as proximidades da casa, conhecer onde tem drogas e bebidas.

“O ponto negativo é as pessoas que interferem na recuperação das pessoas (internos), as pessoas de fora. São as pessoas que coordenam, porque não é os internos, os internos em momento nenhum atrapalham, o que atrapalha é a falta de preparo (técnico) da coordenação”. (Egresso 5, 25/08/2012.)

Essa realidade contradiz as normas da ANVISA que prevê as metodologias de atendimento de uma comunidade terapêutica.

A ANVISA (2011) deixa claro que as metodologias propostas pela resolução são de que se tenha, entre outras atividades, o atendimento em grupo e/ou individual coordenado por profissional de nível superior, habilitado em dependência de substâncias psicoativas, ao menos uma vez por semana; atendimento médico psiquiátrico, pelo menos uma vez ao mês.

Fica claro neste depoimento que a falta de preparo técnico para lidar com as dificuldades enfrentadas pelos alcoólatras no processo de recuperação pode interferir no tratamento, e que se pudesse contar com o apoio técnico mais especializado poderia minimizar conflitos e surtir melhores resultados.

Para outros internos/egressos, o funcionamento da Casa está bom e essa questão acima mencionada não interfere em nada no tratamento.

“Aqui dentro eu acho que não tem como melhorar mais porque não tem espaço né, mas se tivesse espaço para montar uma qualidade maior. Seria melhor se tivesse onde crescer mais, para ter mais atividades e aprender mais ofícios” (Egresso 2, 12/06/2012).

“Ponto negativo porque a gente mora aqui né, os negativos daqui acho que é só isso. Porque assim, a gente conhece onde que tem drogas aqui perto, então, e já conhece casos, do povo que mora aqui perto, internaram aqui, e por conhecerem os pontos de venda sabem onde conseguir (drogas, bebidas) mais fácil” (Em tratamento2, 12/06/2012).

Diante das reclamações, perguntou-se quais seriam as sugestões para melhoria do funcionamento da Casa, e seis dos entrevistados não tiveram nenhuma sugestão, os outros sugeriram aumentar a disciplina que é cobrada dos internos, porque muitas vezes estes têm muita liberdade; conscientizar mais a sociedade sobre o trabalho desenvolvido na Casa para que a mesma possa aumentar as doações e orientar os familiares que visitam os internos a não levar problemas externos para dentro da Comunidade Terapêutica, porque essa atitude interfere no tratamento no interno.

“Para melhorar aqui é só com a ajuda do pessoal que pode ajudar aqui né. Tudo depende só de ajuda né. Como a casa aqui vive só de doações. Ajuda de fora mesmo só para aumentar a doação, conseguir mais doações”. (Egresso 2, 12/06/2012).

“Olha, melhorar tem melhorado muito. A partir do momento em que eu passei por aqui, hoje eu vejo que isso aqui está melhorando bastante né, não é só de estrutura (física), mas principalmente nas normas né, quando eu estava era meio, muito aberto”. (Egresso 1, 04/06/2012).

Quando questionados sobre o relacionamento com a equipe técnica, oito dos nove entrevistados relataram ter um relacionamento muito tranquilo com a equipe de trabalho, e apenas um relatou que não teve um bom relacionamento porque a equipe interferia muito no processo de recuperação, como pode ser evidenciado na fala a seguir:

“Foi péssimo, porque eles interferiam muito na parte de recuperação, coisa que não tem nada a ver com o que eles pensam, eu acho que a pessoa que ta na fase de recuperação, o que ta dentro dele, ele sabe tudo o que ele quer na recuperação, e as pessoas que estão em volta na parte da administração as pessoas que acompanham, as pessoas não tem preparo nenhum”. (Egresso 5, 25/08/2012).

Apesar do relato anterior, ficou evidenciado que o relacionamento entre os internos e a equipe técnica era bom, e que, em casos esporádicos, ocorreram conflitos, que também podem ser considerados comuns, quando se trata de um ambiente onde convivem várias pessoas que, na maioria das vezes, nem se conhecem.

Diante desta realidade, pode-se perceber que a Casa de Acolhimento tem uma importância grande na vida dos egressos, pois foi ela que os deu a possibilidade de recuperação e de se ver livre do vício, mostrando assim que apresenta bons resultados, mesmo não conseguindo recuperar todos as pessoas que buscam o tratamento. E por se sentirem gratos por esta conquista, todos relatam que a indicaria para outras pessoas, que tem problemas com substâncias psicotrópicas, buscarem pelo tratamento nesta instituição. Mas é importante ressaltar que uma crítica que foi frequente entre os entrevistados foi em relação a falta de profissionais especializados para acompanhar e auxiliar o tratamento dos internos, e isto a Casa não oferece. Outro ponto que merece destaque é em relação a espiritualidade, que é considerada como um importante pilar para a recuperação;

mas, na instituição, a religiosidade, em especial a católica, é mais presente, estando assim não a espiritualidade, mas a religiosidade como pilar de recuperação.

4.4 – Percepções dos Familiares

Visando entender qual a percepção das famílias dos internos que passaram pelo tratamento na Casa, a respeito do acesso e funcionamento da mesma, fez-se um levantamento de como se teve conhecimento da referida Comunidade Terapêutica. Das cinco famílias entrevistadas, duas obtiveram informações através de irmão, uma de um primo, outra por meio da tia, e os outros por meio de informações de um amigo que já tinha passado pela Comunidade Terapêutica em questão.

Quando se questiona qual a importância dessa Comunidade na vida de cada um, todos indicam que ela é muito importante, relatando que a Comunidade foi muito boa na vida deles, e que hoje ela representa tudo para eles. Em um caso, ainda relata que foi graças o tratamento do alcoolismo na Comunidade Terapêutica que foi possível reatar o casamento, como pode ser visto a seguir:

“Então, foi a partir do NATA a recuperação dele né. A gente podia visitar e tudo. Que ele recuperou, que ele também teve força de vontade,, ai foi daí que teve a reconciliação do casamento” (Entrevista com a Família 2, 25/08/2012).

Com relação ao funcionamento da casa, todas as famílias relataram que este é bom, uma delas ressaltou que tem melhorado, com o passar do tempo.

“Então, as regras agora são bem diferentes né. Acho que as coisas vão mudando para melhorar. Hoje então vejo que a coordenação (...) ela cobra mais responsabilidade, mais compromisso” (Entrevista com a Família 5, 08/07/2012).

Já, uma outra fez uma crítica a respeito do preparo técnico das pessoas que trabalham na Comunidade Terapêutica e com relação à dependência que os internos criam em relação à esta Comunidade ao terminar o tratamento, como mostra o depoimento a seguir:

“(…) na recuperação, só o que falha, é a questão das pessoas que trabalham diretamente no NATA né, nem sempre todas as pessoas estão preparadas mesmo. E assim, as vezes, á uma coisa que eu critico muito, por exemplo, uma coisa que eu critico muito é que muitos

internos quando saem de lá começam a morar perto, ou começam a residir lá mesmo, que são pessoas de fora, mas cria uma dependência do NATA como se fosse um muro de arrimo, se ele parar de ir no NATA ele vai cair, lá tem muito disso”. (Entrevista com a Família 2, 25/08/2012).

A crítica a respeito da falta de profissionais capacitados no tratamento dos internos é justificada pela escassez de recursos financeiros e humanos, uma vez que a casa não cobra mensalidades dos internos e não possui nenhuma ajuda financeira do poder público e/ou instituições. A ajuda quando ocorre é esporádica, e por isso, não é possível contratar profissionais, ficando o seu tratamento a partir da ajuda de voluntários.

Com relação à satisfação das famílias em relação ao tratamento de seu parente, quatro delas disseram que considera o tratamento muito satisfatório, e apenas uma família considera o tratamento pouco satisfatório, por causa da dependência que a Comunidade Terapêutica cria nos internos, como já foi evidenciado na fala acima.

A respeito das técnicas utilizadas no tratamento, foi indagado sobre quais das três técnicas (trabalho, disciplina e espiritualidade) surtem melhores resultados, ou são mais importantes. Todas as famílias reconhecem que o sucesso do tratamento depende da integração das técnicas utilizadas, e que se fosse apenas uma delas, ou se faltasse alguma delas, o tratamento seria prejudicado; mas três famílias (60%) relataram que a espiritualidade é a mais importante, outra família destacou a disciplina e uma última família disse que não tem uma mais importante que a outra, que é o conjunto responsável pelo bom resultado que se tem.

“eu acho que os três juntos. Se não fossem os três juntos, o conjunto né, ficava faltando alguma coisa. Porque todos são importantes”. (Entrevista com a Família 3, 31/08/2012).

“todas as áreas são boas. A disciplina é muito bom, e também tem esse negocio lá tem a igreja né. Todas as três são boas. Eu acho que a disciplina ajuda muito porque ele, a partir daí, ele começou a ter responsabilidade com horários né! Com o trabalho.” (Entrevista com a Família 4, 25/08/2012).

“Eu acredito que seja a espiritualidade, eles trabalham muito com a oração, os internos participam de muita oração”. (Entrevista com a Família 2, 25/08/2012).

Diante desta realidade, pode-se concluir que a espiritualidade no processo de tratamento do alcoolismo é um fator importante levantado tanto pelas famílias quanto pelos dependentes. De acordo com Booth e Martin (1998, apud Sanchez e Nappo, 2007), analisando os dados existentes na literatura científica até 1997, é possível afirmar que se observa claramente uma relação inversa entre a religiosidade e o uso de substâncias psicotrópicas, embora não se possam descartar os diversos problemas derivados da eventual mensuração dos índices de religiosidade, além de um certo viés amostral de alguns desses estudos. Os autores também apontam para um efeito positivo da religião na recuperação dos dependentes, destacando o papel fundamental desempenhado pela Igreja na área da prevenção e do tratamento destes.

Ao se questionar se estas famílias indicariam a Comunidade Terapêutica para o tratamento de amigos e outros familiares, todas disseram que sim, porque, mesmo que ainda tenha pontos a serem melhorados, o funcionamento é bom e os resultados são satisfatórios. Como pode ser visto a seguir:

“Sim, eu sempre indiquei! Pelo trabalho que eles desenvolvem aqui. Pelo, sei lá, me transmite segurança, me transmite calma, entendeu?”. (Entrevista com a Família 5, 08/07/2012).

A respeito dos pontos positivos da Comunidade Terapêutica, foi destacado o acolhimento e o bom tratamento que eles têm com os internos; o trabalho que os internos desenvolvem dentro da casa, para ocupar a cabeça; a organização da instituição e a paciência no processo de tratamento.

“os positivos mesmo assim, são todos, mais eu acho bom que eles assim, além de dar o tratamento, eles dão uns servicinhos, dá umas coisinhas pra eles fazer, pra eles entreter, porque eles tendo trabalho, com a cabecinha ali naquele serviço, eles tem pouco tempo para pensar nas drogas, nos vícios” (Entrevista com a Família 1, 31/08/2012).

“os pontos positivos é o acolhimento né. Por exemplo, quando fala assim ‘tem um fulano lá no bairro tal que precisa de ser acolhido’, eles vai atrás, agilizam a questão dos exames médicos, que não podem entrar sem os exames, eles acolhem as pessoas, eles recebem e cuidam daquela pessoa né”. (Entrevista com a Família 2, 25/08/2012).

Com relação aos pontos negativos, duas famílias não souberam relatar nada de negativo na casa. Uma das famílias disse que poderia melhorar a estrutura

física e atender mulheres também. Outra família relata o fato de não trabalhar a independência do interno e a outra destaca que a casa é muito dentro da cidade, muito perto de tudo, e pela casa ser muito aberta os internos tem facilidade de acesso a drogas e álcool, e isso pode interferir no tratamento do interno.

“os pontos negativos é essa parte mesmo deles não trabalharem a autonomia da pessoa, a pessoa fica dependente do NATA né, fica dependente da instituição”. (Entrevista com a Família 2, 25/08/2012).

“o ruim é assim, estar em um lugar muito perto da cidade, muito perto de tudo, naquele fuzuê ali. Eu acho que se fosse num sítio, num lugar mais distante seria melhor, mais tranquilo”. (Entrevista com a Família 3, 31/08/2012).

“eu acho que a estrutura ta bem mais ou menos, eu acho que se tivesse condições de arrumar pras mulher também, porque tem muita mulher precisando (...)” (Entrevista com a Família 1, 31/08/2012).

A relação da família com a equipe que coordena a Casa foi, em todos os casos, uma boa relação, mas uma relação mais superficial, que durou mais durante o tratamento do seu parente, e quando o interno terminou o tratamento essa relação se tornou mais distante.

“eu sempre fui lá, sempre tive um bom relacionamento com o pessoal lá, mas por morar aqui (fora de Ouro Preto), a gente acaba tendo pouco contato com o pessoal lá, acaba sendo um relacionamento mais distante”. (Entrevista com a Família 3, 31/08/2012).

A respeito de sugestões para melhorar o funcionamento da Casa, três famílias disseram não ter sugestões porque considera que está tudo ótimo e que a Casa funciona muito bem. As duas famílias que deram sugestões, ressaltaram a importância de ter profissionais capacitados, como médicos, psicólogos e psiquiatras, para trabalhar com o interno e a sua família, ajudando o interno a desenvolver autoconfiança e entender o alcoolismo como uma doença, e onde o vício começou, para trabalhar os pontos fracos de cada e fortalecer no momento que saírem da Comunidade Terapêutica e voltarem a viver em sociedade, para não terem recaídas.

Enfim, fica evidenciado, de acordo com as percepções dos entrevistados, que as metodologias da comunidade terapêutica em estudo são efetivas, apesar do alcance parcial do objetivo de recuperação dos dependentes. Entretanto, como ressaltam Silva e Silva (2001) a avaliação deve voltar-se para captar mudanças

nas condições de vida de um determinado grupo ou população, superando a concepção da avaliação como simples medida de desvio entre o esperado e o realizado no campo das políticas sociais.

“Seria, é que outras pessoas entrassem nessa equipe, pessoa assim, com um conhecimento maior né, mais psicológicos de tentar trabalhar essas pessoas, trabalhar tanto com o interno quanto com os familiares, e trabalhar essa confiança, dele ter confiança nele né, essa autoconfiança, pra ele sair e não ter medo desse mundo (...)”.(Entrevista com a Família 2, 25/08/2012).

“não sei se seria igual os centros de saúde mental do município, com psicólogos e psiquiatras, não sei, mas acho que seria interessante ter esse tipo de trabalho aqui dentro da casa também, entendeu? Para trabalhar de fato mesmo a doença. (...) então eu acho que esta questão de um psicólogo, um analista mesmo, seria um trabalho interessante, para tocar no ponto principal de onde tudo começou, o alcoolismo”. (Entrevista com a Família 5, 08/07/2012).

A falta de profissionais capacitados e a limitação da infraestrutura físicas podem estar interferindo em um melhor resultado do processo de tratamento.

Além disso, quanto ao questionamento sobre a continuidade da dependência pelo fato dos dependentes estarem freqüentando as reuniões de manutenção da sobriedade, acredita-se que tal ação seja resultante da concepção de que o alcoolismo é uma doença que pode ser estacionada, mas jamais “curada” (AA, 2013). Faccio (2008) comenta a esse respeito ao afirmar que o álcool produz mudanças cerebrais, psicológicas e sociais que não desaparecem após a desintoxicação, portanto, após o tratamento, deve haver uma série de cuidados ao longo da vida, para que não hajam recaídas.

5 – CONCLUSÃO

Este estudo buscou compreender qual a percepção dos usuários, familiares e equipe técnica a respeito das práticas empregadas no processo de recuperação de dependentes alcoólatras, que estão passando e que já passaram pelo tratamento na Casa de Acolhimento São Francisco de Assis, e se o tratamento oferecido por esta comunidade terapêutica está sendo efetivo.

O acesso à Casas de recuperação se dá principalmente através da interferência de familiares (rede de íntimos), que vê de perto o sofrimento do parente e procurar mostrar algum caminho para ajudar a minimizar este problema.

Todos os envolvidos na pesquisa consideram que a Casa de Acolhimento em questão possui uma boa metodologia no processo de recuperação, que é pautado na espiritualidade, no trabalho e na disciplina; ou seja, o conjunto destes três elementos está sendo suficiente para produzir bons resultados na recuperação dos dependentes. Entretanto, a partir das falas dos internos e egressos, ficou evidente que a espiritualidade é um pilar fundamental no processo de tratamento, sendo considerado pela maioria como o principal elemento na recuperação.

Diante disso pode-se concluir que as práticas adotadas pela Casa, na percepção dos entrevistados, são vistas como efetivas, embora estejam alcançando em partes os objetivos propostos, uma vez que não ocorreu a recuperação total de todos os dependentes. Além disso, percebeu-se as limitações da casa, em termos de infra-estrutura e recursos humanos. Reconhece-se, entretanto, que é complicado falar de efetividade, com uma taxa de recuperação ou de alcance dos objetivos de apenas 30%; embora esses dados estejam próximos da média nacional (33%) e que as metodologias estejam produzindo mudanças nas condições de vida dos dependentes.

Este ponto merece destaque, pois como se trata de uma análise perceptiva, os entrevistados consideram que os objetivos estão sendo parcialmente alcançados, em função do desejado, que seria completa sobriedade, porém, o que é importante constatar é que, mesmo sendo de apenas 30% o percentual de recuperação, esta ação já é muito importante, porque significa um número a menos de pessoas envolvidas no vício; ou seja, já representa mudanças na vida do dependente e de suas respectivas famílias. Assim, mesmo que o tratamento conseguisse livrar apenas um indivíduo do vício, já seria satisfatório para sua continuidade, pois seria menos uma família em situação de risco e vulnerabilidade social.

Outro ponto que merece questionamento é o fato da Casa não trabalhar a autonomia do indivíduo e os egressos continuarem dependentes da instituição, em especial das reuniões de manutenção da sobriedade. Acredita-se que essa ação seja resultante da própria concepção sobre o alcoolismo, como uma doença estacionada, que necessita de cuidados constantes.

Vale ressaltar também que o bom resultado do tratamento não depende somente das metodologias adotadas pela comunidade terapêutica, mas principalmente do interesse e disponibilidade dos indivíduos se tratarem e da

paciência e perseverança dos mesmos durante o processo de tratamento e manutenção da sobriedade. Além disso, o comprometimento da família no processo de recuperação é muito importante para que o indivíduo se sinta apoiado, contanto que existem pessoas que confiam nele e que esperam pela sua recuperação e reinserção social. Além do apoio que a família dá aos indivíduos em tratamento, é fundamental que ela participe do processo de recuperação para entender e se adaptar aos novos comportamentos e decisões, que devem ser tomadas no dia a dia para que o interno, ao sair, consiga se manter em sobriedade.

Não foi possível inferir a respeito da relação entre o nível de dependência do indivíduo ao alcoolismo com o sucesso ou não no processo de tratamento, uma vez que todos os indivíduos que procuraram tratamento na referida instituição encontravam-se totalmente dependentes da bebida, e alguns conseguiram sucesso no tratamento e outros continuaram dependentes do álcool.

A valorização dada pelo público envolvido (famílias, internos e egressos) à Casa de Acolhimento, deixa claro que se trata de um ambiente de fundamental importância em suas trajetórias de vida, dificultando apontarem pontos negativos, pela gratidão ao serviço prestado.

Enfim, o fato é que, a partir da percepção dos entrevistados, a Casa de Acolhimento possui um bom funcionamento e têm atingido os objetivos propostos, deixando satisfeitos tanto os internos, egressos e familiares, mostrando que pode ser considerada como uma rede de apoio para o tratamento e manutenção da sobriedade, além de auxiliar na reinserção social, através de trabalho, melhoria da auto-estima e mudanças comportamentais.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. 2013. Disponível em: <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/a-doenca-do-alcoolismo.html>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

ANDREUCCETTI, Gabriel. Uso de álcool por vítimas de homicídio no município de São Paulo. Dissertação de mestrado- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2009.

ANVISA. Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm#>. Acesso em: 26 jul. 2012.

BRASIL. VIGITEL BRASIL 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_180411.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

CAMPOS, E. A. Contágio, doença e evitação em uma associação de ex-bebedores: o caso dos Alcoólicos Anônimos. **Revista de Antropologia**. v.48, n.1, p.315-361, 2005.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GNADT, B. Religiousness, current substance use, and early risk indicators for substance abuse in nursing students. **J Addict Nurs**. V.17, n.3, p. 151-8. 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_uf.shtm>. Acesso em: 22 nov. 2012.

JORGE, S. G. **Alcoolismo e Abuso de Álcool**. Hepcentro – hepatologia Médica. 2001. Disponível em: < <http://www.hepcentro.com.br/alcoolismo.htm>>. Acesso em: 06 dez. 2012.

MAROT, R. **Alcoolismo**. 2004. Disponível em: < <http://www.psicosite.com.br/tra/drg/alcoolismo.htm>>. Acesso em: 06 dez. 2012.

OLIVEIRA, O. L. **Dependência Química: Prevenção e Tratamento**. 2012. Disponível em: < <http://www.profala.com/artpsico104.htm>>. Acesso em: 06 dez. 2012.

PEREIRA, J. D. Alcoolismo Juvenil. Desafios Sociais. **Revista do programa de pós-graduação em Serviço Social da UFRN**. Ano II – n.2 – janeiro/julho de 2002. Natal (RN).

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev. Psiq. Clínica**. v.34, n.1, p.73-81, 2007.

SANTOS, A. R.; MENDOZA, B. A. P. **O alcoolismo no universo Teen e a informação que é veiculada nos suplementos para jovens**. 2011. Disponível em: http://www.comunicasaude.com.br/comunicasaude/artigos/tabaco_bebida/artigo4.php. Acesso em: 20 nov. 2012.

SILVA e SILVA, M. O. (org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras Editora, 2001.

SISNEY, K.F. The relationship between social support and depression in recovering chemically dependent nurses. **J Addict Nurs**.;v.7, n.1, p.19-25. 1995.

TAVARES, B. F., BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública.** v. 35, n.2, p.150-158, 2001.

VASCONCELOS, E. M.(Org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006.

CONCLUSÕES GERAIS

A contextualização histórica do alcoolismo mostra que o uso indiscriminado do álcool está presente há muitos anos em nossas sociedades. Inicialmente o seu uso era comum em festas, rituais religiosos ou na cura, como indicado por muitos médicos. Porém, com o passar dos anos, essa bebida foi sendo retirada dos rituais e cura, mantendo-se apenas a face no prazer, ligado às festividades.

Com o passar dos anos, no intuito de estabelecer a ordem burguesa, o uso de bebidas passou a ser regulado, estando ligado ao consumo exagerado de bebidas os conceitos de “maus costumes”, fazendo referência à uma imagem pejorativa dos bebedores, causadores de arruaças e desordens sociais. Também o alcoolismo teve o enfoque enquanto doença, mostrando os seus malefícios à saúde do indivíduo. E, posteriormente como doença social, em função de suas graves repercussões no cotidiano individual e familiar, bem como as suas conseqüências em seus projetos de vida, exigindo-se a atenção de redes sociais de apoio, tanto informais quanto formais, como é o caso das Comunidades Terapêuticas.

Na avaliação das metodologias utilizadas nas Comunidades Terapêuticas de Minas Gerais, pode-se concluir que a recuperação do dependente alcoólatra depende da força de vontade do indivíduo em se tratar, bem como da utilização de técnicas, fundamentadas na espiritualidade, vista como essencial para a conquista dos resultados esperados e, portanto, reinserção social desses dependentes.

O perfil pessoal e familiar dos dependentes está em conformidade com o perfil do alcoolista brasileiro, que está negativamente associado com situação socioeconômica, baixo escolaridade, atividades ocupacionais menos privilegiadas e uma situação financeira não muito favorecida. Sabe-se que esta informação não pode ser generalizada, considerando que o alcoolismo está presente em todas as esferas sociais, independente de classe social, racial e/ou escolaridade. Porém, pode-se afirmar que as pessoas que passaram pelo tratamento na Casa de Acolhimento em questão estão em conformidade com os dados nacionais.

Os fatores que motivaram os indivíduos a envolver no vício do álcool estão principalmente ligados aos ensinamentos e experiências vivenciados no seio familiar, pois o convívio com a bebida no dia a dia faz com que “beber” seja um comportamento normal. Além disso, o alcoolismo é considerado uma estratégia

para fugir de situações conflitantes do mundo real, com as quais os indivíduos não conseguem lidar, sejam estes problemas familiares, timidez, entre outros.

Em relação aos momentos mais difíceis enfrentados pelos dependentes, pode-se observar que estão ligados ao alcoolismo e que, devido a estes problemas, os dependentes bebem ainda mais, consolidando assim um círculo vicioso, pois o alcoolismo é responsável por gerar conflitos e estes servem como impulsionadores para se beber ainda mais. Estes eventos estressores são de ordem pessoal e familiar, como separação conjugal, separação dos pais, desligamento do emprego entre outros.

Em função dos problemas vivenciados, o alcoólatra e seus respectivos familiares podem recorrer às redes sociais. No estudo em questão, as redes ativadas foram constituídas, em sua maioria, por membros da família, como pais, cônjuges, irmãos, filhos dentre outros, e de pessoas ligadas à instituição onde o tratamento foi/está sendo feito, tendo uma representatividade da mãe, irmãos e filhos. As redes formais (comunidade terapêutica, AA, etc.) possuem um papel relevante quando as redes informais (principalmente a família) não dá conta de lidar com a situação da doença.

No estudo em questão, o acesso do dependente à Casa de recuperação se deu principalmente através da interferência de familiares (rede de íntimos), que vê de perto o sofrimento do parente e procura mostrar algum caminho para minimizar este problema. Todos os envolvidos na pesquisa consideram que a Casa de Acolhimento em questão possui práticas efetivas no processo de recuperação, que são pautadas na espiritualidade, no trabalho e na disciplina; ou seja, o conjunto destes três elementos está sendo suficiente para produzir bons resultados na recuperação dos dependentes. Entretanto, a partir das falas dos internos e egressos, ficou evidente que a espiritualidade é um pilar fundamental durante o tratamento, sendo considerado pela maioria como o principal elemento na recuperação, uma vez que a força espiritual ajuda a enfrentar os problemas cotidianos e, neste caso em especial, os ocasionados pelo alcoolismo.

Diante disso, pode-se concluir que, na percepção do público envolvido, as metodologias/práticas adotadas pela Casa são efetivas, apesar de possuírem um alcance parcial (30% de recuperação), pois mesmo buscando alcançar os objetivos propostos, não está conseguindo a recuperação de todas as pessoas que passam

pelo tratamento, embora esta taxa de recuperação esteja de acordo com a média nacional que é de um terço.

Porém, este alcance parcial merece questionamento, pois como estamos trabalhando com um vício que envolve não somente o dependente, mas toda a família, assim, a recuperação de um indivíduo já significaria um grande avanço, pois não seria apenas o dependente, mas sim uma família recuperada. Sendo assim, o que realmente importa no tratamento são as mudanças ocasionadas na vida das pessoas, e não o desvio entre o esperado e o realizado.

Outro ponto que merece questionamento é a respeito do egresso manter certa dependência à Casa de recuperação, devido à frequência nas reuniões de manutenção da sobriedade. O bom resultado do tratamento não depende somente das metodologias adotadas pela comunidade terapêutica, mas principalmente do interesse e disponibilidade dos indivíduos se tratarem e da paciência e perseverança dos mesmos durante o processo de tratamento e sua manutenção. Além disso, o comprometimento da família no processo de recuperação é muito importante para que o indivíduo se sinta apoiado, confiando que existem pessoas que confiam nele e que esperam pela sua recuperação ao final do processo. Além do apoio que a família dá aos indivíduos em tratamento, é fundamental que ela participe do processo de recuperação para entender e se adaptar aos novos comportamentos e decisões, que devem ser tomadas no dia a dia, para que o interno consiga se manter em sobriedade.

Diante disso, pode-se concluir que o conhecimento da problemática que envolve o alcoolismo é necessário, para que os profissionais de diversas áreas possam compreender a verdadeira extensão da dependência alcoólica e, com base de tais informações, proponham ações preventivas e cuidativas que auxiliem na promoção de estratégias de enfrentamento do alcoolismo.

Como primeira limitação deste trabalho, destaca-se a dificuldade de obter resposta através do e-mail, visto que foi enviado um número elevado de questionários e a taxa de retorno foi extremamente baixa, dificultando o trabalho. Outra limitação foi em relação ao número reduzido de dependentes que procuram comunidades terapêuticas em busca de tratamento devido ao alcoolismo. A grande maioria das pessoas busca o tratamento por causa de outras drogas, como o crack e a cocaína e, conseqüentemente, também tem problemas com o alcoolismo. Este

número é muito reduzido, talvez pela dificuldade de identificar o alcoolismo como doença e que precisa de tratamento devido a sua aceitação social.

Sugere-se que mais trabalhos sejam desenvolvidos nesta área, especialmente tratando o alcoolismo como um problema social e não apenas como uma doença; além de abordar esse fenômeno social, a partir de uma perspectiva de gênero, considerando o aumento crescente de mulheres alcoólatras. Considera-se que este tema deva ter a atenção especial dos governantes, devido ao impacto social que ele representa, investindo assim em novas comunidades terapêuticas e dando suporte às existentes, considerando a efetividade de seus resultados com os dependentes de álcool e outras drogas. Mas principalmente, investir em técnicas de prevenção do alcoolismo, destacando o quanto ele é prejudicial à saúde do indivíduo dependente, de sua família e na vida social.

APÊNDICES

AUTORIZAÇÃO

Eu, Cor Jusus do Espirito Santo Maciel, na condição de diretor do Núcleo de Apoio a Toxicômanos e Alcoólatras (NATA) de Ouro Preto/MG, venho relatar que autorizei a identificação dos dependentes pela mestranda Janaína Soares Vilela do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da UFV, para coleta de dados da pesquisa intitulada “*O Fênomeno do Alcoolismo: Projetos de Vida e Redes de Apoio*”, pela relevância e confiança nos estudos realizados pela Universidade Federal de Viçosa. Acrescento ainda que os dependentes internos atualmente no programa aceitaram participar da pesquisa e os dependentes egressos do programa irão participar somente se for de livre consentimento dos mesmos.

Ouro Preto/ MG, ____ de _____ de 2012

Cor Jusus do Espirito Santo Maciel
Diretor do NATA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

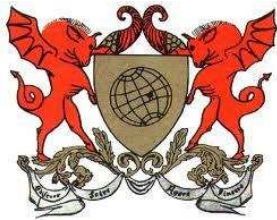
Eu, _____, li e/ ou ouvi os esclarecimentos dados sobre o estudo do qual participarei. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Voluntário(Entrevistado): _____

Equipe:

Maria das Dores Saraiva de Loreto
(Coordenador da pesquisa)

Janaína Soares Vilela
(Estudante entrevistador)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ECONOMIA DOMÉSTICA**

**O FENÔMENO DO ALCOOLISMO:
PROJETOS DE VIDA E REDES DE APOIO**



Muito obrigado por dispor do seu tempo para responder esse questionário confidencial. Sua participação é muito importante.

INTRODUÇÃO

Meu nome é Janaína. Sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa e estou trabalhando em conjunto com a Prof^a Maria das Dores Saraiva de Loreto e o Prof^o. Marco Aurélio Marques Ferreira da referida instituição no projeto de pesquisa intitulado “*O Fenômeno do Alcoolismo: Projetos de Vida e Redes de Apoio*”.

Nosso objetivo em contatar você (ou essa organização) é que a sua participação como Gestor/Diretor de uma Comunidade Terapêutica é muito importante para maior conhecimento sobre as metodologias de recuperação do alcoólatra.

Sua participação é voluntária e toda informação prestada é confidencial. Gostaria de solicitar sua colaboração para que a resposta do questionário em questão seja feita por e-mail até o dia 25 de abril.

Antecipadamente agradecemos por concordar em participar dessa pesquisa. Caso você queira ter acesso a um resumo da mesma por favor faça saber qual seria a melhor forma de enviá-lo (de preferência por e-mail), que deve ser especificado no término do questionário.

QUESTÕES

Nome da instituição:

- 1) Há quanto tempo a comunidade terapêutica está em funcionamento?**
- 2) Quantas pessoas são atendidas?**
- 3) Como é feito o tratamento com dependentes alcoólicos, ou seja, descreva o dia a dia do dependente e as técnicas utilizadas para sua recuperação.]**
- 4) O Dependente possui acompanhamento familiar?**
() Sim () Não
 - 4.1) Caso afirmativo, qual porcentagem dos indivíduos em tratamento recebem este acompanhamento da família?**
 - 4.2) Qual a frequência das visitas familiares?**

5) **Todas as pessoas que estão em tratamento, utilizam medicamentos?**

() Sim () Não

5.1) **De que tipo?**

6) **Na sua percepção, quais metodologias ou técnicas de recuperação promoveram melhores resultados?**

6.1) **Esses resultados estão de acordo com as sua expectativa?**

7) **Qual é a taxa de recuperação? _____%**

8) **Qual é a taxa de reincidência? _____%**

9) **Quais parceiros trabalham com vocês durante o processo de tratamento do alcoolismo? (médicos, psicólogos, religião, família...).**

10) **Quais as interferências do alcoolismo na vida do alcoólatra? (pessoais, profissionais, comunitários, financeiros, psicológicos...).**

11) **Como você considera que o tratamento na Comunidade Terapêutica tenha influenciado nos projetos de vida dos dependentes?**

12) **Quais as principais dificuldades encontradas pela Comunidade Terapêutica? (no âmbito social, financeiro, político...).**

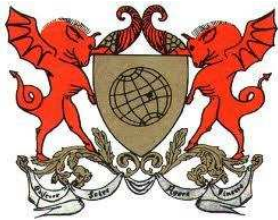
Muito Obrigado por haver respondido esse questionário.

Se você deseja receber um sumário dos resultados dessa pesquisa, por favor complete os dados abaixo:

Nome: _____

Endereço: _____

E-mail: _____



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ECONOMIA DOMÉSTICA**

**O FENÔMENO DO ALCOOLISMO:
PROJETOS DE VIDA E REDES DE APOIO**



Muito obrigado por dispor do seu tempo para responder esse questionário confidencial. Sua participação é muito importante.

INTRODUÇÃO

Meu nome é Janaína. Sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa e estou trabalhando em conjunto com a Prof^a Maria das Dores Saraiva de Loreto e o Prof^o. Marco Aurélio Marques Ferreira da referida instituição no projeto de pesquisa intitulado “*O Fenômeno do Alcoolismo: Projetos de Vida e Redes de Apoio*”.

Nosso objetivo em contatar você (ou essa organização) é que a sua participação como Gestor/Diretor de uma Comunidade Terapêutica é muito importante para maior conhecimento sobre as metodologias de recuperação do alcoólatra.

Sua participação é voluntária e toda informação prestada é confidencial. Gostaria de solicitar sua colaboração para que a resposta do questionário em questão seja feita por e-mail até o dia 25 de abril.

Antecipadamente agradecemos por concordar em participar dessa pesquisa. Caso você queira ter acesso a um resumo da mesma por favor faça saber qual seria a melhor forma de enviá-lo (de preferência por e-mail), que deve ser especificado no término do questionário.

QUESTÕES

Nome da instituição:

- 1) Há quanto tempo a comunidade terapêutica está em funcionamento?**
- 2) Quantas pessoas são atendidas?**
- 3) Como é feito o tratamento com dependentes alcoólicos, ou seja, descreva o dia a dia do dependente e as técnicas utilizadas para sua recuperação.**
- 4) Na sua visão, todas as pessoas que buscam à Comunidade Terapêutica já se encontram totalmente dependentes da bebida, tanto física quanto psicologicamente?**
 Sim Não
- 5) Quais são as principais perturbações que eles apresentam ao chegar na Comunidade Terapêutica?**

- 6) O Dependente possui acompanhamento familiar?**
() Sim () Não
- 6.1) Caso afirmativo, qual porcentagem dos indivíduos em tratamento recebem este acompanhamento da família?**
- 6.2) Qual a frequência das visitas familiares?**
- 7) Todas as pessoas que estão em tratamento, utilizam medicamentos?**
() Sim () Não
- 7.1) De que tipo?**
- 8) Na sua percepção, quais metodologias ou técnicas de recuperação promoveram melhores resultados?**
- 8.1) Esses resultados estão de acordo com as sua expectativa?**
- 9) Qual é a taxa de recuperação? _____%**
- 10) Qual é a taxa de reincidência? _____%**

Quem foi a(s) pessoa(s) que mais te ajudou neste momento? O que ela fez?	
Quais pessoas você considera como importantes neste processo de tratamento?	
Com que frequência ela te ajudou? Pouco/ muito/ Sempre ajudou	
Qual o nível de importância dessa pessoas? Pouco importante/ Importante/ Muito importante	
Porque você acha que ela fez questão de te ajudar?	<input type="checkbox"/> Por reciprocidade
	<input type="checkbox"/> Por obrigação
	<input type="checkbox"/> Por igualdade
	<input type="checkbox"/> Por autonomia
<input type="checkbox"/> Outro:	
Como esta(s) pessoa(s) te ajudou? (emprego/habitação/saúde/bens materiais/cuidados...)	
A vontade de se tratar veio do dependente ou da família?	
Além da Comunidade Terapêutica, qual outra instituição foi acionada para ajudar o seu familiar?	
COMUNIDADE TERAPÊUTICA	
Como você teve acesso à Comunidade Terapêutica?	
Qual a importância desta Comunidade Terapêutica para a sua vida?	
Como você analisa o funcionamento desta Comunidade Terapêutica?	
Considera satisfatório os resultados obtidos na Comunidade Terapêutica?	
Qual das técnicas utilizadas pela Comunidade Terapêutica teve maior resultado na recuperação do seu familiar?	
Você indicaria esta Comunidade Terapêutica para o tratamento de pessoas conhecidas/familiares? Porque?	
Quais são os pontos positivos e negativos?	
Como foi a sua relação com a equipe técnica da Comunidade terapêutica? E existe alguma relação hoje?	
Você tem alguma sugestão para o melhor funcionamento da Comunidade Terapêutica?	
IMPACTO DO ALCOOLISMO SOBRE OS PROJETOS DE VIDA	
Impacto nas relações familiares próximas (filhos, pais, esposas, pessoas que moram juntas)	
<input type="checkbox"/> Não influenciou (0%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou pouco (1 a 40%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou muito (40 a 90%)	
<input type="checkbox"/> Influência total (acima de 90%)	
Impacto nas relações familiares mais distantes (tios, primos, parentes próximos que não moram juntos)	
<input type="checkbox"/> Não influenciou (0%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou pouco (1 a 40%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou muito (40 a 90%)	
<input type="checkbox"/> Influência total (acima de 90%)	
Impacto nas relações comunitárias	
<input type="checkbox"/> Não influenciou (0%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou pouco (1 a 40%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou muito (40 a 90%)	
<input type="checkbox"/> Influência total (acima de 90%)	
Impacto nas relações profissionais	
<input type="checkbox"/> Não influenciou (0%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou pouco (1 a 40%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou muito (40 a 90%)	

Influência total (acima de 90%)

Impacto no setor financeiro

Não influenciou (0%)

Influenciou pouco (1 a 40%)

Influenciou muito (40 a 90%)

Influência total (acima de 90%)

Impacto nas relações espirituais

Não influenciou (0%)

Influenciou pouco (1 a 40%)

Influenciou muito (40 a 90%)

Influência total (acima de 90%)

Impactos na saúde (fisiológico)

Não influenciou (0%)

Influenciou pouco (1 a 40%)

Influenciou muito (40 a 90%)

Influência total (acima de 90%)

Impactos psicologicos

Não influenciou (0%)

Influenciou pouco (1 a 40%)

Influenciou muito (40 a 90%)

Influência total (acima de 90%)

Como era a relação com seus filhos antes do vício

Não influenciou (0%)

Influenciou pouco (1 a 40%)

Influenciou muito (40 a 90%)

Influência total (acima de 90%)

Como era a relação com seus pais antes do vício

Não influenciou (0%)

Influenciou pouco (1 a 40%)

Influenciou muito (40 a 90%)

Influência total (acima de 90%)

Como era a relação com seu conjuge/namorado/amasiado...

Não influenciou (0%)

Influenciou pouco (1 a 40%)

Influenciou muito (40 a 90%)

Influência total (acima de 90%)

Qual é o comprometimento da família no processo de recuperação do alcoolismo

Não influenciou (0%)

Influenciou pouco (1 a 40%)

Influenciou muito (40 a 90%)

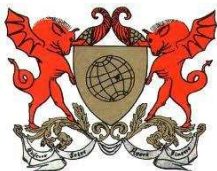
Influência total (acima de 90%)

Como é o comprometimento dos colegas de trabalho no tratamento do alcoolismo

- Não influenciou (0%)
- Influenciou pouco (1 a 40%)
- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)

Como é o comprometimento da comunidade no processo de tratamento do alcoolismo

- Não influenciou (0%)
- Influenciou pouco (1 a 40%)
- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

ENTREVISTA COM OS DEPENDENTES

Entrevista n°:	Data: ___/___/2012	Local:
Nome do Entrevistado:		

**CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA E SUAS INTERFERÊNCIAS NOS
PROJETOS DE VIDA E REDES DE APOIO**

Conte-me a sua história de vida, enfatizando:

- Antes do vício
- Durante o vício
- Durante o processo de recuperação
- Após sair da clínica (para os egressos)
- Focar na influência da família
- Focar na influência da Clínica (motivações do alcoolismo e método de recuperação).

-Em qual estágio você se encontrava quando você pediu ajuda à Comunidade Terapêutica?

- Acredita que se tivesse procurado ajuda antes, os resultados seriam melhores?

Atentar-se para os estágios do alcoolismo:

Estágio 1: Pessoas que apenas experimentaram álcool pela primeira vez

Estágio 2: Pessoas que já são conhecedoras de bebidas alcoólicas, e já experienciaram algumas vivências produzidas pelo álcool

Estágio 3: Pessoas que dizem beber apenas “socialmente”, e que conseguem parar de beber sem que tal fato lhes produza incomodo.

Estágio 4: Pessoas que bebem exageradamente e que devido ao consumo excessivo do álcool são identificados perturbações físicas, mentais, do bem-estar em geral, com as relações conjugais, familiares e sociais em geral.

Estágio 5: Totalmente dependente da bebida, tanto fisicamente quanto psicologicamente

Quais os principais fatores que levaram a se envolver com o vício do álcool?

Em que o alcoolismo interferiu na sua vida familiar?

Como o alcoolismo interferiu no seu convívio com os amigos?

Como o alcoolismo interferiu no seu convívio na sua comunidade?

Como o alcoolismo interferiu no seu planejamento financeiro?

Como o alcoolismo interferiu em sua vida religiosa?

Como o alcoolismo interferiu no seu relacionamento com médicos e psicólogos?

Em qual desses aspectos você acha que o alcoolismo mais interferiu? Qual foi mais prejudicial?

Quais foram os momentos mais difíceis da sua vida, em função do alcoolismo? (desemprego/doença/separação/morte...) Quais problemas surgiram? Como resolveram? A quem recorreu? Quem lhe apoiou?

Quais foram as principais redes de apoio acionadas para deixar o vício?

Quais pessoas você considera como importantes neste processo de tratamento?

Quais foram as pessoas que mais te ajudaram?

Porque você acha que ela fez questão de te ajudar?	<input type="checkbox"/> Por reciprocidade
	<input type="checkbox"/> Por obrigação
	<input type="checkbox"/> Por igualdade
	<input type="checkbox"/> Por autonomia
	<input type="checkbox"/> Outro:
Como esta(s) pessoa(s) te ajudou? (emprego/habitação/saúde/bens materiais/cuidados...)	
Com que frequência ela te ajudou? Pouco/ muito/ Sempre ajudou	
Qual o nível de importância dessa pessoas? Pouco importante/ Importante/ Muito importante	
Quais pessoas você considera como importantes neste processo de tratamento?	
A vontade de se tratar do vício veio do você ou da família?	
Além da Comunidade Terapêutica, qual outra instituição foi acionada para ajudar a você a se livrar do vício?	
Você passou só por esta comunidade terapêutica ou por outras?	
COMUNIDADE TERAPÊUTICA	
Como você teve acesso à Comunidade Terapêutica?	
Qual a importância desta Comunidade Terapêutica para a sua vida?	
Como você analisa o funcionamento desta Comunidade Terapêutica?	
Considera satisfatório os resultados obtidos na Comunidade Terapêutica?	
Quais das técnicas utilizadas pela Comunidade Terapêutica obteve maiores resultados na sua recuperação?	
Você indicaria esta Comunidade Terapêutica para o tratamento de pessoas conhecidas/familiares? Porque?	
Quais são os pontos positivos e negativos?	
Como foi a sua relação com a equipe técnica da Comunidade terapêutica? E existe alguma relação hoje?	
Você tem alguma sugestão para o melhor funcionamento da Comunidade Terapêutica?	
IMPACTO DO ALCOOISMO SOBRE OS PROJETOS DE VIDA	
Impacto nas relações familiares próximas (filhos, pais, esposas, pessoas que moram juntas)	
<input type="checkbox"/> Não influenciou (0%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou pouco (1 a 40%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou muito (40 a 90%)	
<input type="checkbox"/> Influência total (acima de 90%)	
Impacto nas relações familiares mais distantes (tios, primos, parentes próximos que não moram juntos)	
<input type="checkbox"/> Não influenciou (0%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou pouco (1 a 40%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou muito (40 a 90%)	
<input type="checkbox"/> Influência total (acima de 90%)	
Impacto nas relações comunitárias	
<input type="checkbox"/> Não influenciou (0%)	
<input type="checkbox"/> Influenciou pouco (1 a 40%)	

- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)

Impacto nas relações profissionais

- Não influenciou (0%)
- Influenciou pouco (1 a 40%)
- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)

Impacto no setor financeiro

- Não influenciou (0%)
- Influenciou pouco (1 a 40%)
- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)

Impacto nas relações espirituais

- Não influenciou (0%)
- Influenciou pouco (1 a 40%)
- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)

Impactos na saúde (fisiológico)

- Não influenciou (0%)
- Influenciou pouco (1 a 40%)
- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)

Impactos psicológicos

- Não influenciou (0%)
- Influenciou pouco (1 a 40%)
- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)

Como era a relação com seus filhos antes do vício

- Não influenciou (0%)
- Influenciou pouco (1 a 40%)
- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)

Como era a relação com seus pais antes do vício

- Não influenciou (0%)
- Influenciou pouco (1 a 40%)
- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)

Como era a relação com seu conjuge/namorado/amasiado...

- Não influenciou (0%)
- Influenciou pouco (1 a 40%)
- Influenciou muito (40 a 90%)
- Influência total (acima de 90%)

Qual é o comprometimento da família no processo de recuperação do alcoolismo

- () Não influenciou (0%)
- () Influenciou pouco (1 a 40%)
- () Influenciou muito (40 a 90%)
- () Influência total (acima de 90%)

Como é o comprometimento dos colegas de trabalho no tratamento do alcoolismo

- () Não influenciou (0%)
- () Influenciou pouco (1 a 40%)
- () Influenciou muito (40 a 90%)
- () Influência total (acima de 90%)

Como é o comprometimento da comunidade no processo de tratamento do alcoolismo

- () Não influenciou (0%)
- () Influenciou pouco (1 a 40%)
- () Influenciou muito (40 a 90%)
- () Influência total (acima de 90%)