



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ALESSANDRA RODRIGUES DOS SANTOS

**A CAMINHO DO ABISMO: AS CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS DO USO DO ÁLCOOL
PARA USUÁRIOS HOMENS QUE FAZEM TRATAMENTO NO CAPS-AD EM
FORTALEZA**

**FORTALEZA – CE
2017**

ALESSANDRA RODRIGUES DOS SANTOS

**A CAMINHO DO ABISMO: AS CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS DO USO DO ÁLCOOL
PARA USUÁRIOS HOMENS QUE FAZEM TRATAMENTO NO CAPS-AD EM
FORTALEZA**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.
Orientador (a): Prof. (a) Esp. Adryana Estácio Trummer.

FORTALEZA – CE
2017

ALESSANDRA RODRIGUES DOS SANTOS

A CAMINHO DO ABISMO: AS CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS DO USO DO ÁLCOOL
PARA USUÁRIOS HOMENS QUE FAZEM TRATAMENTO NO CAPS-AD EM
FORTALEZA

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos (as) professores (as).

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Adryana Estácio Trummer
Orientador (a)

Prof. (a)Ms. Meirejane Cardoso Gomes.
Faculdade Ratio

Prof. (a) Ms. Virzangela Paula Sandy Mendes
Faculdade Ratio

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às assistentes sociais Meryana Leite, Ana Paula de Lima, Riana Gomes da Silva e Carmem Terezinha de Lima.

À coordenadora do CAPS (AD), SER IV, Ana Márcia Borges.

À coordenadora do CAPS (AD), SER Marília Rodrigues, pelo acolhimento e a atenção que me dedicou no momento em que precisei durante o período acadêmico de estágio.

A todas as minhas professoras e professores, que participaram deste processo ímpar da minha vida.

Às minhas amigas de faculdade, Socorro, Silverlene, Fernanda e Vania, pela força e pela motivação que vocês me passaram durante este percurso.

À minha orientadora Adryana Estácio Trummer, por toda a dedicação durante este processo.

E ainda aos usuários do CAPS (AD) SER IV, que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Por fim, um agradecimento em especial eu direciono ao Antônio Lopes, por toda a sua compreensão, dedicação e amor.

Minha eterna gratidão a todos(as)!

“Com o tempo, você vai percebendo que, para ser feliz, você precisa aprender a gostar de você, a cuidar de você e, principalmente, a gostar de quem também gosta de você”.

Mário Quintana

RESUMO

Este trabalho foi elaborado com o objetivo de compreender as consequências sociais do uso do álcool para os usuários homens que fazem tratamento no CAPS-AD, localizado em Fortaleza, no Ceará. O alcoolismo é considerado uma doença que atinge não somente aqueles que dele fazem o uso, mas também o familiar que convive diariamente com o usuário, sejam filhos, esposas, pais e aqueles que têm uma relação de proximidade com o dependente dessa substância. Dentre os objetivos que nortearam esta pesquisa estão entender o papel da família no tratamento do uso de álcool e verificar como se dá a relação de codependência dos familiares com o sujeito alcoolista. Como forma de alcançar os nossos objetivos, traçamos um caminho metodológico com o auxílio de técnicas de coleta de dados e instrumentos. A nossa pesquisa de campo foi realizada em um CAPS AD SER IV, que tem a modalidade de atendimento das 8:00 às 17:00 horas, situado na cidade de Fortaleza-CE. A pesquisa foi de natureza qualitativa, com a finalidade de coletar as falas de usuários homens e de familiares que fazem tratamento na instituição referida. A técnica de coleta de dados se deu através da entrevista semiestruturada realizada com homens e a outra com familiares de pacientes que fazem tratamento no CAPS.

Palavras-Chave: Alcoolismo. CAPS-AD. Família.

ABSTRACT

This study was developed with the objective of understanding the social consequences of alcohol use for male users who are being treated at CAPS-AD, located in Fortaleza, Ceará. Alcoholism is considered a disease that affects not only those who make use of it, but also the family member who lives daily with the user, be they children, wives, parents and those who have a relationship of proximity to the dependent of that substance. Among the objectives that guided this research are to understand the family's role in the treatment of alcohol use and to verify how the relationship of codependency of the family with the alcoholic subject occurs. As a way to achieve our objectives, we draw a methodological path with the help of data collection techniques and instruments. Our field research was carried out in a CAPS AD SER IV, which has the assistance modality from 8:00 am to 5:00 p.m, located in the city of Fortaleza-CE. The research was qualitative in nature, with the purpose of collecting the statements of male users and family members who are treated at the referred institution. The technique of data collection was done through the semi-structured interview with men and the other with relatives of patients who are being treated at CAPS.

Keywords: Alcoholism. CAPS-AD. Family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA - Alcoólicos Anônimos

BID - Banco Interamericano do Desenvolvimento

CF - Constituição Federal

CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CID - Classificação Internacional das Doenças

CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool

ECA - Estatuto da Criança e Adolescente

OIT - Organização Internacional dos Trabalhadores

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD - Política Nacional Antidrogas

PNAS - Política Nacional de Assistência

SAS - Secretaria de Atenção a Saúde

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SESI – Serviço Social da Indústria

SINAD - Sistema Nacional Antidrogas

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 O ALCOOL NA HISTÓRIA, BREVE HISTÓRICO	14
2.1 Alcoolismo no Brasil, breve relato	16
3 O ALCOOLISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	20
4 4 QUANDO O ESTADO ENTRA EM CENA: O ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL	27
4.1 Políticas para usuários de álcool e outras drogas	29
4.2 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) como estratégia de tratamento	30
5 FAMÍLIA OU FAMÍLIAS? UM PANORAMA CONCEITUAL	34
5.1 Laços de Família: a família e a relação de codependência	39
6 ANÁLISE DAS FALAS	42
6.1 Breve perfil dos entrevistados	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	51
ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas é uma prática milenar, presente em diversas culturas, sociedades e épocas. Seu uso não estava apenas restrito a fins festivos, abrangendo ritos religiosos e terapêuticos (CRIVES e DIMENSTEIN, 2003). O vinho e a cerveja já eram usados por volta de 6.400 anos A.C. e os usos de substâncias alucinógenas ou anestésicas faziam parte de rituais e reuniões sociais das tribos nativas nas Américas há mais de 7.000 anos. Entretanto, o consumo abusivo, nas últimas décadas, ganhou dimensões alarmantes, sendo causa de graves consequências.

A escolha do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) como campo de pesquisa ocorreu a partir de um contato prévio com usuários de álcool e outras drogas, no período de estágio obrigatório, durante um ano, quando percebemos o empenho e a dedicação da equipe multidisciplinar em fazer com que aqueles usuários pudessem se recuperar, conquistar sua autonomia e resgatar a autoestima.

As políticas direcionadas para os usuários de álcool no Brasil são recentes, mas vemos como de extrema importância, pois, até então, os alcoolistas só tinham como apoio o grupo comunitário de Alcoólicos Anônimos (AA).

Anteriormente, até a década de 1970, os usuários de álcool e outras drogas psicoativas eram identificados como criminosos ou doentes mentais, sendo proposto, para o seu tratamento, *a priori*, a reclusão em hospitais mentais, tendo como meta a recuperação e o disciplinamento dos corpos. Araújo *et al.* (2003) explicam que umas das primeiras ações iniciadas no país foi no ano de 1940, com a criação do “Pavilhão de Alcoolistas” em um hospital psiquiátrico no Sul do Brasil. Essa iniciativa foi importante, pois o alcoolismo passou a ser identificado com características particulares, que se diferenciavam dos distúrbios mentais.

Essa realidade ganha novas dimensões a partir de 2001, quando a Lei nº 10.216 estabeleceu o progressivo fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a substituição por leitos em hospitais gerais, contribuindo para a desospitalização de pacientes que outrora ocupavam esses leitos, entre eles os usuários de álcool e outras drogas. Em 2002, a Portaria GM nº 336 regulamentou a criação dos Centros de Atenção Psicossocial. Esses surgiram como substitutos dos hospitais psiquiátricos, com os objetivos de reabilitar e reinserir pacientes com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas.

Para que essa lei fosse aprovada, houve reivindicações por parte de profissionais da saúde e familiares de pacientes que se encontravam em regime de internamento em hospitais psiquiátricos, os quais, cansados de presenciar tantos maus tratos, resolveram se unir com o objetivo de melhorar a vida desses pacientes e promover um tipo de atendimento que os mantivessem mais próximos das famílias e da comunidade.

É a partir desse processo de luta que surge, em fevereiro de 2002, a Lei nº 10.216, com o objetivo de proteger os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e dar uma nova direção à assistência em saúde mental. Com isso, a partir desta lei, atualmente existem várias modalidades de CAPS no Brasil: CAPS I, II e III, para pacientes com transtornos mentais graves; ainda, o Centro de Atenção Psicossocial Infância Juvenil (CAPSi) para infância e adolescência e o CAPS AD para usuários de álcool e drogas (BRASIL, 2004, p. 22).

Ao longo da nossa pesquisa, identificamos autores que trabalham com a dependência alcoólica como problema de saúde pública. O primeiro a trabalhar com a perspectiva da dependência como doença foi o médico sueco Magnus Huss, em 1840 (LIMA, 2008, p. 14).

No desenvolvimento deste trabalho, utilizamos as análises de alguns autores, como Danda Prado e José Mauro Braz de Lima, que possibilitaram o aprofundamento de pesquisas sobre família e alcoolismo, contribuindo para o conhecimento das problemáticas que possam envolver essas categorias.

Para alcançarmos o exposto, não nos limitamos apenas a leituras bibliográficas, mas utilizamos diversos recursos, entre eles vídeos e matérias na internet, nos quais pessoas relatam que perderam tudo que tinham, família, amigos, empregos, culminando com a perda da identidade como ser humano, chegando ao extremo de vivenciar a situação de rua.

Foi o contexto mencionado que deu o título deste trabalho, de modo que fizemos uma relação dessas vítimas que literalmente foram a “caminho do abismo”, como diz uma expressão popular e chegaram ao “fundo do poço”. Alguns conseguiram se erguer; outros, porém, sucumbiram nesse abismo.

A finalidade que se funda neste ensaio é compreender as consequências sociais do uso do álcool para os usuários homens que fazem tratamento no CAPS-AD, localizado em Fortaleza no estado do Ceará.

Entre algumas consequências supracitadas estão os conflitos familiares, perda de emprego, acidentes de trabalho, problemas sociais, psicológicos, biológicos e acidentes de

trânsito, entre outros. Nesse contexto, identificar as principais circunstâncias que levam os homens a fazerem uso de álcool e os principais problemas ocasionados pela dependência dessa substância são nossos objetivos.

O alcoolismo é considerado uma doença que atinge não somente aqueles que dele fazem o uso, mas também o familiar que convive diariamente com ele, sejam filhos, esposa, pais e aqueles que têm uma relação de proximidade com o dependente dessa substância. Nós traçamos também como objetivos específicos entender o papel da família no tratamento do uso de álcool e verificar como se dá a relação de codependência dos familiares com o sujeito alcoolista.

Como forma de alcançar os nossos objetivos, traçamos um caminho metodológico com o auxílio de técnicas de coleta de dados e instrumentos que nos possibilitaram o alcance dos objetivos almejados. A nossa pesquisa de campo foi realizada em um CAPS AD que tem a modalidade de atendimento das 8:00 às 17:00 horas, situado na cidade de Fortaleza, não sendo mencionado o endereço da instituição, devido o compromisso de manter o anonimato do equipamento de saúde, no qual foi realizada a pesquisa.

A busca de coletar relatos dos usuários de álcool que fazem tratamento no CAPS AD e de familiares, e compreender as consequências sociais do álcool para eles, levou-nos a optar pela pesquisa de natureza qualitativa, pois, segundo Minayo: “Ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2002, p. 21-22). Com base nessa autora, buscamos extrair da fala dos sujeitos pesquisados os relatos de suas vivências do cotidiano, onde eles são os próprios atores dessa realidade.

Antes de irmos ao campo, buscamos adquirir conhecimentos a respeito do tema pesquisado, através da pesquisa biobibliográfica. De acordo com Marconi e Lakatos (2010, p. 57), “a pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, etc.” Desse modo, consultamos artigos científicos, monografias e livros que abordam as duas categorias estudadas, como alcoolismo e família.

Como passo seguinte da pesquisa, fomos ao campo a fim de observar os acontecimentos, as emoções e obter os relatos dos entrevistados. Para Marconi e Lakatos (2010, p. 69), a

“pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar [...]”. Concordamos com Cruz Neto (1995, p. 53 *apud* MINAYO, 1992) quando explica que “concebemos campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz e termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação”.

Como técnica de coleta de dados, usamos a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram aplicadas aos usuários homens que fazem tratamento na instituição já mencionada, com o intuito de sabermos as consequências do uso do álcool por eles e identificar as principais circunstâncias que os levaram a fazer uso dessa substância. E a outra entrevista foi aplicada aos familiares, não especificamente desses usuários entrevistados, mas a escolha dos familiares se deu de forma aleatória, tendo somente como critério a relação dessa com um dependente da substância tematizada.

Inicialmente, nosso intuito era de obter dez falas, mas a própria complexidade do campo reduziu nosso número. Entre os desafios que nos levaram à redução do número de entrevistados, está a dinâmica institucional, visto que nos foi dado apenas um dia na semana para realizá-las e, no dia em questão, há poucos usuários no equipamento.

Para resguardarmos os entrevistados, optamos por usar pseudônimos. Escolhemos não nomes próprios, mas sentimentos que estão relacionados ao uso de álcool. Assim, dividimos os sentimentos entre positivos e negativos, pois todos estão relacionados.

Na pesquisa de campo, além da entrevista, tomamos como técnica de coleta de dados a observação direta não participante. Portanto, a observação não participante “consiste apenas em ver e ouvir, mas também examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar” (MARCONI e LAKATOS, 2007, p. 88). Ainda de acordo com esses autores, nesse tipo de observação o pesquisador “presencia o fato, mas não participa dele; não se deixa envolver pelas situações; faz o papel de espectador. Isso, porém, não quer dizer que observação não seja consciente, dirigida, ordenada para um fim determinado” (IDEM, p. 90).

Assim, fomos convidados a participar de um encontro com o grupo de direitos sociais e famílias, organizado pela assistente social do CAPS-AD. No momento, discutiram-se os direitos na educação. Tivemos a oportunidade de interagir e observar a dinâmica de grupo do CAPS-AD.

A presente pesquisa encontra-se dividida em três capítulos. Após esta introdução, o segundo capítulo, intitulado “O caminho do álcool na história: padrões e conceitos”, encontra-se dividido em subtópicos: “o alcoolismo como problema de saúde pública” e os “impactos do alcoolismo vivenciados pelos usuários”. No referido capítulo, trabalhamos o conceito de álcool em diferentes culturas e como esse padrão mudou ao longo dos tempos, até se tornar um problema de saúde pública. Abordamos também os impactos do alcoolismo vivenciados pelos usuários homens que fazem tratamento no CAPS AD, em Fortaleza.

No capítulo seguinte, “Quando o Estado entra em cena: o Estado e as políticas públicas para o usuário de álcool”, trabalhamos a política pública para usuários de álcool no Brasil e o CAPS AD como uma estratégia de tratamento, tendo como base o autor José Mauro Bráz de Lima, que nos deu subsídio para a construção desse referido capítulo, com o livro *Alcoolologia - o alcoolismo na perspectiva da Saúde Pública*. Adotamos também artigos que fazem referência a essa temática.

Como já explicamos, o papel da família é de suma importância no tratamento e na recuperação do dependente químico. Com isso, o capítulo “Família ou Famílias: um panorama contextual” resgata os conceitos e a construção social de família, com base nas leituras de Danda Prado, e as análises histórico-antropológicas de Engels, com o objetivo de discutir a relação de codependência e participação da família no tratamento.

Este trabalho teve como base os princípios éticos e legais, obedecendo aos protocolos de autorização por parte da Coordenadoria De Gestão do Trabalho e Educação Na Saúde (COGETS), mediante termo de autorização para a realização da pesquisa. E no que diz respeito aos entrevistados, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que os mesmos assinassem. Ainda como garantia ética, os nomes foram trocados por pseudônimos, a fim de manter o anonimato dos participantes.

2 O ALCOOL NA HISTÓRIA, BREVE HISTÓRICO

Desde os primórdios da humanidade que os homens vêm fazendo uso de substâncias que agem no sistema nervoso central, alterando as funções normais desse sistema, seja em ritos culturais, religiosos ou comemorações e o seu consumo e padrão de uso está ligado à expressão do contexto cultural, contexto econômico e social. Segundo Lapate (2001), desde as eras primitivas os homens buscavam o uso de frutas fermentadas, possuidoras de teor alcoólico, para fins diversos, como relaxamento, prazer e anestésico.

Todas as sociedades conhecidas usaram substâncias que alteram a percepção da realidade. Algumas sociedades estabeleceram normas de proteção individual e/ou coletiva, como forma de controlar o uso e prevenir danos e padrões de uso os mais variados.

As bebidas com teor alcoólico surgiram a partir de mistura de grãos, através da fermentação natural, e essas eram feitas manualmente. Segundo Garotoni (2008, p. 14), “a primeira poção alcoólica foi preparada na China, por volta do ano 8000 a.C. A análise de jarros encontrados em Jiahu, no norte do país, mostrou que eles continham um drinque feito de arroz, mel, uvas e um tipo de cereja, tudo fermentado”. Acredita-se que o seu teor alcoólico era mais baixo, devido serem usados produtos naturais na fabricação, o que diferencia da produção nos dias atuais.

O padrão do uso de drogas, especificamente a tematizada, como já citamos, é cultural e histórico. Cada sociedade define os limites do uso de tais substâncias, seja ela usada de forma mais controlada ou de uma forma mais livre. Há cerca de 2.200 anos A.C, há registros do uso e da proibição da cerveja, que passou de um tônico para mulheres à “perdição da alma”. As referências do uso de bebidas alcoólicas também são encontradas em livros de natureza religiosa. No Antigo Testamento da Bíblia Cristã, encontramos a seguinte passagem em Gênesis, cap. 9, versículos 20-21: “Noé começou a cultivar a terra e plantou uma vinha. Então bebeu do vinho e embriagou-se [...]” Em Genesis 19, versículos 30-38, Ló é embriagado por suas filhas, que com ele praticam atos incestuosos.

Mesmo na antiguidade, o uso do álcool em algumas culturas já era controlado e em outras era mais livre, poderiam beber até se embriagar sem restrições. Segundo Silva (2008, p. 9), “existem sociedades como a ocidental que aceitam e até mesmo estimulam o uso do álcool. Por outro lado, nas culturas mulçumanas, o consumo dessa substância é absolutamente condenado e

proibido, diferentemente da maconha, que é em geral tolerada.” Segundo Edwar Mac Rae (NUTE, p. 30), “cabe lembrar, ainda, que uma das poucas ocasiões em que o uso de drogas foi visto como ameaça à sociedade foi na Idade Média, quando membros do clero consideravam-no como pecaminoso e relacionado á bruxaria”.

Segundo Foucault (2003), os gregos utilizavam a comida, bebida e sexo como formas de obter prazer, satisfazer as necessidades do corpo com o prazer era um ato de sabedoria, desde que fossem feitos com equilíbrio. Para Bertoni (2003, p. 2), “o desejo de descobrir sensações novas e prazerosas está presente nos seres humanos. Gostamos de sentir prazer e o buscamos das mais variadas formas. Não só o buscamos, mas estamos expostos a ele [...]”.

O solo e o clima na região da Grécia eram especialmente ricos para o cultivo; assim, houve cultivo de uva para a produção de vinho. Os gregos também se especializaram na produção da fermentação de mel e cevada, mas o vinho continuava sendo a bebida mais apreciada por eles. No antigo Egito, a cerveja e o vinho tinham importâncias medicinais e os povos acreditavam na eliminação de germes e parasitas através das bebidas citadas. Na Idade Média, ocorreu o crescimento da fabricação de vinho e cervejas, o que fez surgir uma regulamentação. A religião nesse período teve grande destaque na transformação dos padrões de uso, pois o uso abusivo destas bebidas passou a ser considerado pecado (BOFF, 2004).

A princípio, o uso do álcool não era considerado um problema. O seu uso tornou-se problemático principalmente após a revolução industrial, quando ocorreram várias transformações na sociedade, inclusive no tocante ao padrão do uso de álcool. Para Bertoni (2009, p. 269), “A partir da Revolução Industrial, registrou-se um grande aumento na oferta de destilados. O maior consumo, conseqüentemente, gerou um aumento das pessoas que passaram a apresentar algum tipo de problema devido ao uso excessivo do álcool”.

Segundo Araújo Lima (2014, p. 42), “A partir da produção industrializada, o teor de álcool nas bebidas foi elevado e, conseqüentemente, as complicações também. Antes, podíamos dizer que as bebidas eram consumidas mais em celebrações e festas para comemoração de algo e/ou alguma data especial”.

Durante o século XX, alguns países elaboraram uma legislação mais rígida no tocante ao uso de álcool. A França regulamentou idade mínima para uso de bebidas alcoólicas, os Estados Unidos decretaram a Lei Seca. A Lei Seca proibiu a fabricação, venda, troca, transporte,

importação, exportação, distribuição, posse e consumo de bebida alcoólica e foi considerada por muitos um desastre para a saúde pública e economia americana.

No período da 2ª Guerra Mundial, o uso do álcool influenciava no *front*. A graduação alcoólica da cerveja alemã diminuiu de 4,8% para 1,2% nesse período e, em 1944, a Alemanha parou de fabricar cerveja. Durante a Guerra Fria, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) usava o álcool como arma. Os soviéticos desenvolveram comprimidos que impediam a embriaguez. O intuito era que os espões russos tomassem os comprimidos quando fossem beber com diplomatas americanos que, completamente bêbados, acabariam revelando segredos de Estado (REVISTA SUPER INTERESSANTE, 2008).

No ano de 1952, o uso abusivo de álcool passou a ser tratado como doença, com a primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) (KALINA, 1999). Nos anos de 1960, o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde à Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª. Conferência Mundial de Saúde.

2.1 Alcoolismo no Brasil, breve relato

No Brasil, no período colonial, os nativos já utilizavam bebidas e outras substâncias que causavam alterações no sistema nervoso. Eles utilizavam, principalmente, a mandioca, aipim, milho, abacaxi, entre outras frutas e raízes. A produção de bebidas ficava a cargo das jovens índias e os homens não tinham participação no processo produtivo. Os colonos portugueses conviveram com a bebida nativa, que ora os conduzia à embriaguez (RAMINELLI, 2005).

O uso de bebidas pelos nativos não se dava de forma aleatória e irresponsável. Bebiam em ocasiões determinadas, durante os rituais, no nascimento de um novo membro da tribo, em busca de alcançar dimensões divinas, na época dos trabalhos agrícolas ou como forma de obter prazer. O uso indiscriminado que levava à embriaguez não era condenado, sendo inclusive bem visto, desde que esses atos de embriaguez não levassem o indivíduo a romper os laços com a comunidade (FIDELIS DIAS, 2008).

Continua Fidelis Dias (2008) ao afirmar que, durante os rituais de passagem, em festas e em momentos que antecedem as guerras, o uso do álcool possuía condições terapêuticas. As

propriedades medicinais eram parte do processo de utilização, no tratamento de picadas de cobras e outras doenças.

Assim, podemos concluir, segundo as análises de Fidelis Dias, que o álcool e outras drogas não eram vistas como problema moral ou motivo de vergonha; possuíam uma dimensão cultural e medicinal forte, sendo, inclusive, ferramenta de sociabilidade, pois o uso de bebidas pela manhã protegia o corpo contra doenças e espíritos invasores e possuía qualidades milagrosas (CASCUDO, 1983). Continuando a explicação das características medicinais do álcool, Figueiredo (2005) ressalta que, no período do século XVIII e XIX, médicos e boticários receitavam drogas de origem vegetal, vinhos, licores e aguardente como tônicos para problemas cardíacos, prevenção de tuberculose e cura de gripes.

Com a chegada da Família Real ao Brasil e o processo escravocrata, que utilizou, em sua grande maioria, mão-de-obra negra, bebidas como vinho e cachaça se popularizaram, ficando o vinho restrito à elite imperial e a cachaça às classes populares. Não tardou para a cachaça se popularizar no país e integrar-se aos hábitos alimentares brasileiros ((MEZAN ALGRANTI, 2005). Segundo Cascudo (1983), a cachaça é citada como um “tapa buraco” do estômago. Sobre seus efeitos, a população pobre e os escravos esqueciam o estômago vazio e os males da escravidão.

Ressaltamos que o uso do álcool não era apenas recreativo ou alimentício. O álcool também foi utilizado como estratégia de dominação. Seu uso diminuía a resistência e desestruturava planos de fuga ou revoltas dos negros e dos indígenas (GUIMARÃES E GRUBITS, 2007). Porém, havia também o desejo dos dominados pelo uso como forma de fuga de uma realidade que não era apreciada, a necessidade de busca por outra vida (LONDON, 1993).

O barateio da cachaça e sua popularidade geraram conflitos de ordem econômica entre os produtores portugueses de vinho e os produtores de aguardente, levando à sua proibição em 1649, ficando assim o uso restrito aos escravos e em Pernambuco. A Igreja Católica teve grande importância nesse processo, visto que não recriminava o uso de vinho, mas ligava o uso da cachaça a ações pecaminosas (MEIRA, 2010). Em 1660 e 1661 ocorreu a Revolta da Cachaça, iniciada por senhores de engenho. A Revolta culminou com a liberação do comércio em 1695 (CAETANO, 2008).

Ao longo dos séculos, as bebidas alcoólicas foram ganhando popularidade e se enraizando na cultura de diversas sociedades. A ascensão do modo de produção industrial, durante o século XIX, tornou acessível o uso de bebidas alcoólicas e elevou a produção. Como mencionamos em linhas anteriores, o álcool possuía uma dimensão cultural forte e, com sua produção em larga escala, ganhou campo dentro da economia. Segundo Lima (2006), essa popularização trouxe prejuízos à sociedade, visto que a dependência e o abuso tornam-se problemas de saúde e de segurança pública, principalmente durante o final do século XX.

Sem a pretensão de precisar todo o percurso histórico do álcool no Brasil, observamos que o uso de álcool e outras substâncias psicoativas sempre esteve presente na sociedade, seja a nativa ou portuguesa. Podemos perceber empiricamente essa presença nos textos literários, poemas, músicas, entre outros.

Nos dias atuais, o uso do álcool está banalizado no sentido do seu uso ser incentivado pela mídia e em letras de músicas ou frases criadas por cantores de bandas famosas, fazendo apologia ao uso dessa substância. Frases essas que se incorporam no imaginário social e criam a cultura do álcool entre jovens e adultos. Como exemplo, podemos citar as seguintes passagens: “é melhor viver embriagado do que iludido” ou “eu bebo sim, estou vivendo, tem gente que não bebe e está morrendo”.

Contudo, não queremos dizer que todas as pessoas que fazem uso de álcool se tornaram alcoólatras, pois existe a diferença entre o uso abusivo, dependência e o uso recreativo do álcool. Pois só o fato de beber não levará o indivíduo a se tornar dependente do álcool e, para chegar ao nível da dependência, são envolvidos vários fatores. Quem nos explica melhor a diferença entre uso social e uso nocivo é Xavier Silveira e Doering-Silvera (NUTE, p. 101). Uso recreativo: uso de uma droga, geralmente em circunstâncias sociais, sem implicações com dependência ou outros problemas relacionados. Uso nocivo: evidência clara de que o uso pode ser responsabilizado (ou contribuiu consideravelmente) por algum dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento. O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou então tem ocorrido repetidamente dentro de um período de doze meses. Uma pessoa somente será considerada dependente se o padrão de uso resultar em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais, ao longo dos últimos doze meses: dificuldades em controlar o uso, seja em termos de início, término, seja no nível do consumo. Na dependência, o usuário utiliza a droga geralmente de forma frequente e excessiva, com prejuízos dos vínculos afetivos e

sociais. Não consegue parar quando quer. Complementa Olievenstein (1984 *apud* ACSELRAD, 2005, p. 199):

O problema da droga não existe em si, mas resulta do encontro de um produto, uma personalidade e um modelo sócio-cultural. Isto quer dizer que qualquer pessoa, a qualquer momento, pode encontrar um produto tóxico em seu caminho, mas sem dúvida, a maioria das pessoas que experimentam drogas, uma ou algumas vezes, não se tornarão doentes. Isso significa dizer que, diante da droga, não existe um destino “igual para todos”.

Na idade moderna, o álcool deixou de ter fins puramente culturais e passou a ser utilizado como refúgio. O desenvolvimento das forças produtivas apresenta o ser humano como mercadoria e o álcool passou a ser um empecilho para a produção. Logo, o uso dessa substância se tornou um problema social.

É nesse contexto sócio-histórico que o álcool ganha uma nova dimensão, impactando na vida cotidiana das cidades, das famílias, dos indivíduos, levando a consequências psicossociais ao gerar dificuldades na constituição de projetos e planos de vida. Ao entregar-se ao uso nocivo e abusivo do álcool, aos olhos da sociedade, o indivíduo se torna arruinado, desacreditado, improdutivo para um sistema econômico-social que impõe padrões de produção, consumo e valores morais.

As relações econômicas e de classe estão fortemente ligadas ao uso de bebidas alcoólicas. Segundo estudos da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), quanto menor a renda salarial, maior o consumo de álcool: “Na classe E, 71% bebem de forma exagerada; na C, o índice é de 60%; na B de 56% e na A de 45%. A lógica se repete quando se analisa o crescimento do consumo excessivo entre os diferentes grupos sociais. Quanto menor a renda, maior o consumo [...] (ESTADÃO, 2013).

Levando em consideração a relação econômica e o uso de álcool, podemos identificar alguns aspectos relevantes no estudo sobre o tema no Ceará. No ano de 2012, o estado fechou o ano com um aumento de 3,56% do Produto Interno Bruto (PIB). No mesmo ano, o Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) coloca o Ceará como o segundo estado em números de óbitos causados por uso de álcool. Esse aumento na produção repercutiu nas classes sociais, onde se nota um crescimento no período de 94% da classe C e D que, segundo os dados elencados acima, são as classes que mais consomem álcool. Trataremos, no capítulo seguinte, dos aspectos doentes do álcool, o álcool como problema de saúde pública.

3 O ALCOOLISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O termo alcoolismo foi proposto inicialmente pelo médico sueco Magnus Huss no século XIX, quando o uso excessivo de álcool estava relacionado à doença. O mesmo autor definiu o alcoolismo como sendo “um conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas psíquica, sensitiva e motora, observadas nos sujeitos que consumiam bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva” (VAILLANT, 1999).

No início do século XIX, em algumas regiões da Europa e nos Estados Unidos, já era possível associar o beber excessivo a um problema de saúde pública, e o alcoolismo como doença, devido ao seu uso abusivo, que estava relacionado a vários problemas de saúde. Era preciso levar em consideração que os dependentes de álcool necessitavam de um olhar diferenciado, no sentido de que o seu contato com a substância poderia lhes ocasionar consequências como a intoxicação e o uso descontrolado (LARANJEIRA e PINSKY, 2005).

Compreendemos que o alcoolismo como problema de saúde pública não ocorreu de forma súbita, mas, para que chegasse a tal ponto, houve um processo histórico envolvendo alguns fatores que contribuíram para que o uso do álcool se tornasse uma situação problemática que assola não somente o alcoolista, mas também aqueles que fazem parte do seu convívio. A popularização das bebidas alcoólicas, com a produção em larga escala e uma distribuição mundial, são fatores que ao nosso ver contribuíram para tal processo.

Outro fator que contribuiu para a modificação do padrão do uso do álcool foi a concentração do teor alcoólico nas bebidas, que passou a ser maior, e com o surgimento das indústrias e a produção mecanizada o preço caiu bastante, colaborando para facilitar que mais pessoas viessem a ter acesso a esse produto. Outro fator que deve ser considerado é o processo de migração de pessoas que deixaram a zona rural e passaram a viver em zonas urbanas, o que mudou a forma como as pessoas se relacionam (LARANJEIRA e PINSKY, 2005).

Percebemos que, além desses fatores, existe outro fator que tem um grande poder ideológico de incentivo ao uso de bebidas alcoólicas: as propagandas, que através da mídia tentam passar uma imagem associada ao álcool de solução para todos os problemas. Conforme Lima (2008), os gastos com publicidades e propagandas no ano de 2006 pela produtora de cervejas Ambev ultrapassaram os R\$ 800 milhões. Em 2013, os gastos alcançaram a marca de R\$1,8 bilhões. O investimento em publicidade tem um retorno; no Brasil, o crescimento do

consumo de bebidas alcoólicas levou-nos a ocupar o posto de quarto maior produtor e consumidor de bebidas do mundo, sendo o primeiro na produção de cachaça (LIMA, 2008).

Para diversos autores, o alcoolismo é considerado um problema de saúde pública, tendo em vista que é considerado uma doença. Assim, o uso nocivo e abusivo do álcool poderá acarretar ao usuário problemas de imediato e/ou a longo prazo. Bertoni (2009) nos explica que o alcoolismo é um assunto que gera polêmicas e, ao mesmo tempo, instiga a busca de conhecimentos sobre a temática, apesar do pouco que foi produzido cientificamente ao longo da história.

Foi somente nos anos 60 que o alcoolismo entrou no *hall* internacional da saúde, designada, como já citamos, como CID-8. Nos anos 90, foi desenvolvida a CID-10, para registrar as estatísticas de mortalidade e morbidade, passando o alcoolismo a ocupar o código F10. Os problemas de saúde referentes ao álcool, encontrados no grupo F10, enquadram-se mais na área de saúde mental, e é por isso que Lima (2008) faz algumas críticas ao CID 10, pois, segundo esse autor, existem diversas doenças relacionadas ao alcoolismo.

O autor reconhece que o alcoolismo faz parte da saúde mental, mas não está e não deve ficar restrito a essa esfera. É muito importante que outras patologias em relação ao alcoolismo sejam reconhecidas e consideradas, para que assim tenhamos resultados significativos quanto à questão do alcoolismo enquanto doença.

Entre os autores que abordam o uso abusivo de álcool como problema de saúde temos Griffith Edwards e Milton Gross Edward que, em 1976, descobriram a Síndrome da Dependência de Álcool:

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido o consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associada ao forte desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar de suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso de droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância à droga e por vezes a um estado de abstinência física (OMS, 1993, p. 74).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012, 5,1% da carga global de doenças foram atribuídas ao consumo do álcool. Além disso, o uso nocivo do álcool matou 3,3 milhões de pessoas em todo o mundo no mesmo ano, contra 2,5 milhões em 2005. Continua OMS ao afirmar que mais de 200 doenças estão ligadas ao consumo de álcool, de acordo com o mesmo relatório.

Conforme Souza (2002, p. 08), “o alcoolismo é uma doença, já está comprovada cientificamente [...]” Não somente esse autor, mas os órgãos mundiais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), veem o alcoolismo como uma toxicomania:

Um estado psíquico e algumas vezes também físico, resultante da interação entre o organismo vivo e uma substância, caracterizado por um comportamento e outras reações que incluem sempre compulsão para ingerir a droga, de forma contínua ou periódica, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e às vezes para evitar o desconforto de sua abstinência. A tolerância pode existir ou faltar e o indivíduo pode ser dependente de mais de uma droga (OLIVEIRA e LUIS, 1997, *apud* OMS, 1970).

Percebemos empiricamente que o uso excessivo de álcool carrega muitos estigmas, preconceitos e discriminação, fazendo com que os indivíduos consumidores rompam seus laços familiares e formem novos a partir da afinidade de consumo. Além desse fator, o uso abusivo de álcool provoca a redução das habilidades do indivíduo para exercer atividades laborativas e suas funções sociais. Recai sobre os ombros dos indivíduos que compõem a sociedade, em especial os homens, objeto de nosso estudo, papéis pré-determinados e expectativas de cumprimento de determinadas funções, tais como trabalhar, o sustento da família, entre outras. Em geral, quanto mais grave e profunda a dependência, maior a probabilidade de prejuízos relacionados ao consumo (EDWARDS, 1999).

Podemos dividir os danos sofridos pelos usuários, conforme Stronach (2004), em imediatos e em longo prazo. Entre os danos imediatos estão envolvidos os acidentes, violência, agressões, mortes acidentais, entre outras. O portal de notícia da Globo (G1) publicou matéria no ano de 2014, onde destacava que o Brasil era o 5º país em número de mortes por uso de álcool entre os países das Américas, segundo as informações da revista *Addiction*. Registros apontavam que cerca de 80 mil mortes por ano, no Continente, eram decorrentes do uso de tal substância. O estudo analisou todas as mortes ligadas ao álcool entre 2007 e 2009 em 16 países da América do Norte e da América Latina (G1, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2012 foram registradas 6.944 mortes decorrentes do uso de álcool. O dado mais antigo do DATASUS sobre registros de mortes em decorrência do uso de álcool é de 1996. Nesse período foram 3.973 óbitos associados ao uso exagerado. Segundo o Jornal Estadão (2015), em referência aos dados do DATASUS, a cada 36 horas um jovem brasileiro morre por intoxicação ou alguma outra complicação decorrente do uso excessivo de álcool (ESTADÃO, 2015).

Segundo o Observatório do *Crack* da Confederação Nacional de Municípios (CNM), o número de mortes no país, devido ao uso de drogas lícitas e ilícitas de 2006 a 2010, utilizando os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do DATASUS, foi de 40.692 mortes. Dessas, 34.573 (84,9%) foram por causa do álcool. O Ceará confirmou nesta pesquisa 2.882 óbitos.

Já os danos em longo prazo são menos perceptíveis e estão ligados a aspectos clínicos, psicológicos e sociais. Seu risco decorre da não percepção dos acontecimentos e são muitas vezes silenciosos. Entre os fatores clínicos estão as doenças cardiovasculares, psiquiátricas, neurológicas, cancerígenas, entre outras. Os psicológicos são os transtornos mentais, depressão, fobias, alucinações; e entre os sociais podemos destacar os conflitos familiares, isolamento, problemas no trabalho e em relacionamentos. O consumo frequente também leva a um desgaste financeiro, principalmente nas camadas com menores salários.

O uso de substâncias alcoólicas também está relacionado aos excessos de violência, em geral doméstica e contra a mulher. Conforme Anelise Botelho, em artigo para o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA), em 52% dos casos de violência doméstica o agressor está sob efeito de substâncias alcoólicas. Continua a autora que o consumo de bebidas alcoólicas por parte das mulheres pode torná-las mais vulneráveis às situações de violência, inclusive quanto às situações de risco como doenças infecciosas, aumentando, por exemplo, a chance de contágio pelo vírus HIV. Toda e qualquer pessoa alcoolizada torna-se também vulnerável a crimes violentos:

O uso da substância conduz a crescentes índices de violência entre os familiares (e as crianças, neste núcleo, é a maior vítima). Profissionais não capacitados, instituições, escolas e empresas sem programas de prevenção têm colaborado a situações de violência generalizada (doméstica, sexual e social) (CISA, 2016).

Ao ingerir substâncias alcoólicas, o sistema nervoso passa a sofrer alterações em seu funcionamento. Geralmente ocorre a perda de concentração, avaliação da situação e equilíbrio. Decorrem desses fatores acidentes traumáticos ou não, sobre os indivíduos ou seus próximos, tais como: incêndios, quedas, acidentes de trânsito, cortes, entre outros (STRONACH, 2004).

A relação trânsito e bebida é uma relação de riscos. De acordo com Brasil (2015), um a cada quatro motoristas dirige após consumir bebidas alcoólicas, o que decorre em mortes e internamentos por acidentes. A violência no trânsito é uma das principais causas de mortes, no

Brasil. Entre os anos de 2010 e 2013, ocorreram mais de 313 mil internações decorrentes dessa relação. São gastos, por ano, em média, cerca de R\$ 60 milhões com dependentes do álcool. Em 2014, foram registradas 172.780 mil internações relacionadas a acidentes de trânsito.

Os impactos relacionados ao consumo em longo prazo não possuem estatísticas tão apuradas, mas seus impactos são iguais ou maiores aos usuários e seus próximos. No campo de trabalho é que percebemos a influência do álcool nas ações dos indivíduos. Para Campana (1997), a queda de produtividade, absenteísmo e acidentes possuem uma relação direta com o consumo. Segundo os dados do Serviço Social da Indústria (SESI, 2013), o uso afeta cerca de 15% dos empregados, aumenta em cinco vezes as chances de acidentes e é responsável por 50% do absenteísmo nas indústrias. Complementa CISA (2008) que:

O consumo de bebidas alcoólicas pode potencialmente diminuir a produtividade. O absenteísmo (faltas ao trabalho) associado com o uso e dependência de álcool representa um custo substancial para empregadores e para o Estado. Ademais, diversos estudos têm demonstrado a ligação entre uso abusivo de álcool e desemprego, com uma relação causal sendo estabelecida em ambos os sentidos, ou seja, com o uso abusivo de bebidas alcoólicas levando ao desemprego e com a perda de trabalho resultando em consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

De acordo com o SESI (2013), o Brasil está entre os cinco primeiros países do mundo em casos de acidentes de trabalho; entre os principais setores destacam-se: construção civil, industrial metalomecânica e eletroeletrônica. A média é de 500 mil por ano e, desses, 40 mil resultam em óbitos.

Segundo os cálculos do Banco Interamericano do Desenvolvimento (BID), o Brasil perde por ano US\$ 19 bilhões por absenteísmo, acidentes e enfermidades causadas pelo uso excessivo do álcool e outras drogas. Dados levantados pela Organização Internacional dos Trabalhadores (OIT) indicam que de 20% a 25% dos acidentes de trabalho no mundo envolvem pessoas intoxicadas por tais substâncias.

Em suas diretrizes, a OIT ressalta que o ambiente de trabalho deve ser considerado como lugar estratégico de implementação de ações preventivas de uso de álcool e outras drogas, pelo grande prejuízo causado à produção e à saúde do trabalhador (NIEL e JULIÃO, 2006).

Como afirmamos em linhas anteriores e contextualizando com o apresentado até agora, percebemos que o álcool é um facilitador da exclusão social. Reforça Gorgulho (2004) que o uso em excesso é uma das causas da desintegração social e de marginalização do usuário.

Complementa Edwards (1999, p. 72), na medida em que a bebida torna o indivíduo mais incapacitado, que há a tendência para conseguir empregos piores, passar períodos de desemprego, internações em hospitais e chegar até à prisão em alguns casos. E o contato com a família e os amigos é aos poucos rompido. Como acontecem com os problemas habitacionais e muitas outras complicações sociais, as pessoas mais abastardadas estarão mais protegidas por um período de tempo prolongado.

A partir do exposto, podemos inferir que há uma ligação causal entre pobreza, violência, situação de rua, entre outras expressões da questão social e do uso de álcool.

Ainda sobre a ruptura dos laços sociais que levam à exclusão, Fernandez (1998) assume como denominação desse a desocialização, definindo-a como processo dinâmico que vai tomando novos contornos, como o familiar, profissional, relacional.

A marginalização que mencionamos acima, assinala Gorgulho (2004), ocorre em uma das principais, se não a principal, instituição de tratamento: o sistema de saúde. O preconceito institucional¹ torna difícil o acesso e o tratamento de pessoas que vivem o alcoolismo, vistas como desprezo por sua condição e sofrendo com estigmas diversos, por posturas moralistas e valorativas.

O próprio termo que denominava os dependentes do álcool, alcoólatra, carregava a marca dessa postura moralista. Para Formigoni (2014, p. 16), o termo confere uma identidade e impõe um estigma que anula todas as outras identidades do sujeito, tornando-o tão somente aquilo que ele faz e que é socialmente condenado, não por fazê-lo, mas pelo modo como o faz. Em outros termos, não é a bebida em si, mas aquela pessoa que bebe mal, isto é, de modo abusivo, desregrado, que a leva à condição de ser socialmente identificada popularmente como “alcoólatra”, ou seja, quem “idolatra”, “adora” e se tornou dependente do álcool.

Além desse fator, existem outras barreiras no acesso e o diagnóstico. Um desses é o não reconhecimento do abuso de álcool como doença ou como problema transitório que o alcoolista pode parar o uso a qualquer momento. De forma geral, as dificuldades no diagnóstico precoce são resultados da falta de informação e o despreparo, seja de profissionais, familiares e/ou usuários (BRASIL, 2003). Para Nobrega (1996, p. 111), o alcoolismo é o transtorno menos diagnosticado entre as patologias mais comuns.

¹ É qualquer sistema de desigualdade que se baseia em preconceito de raça, etnia, classe social, entre outras, que pode ocorrer em instituições como órgãos públicos governamentais, corporações empresariais privadas e universidades (públicas e privadas).

Lima (2008) salienta que, no Brasil, o alcoolismo é visto pela ótica da saúde mental, desde entidades estatais até entidades filantrópicas. O Ministério da Saúde trata do problema quase que exclusivamente pela ótica da saúde mental, deixando de lado inúmeras questões diretamente ligadas ao uso/abuso do álcool que deveriam ser contempladas dentro de uma visão sistêmica (LIMA, 2008, p. 156).

Conforme Lacks (2002), o contato com a bebida ocorre ainda na adolescência. Sendo que o primeiro contato com sistema de saúde ocorre para solucionar problemas físicos, antes do problema com o álcool. Os problemas identificados pelo indivíduo ou pelos seus próximos estão relacionados ao uso e não ao alcoolismo em si.

As estatísticas geralmente focam nos aspectos físicos do uso de álcool e suas complicações de natureza imediata. Muitos dos agravos sociais e psicológicos não são vistos com relação ao uso de álcool, o que a nosso ver o torna um problema silencioso e muitas vezes fatal. Os problemas de natureza psicológicas e sociais não devem ser negligenciados.

Todos os agravos que citamos acima levam invariavelmente o alcoolista a um processo de fragilização e exclusão social, e os condicionantes visuais e culturais reforçam o preconceito e a discriminação, desenhando um perfil social de alcoolista. Diante de tudo que expomos, reforçamos o caráter de problema público do uso de álcool, campo onde o Estado é chamado a intervir com políticas públicas voltadas a esse segmento. Analisemos em seguida o papel do estado frente ao alcoolismo, uma das expressões da questão social.

4 QUANDO O ESTADO ENTRA EM CENA: O ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL

Antes de adentrarmos no universo das políticas públicas voltadas para os usuários de álcool, é necessário contextualizar o percurso histórico de sua construção e da formação do ideário de política enquanto direito. Não nos deteremos em detalhar o surgimento do Estado, mas fazer uma viagem na história das políticas de enfrentamento às refrações da questão social. Para tal, nosso referencial será pautado nas análises de Bering, Boschetti, Yasbeck, entre outros.

É consenso, entre as referidas autoras, que foi sobretudo no final do século XIX e no início do século XX, no contexto de eclosão do movimento reivindicatório dos trabalhadores europeus, que o Estado busca intervir sobre a questão social, rompendo com ideal liberal de mínimo estatal (BERING e BOSCHETTI, 2008).

O ideal liberal não via com bons olhos a intervenção do Estado sobre as refrações da questão social, visto que essa intervenção contribuía para a preguiça e incentivava o comodismo. Os mesmos defendiam (ou ainda defendem, se analisarmos a atual conjuntura política), a responsabilização do indivíduo por sua condição social. O bem estar dependia exclusivamente do indivíduo, visto que o livre mercado garantia a manutenção do trabalho e da economia, cabendo assim ao indivíduo buscar as condições de ascensão social.

Neste contexto de culpabilização individual da miséria, caberia ao Estado assegurar auxílio assistencial apenas aos incapacitados, pois esses não tinham condições de garantir sua própria sobrevivência. Entre esses, estavam as crianças, idosos e os deficientes. Em suma, o Estado ideal deveria ser neutro, invisível e legislar a fim de garantir a liberdade individual, a propriedade privada e o livre comércio. Como podemos observar nesse período, a incapacidade ao trabalho era a carteira de entrada no clube restrito da assistência social. Para Castel (1998, p. 86):

A pobreza e até mesmo a completa indigência não fornecem, absolutamente títulos suficientes para obterem os benefícios da assistência. São atendidos principalmente aqueles que não podem, por si mesmos, suprir suas necessidades, porque são incapazes de trabalhar.

As primeiras legislações de “proteções” aos pobres surgiram no século XIV, e eram legislações orientadas sobre um viés controlador e punitivo, com ares coercitivos. Para Polanyi

(2012), o fio condutor dessas legislações era obrigar os pobres à submissão e ao trabalho forçado, aceitando qualquer salário, e somente aqueles que não conseguiam trabalho eram atendidos pela assistência social. A concepção de preguiça e vagabundagem permeava essas legislações. Entre as principais legislações surgidas com essa linha de raciocínio, podemos destacar, sem nos prendermos às mesmas, o Estatuto dos Trabalhadores (1349), Estatuto dos Artesãos (1563), Leis dos Pobres Elisabetanas (1531 e 1601), Lei do Domicílio (1662) e a Nova Lei dos Pobres (1834).

As legislações de proteção pré-capitalistas começam a ruir no século XVIII, quando o contexto desfavorável com o crescimento vertiginoso da população, baixa colheita, falta de alimentos, consequências da industrialização forçada, que expulsou de suas terras diversos camponeses que foram forçados a migrar para as cidades, gerou a impossibilidade de manter os “projetos de proteção social” somente aos incapacitados, expandindo o horizonte para os empregados (PEREIRA, 2011).

Podemos inferir que muito dessa mudança tinha mais como finalidade a manutenção da mão de obra do que a caridade ou defesa do direito, pois a burguesia fabril necessitava de operários alimentados e saudáveis para executar suas funções e, ao mesmo tempo, barrar qualquer processo revolucionário da classe trabalhadora, como aconteceu na França.

Não podemos deixar de ressaltar que, nesse contexto de pobreza, fome e exploração, o uso de substâncias alcoólicas era frequente, tido como um remédio para os males do mundo capitalista, não obstante a revolução industrial, que permitiu, com seus avanços tecnológicos, a produção de bebidas em larga escala, tornando o álcool barato e acessível (BRAZ, 2008).

Em suma, as políticas sociais não possuem um marco de início na história, mas uma trajetória que é um processo permeado de lutas e contradições, vide o movimento Ludista e Cartistas, a Revolução de 1948, a Revolução Russa, entre outras que levam a marca de sangue e suor da classe trabalhadora. Para Bering e Boscheti (2008), as políticas sociais devem ser entendidas na relação de continuidade entre o Estado Liberal e o Estado Social, respectivamente nos séculos XIX e XX.

É, sobretudo durante o século XX, que vemos as maiores transformações no papel do Estado, frente à questão social, favorecendo a construção de um moderno conceito de proteção social, chamado de Estado de Bem-Estar Social ou no inglês *Welfare State*. Para Pinto (2015), o *Welfare State* trouxe a possibilidade de melhorias nas condições de vida da classe trabalhadora através do consumo em massa e o acesso ao emprego, o que foi possível devido à regulação

economia orientada pelo pensamento de Keynes, a qual consistia em manter um padrão salarial para o consumo.

Potyara (2011) analisa o *Welfare State* e suas políticas sociais como um complexo moderno de proteção social, pautado nos conceitos de seguridade e cidadania social. A mesma afirma que o Estado é parte integrante do sistema capitalista. Sobretudo, porque a criação do sistema de proteção social está relacionada à luta por maior igualdade e reconhecimento de direitos sociais; porém, o compromisso com as demandas do capital não se perde no horizonte. Em verdade, as políticas sociais são resultados de um processo dinâmico de luta pelo controle hegemônico de condução do Estado. Raichelis (2005, p. 59) complementa:

O que se verifica a partir dessas transformações é que a esfera pública não é mais apenas uma esfera exclusiva burguesa, o que não implica que o Estado de Bem Estar Social tenha deixado de ser um Estado Classista. No entanto, não pode funcionar exclusivamente como o comitê exclusivo da burguesia, na medida em que esse processo de deslocamento da luta de classes para a esfera pública cria condições para a publicização do Estado a partir da dinâmica contraditória da sociedade, permitindo a constituição dos sujeitos coletivos no seu interior.

As crises econômicas dos anos de 1970/80 produziram mudanças significativas na estrutura estatal, principalmente no que se refere às políticas públicas. Trataremos a seguir especificamente sobre as políticas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas.

4.1 Políticas para usuários de álcool e outras drogas

Diante do que foi exposto no capítulo anterior, sobre todas as implicações do uso do álcool para a sociedade, família e usuário, é natural imaginar que o Estado buscou intervir sobre o problema. Mas a verdade é que o mesmo se manteve ausente no quesito Políticas Públicas para usuários de álcool.

Inicialmente, as ações governamentais destinadas à questão das drogas no Brasil estavam voltadas as substâncias ilícitas, seguindo o modelo norte-americano. Somente nos anos de 1980, surgiram os primeiros órgãos governamentais designados à questão das drogas, resultado da Lei nº 6368/76.

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) foi criada no ano de 1998 e, para Oliveira (2004), sua criação expressava tanto o interesse do governo brasileiro em agir sobre as drogas

ilegais, tornando-as alvo de políticas públicas, como o interesse em mostrar em âmbito mundial que estava assumindo um compromisso com o combate as drogas.

Em 2000, o Sistema Nacional Antidrogas (SINAD) entra em operação, sendo-lhe atribuídas as atividades repressivas e preventivas do uso de substâncias ilegais. Salienta Oliveira (2004) que a redefinição da estrutura estatal para o enfrentamento da questão das drogas, a exemplo a coordenação e integração das ações, prevenção, tratamento e recuperação com reinserção social, que estavam nas mãos da Casa Militar da Presidência da República, passou ao Ministério da Justiça.

Assim como no início do século XX, período em que a questão social era vista como caso de polícia, o uso de substâncias ilícitas foi tratado inicialmente com repressão. Essa postura repressiva tomada por órgãos governamentais não levou em consideração que as substâncias ilegais não são as mais consumidas, nem as que geram mais dependência e que o uso e os riscos decorrentes é uma questão de saúde pública e de educação, era um questão de política e não de polícia (BUCHER, 1992 *apud* OLIVEIRA, 2004).

Um avanço significativo nesse tocante só é alcançado em 2001, com a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Essa teve uma abordagem mais ampla, não se reduzindo a abordagens repressivas e citando em alguns pontos as drogas lícitas. Podemos inferir, a partir das análise de Oliveira (2004), que o avanço na política se deve à participação da sociedade civil. O meio científico e a sociedade foram consultados a respeito do tema no I Fórum Nacional Antidrogas (OLIVEIRA, 2004).

4.2 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) como estratégia de tratamento

Como já mencionado anteriormente, os usuários de álcool e outras drogas psicoativas eram estigmatizados, tratados como criminosos ou doentes mentais, tendo como principal proposta de tratamento, a priori, a reclusão em hospitais mentais, tendo como meta a recuperação e o disciplinamento dos corpos.

Segundo Zanetti (2014), os manicômios e hospitais psiquiátricos recebiam pessoas de todo tipo, até aqueles que não sofriam de nenhuma doença mental, como homossexuais,

alcoólatras, mendigos e dependentes químicos. Os médicos tinham o objetivo de ganhar dinheiro com estes internamentos.

A partir da segunda metade do século XX, o psiquiatra Italiano Franco Basaglia iniciou uma crítica às formas de tratamento nos hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, inicia-se o movimento da luta antimanicomial. No Brasil, os profissionais de saúde mental junto com familiares de pacientes com transtorno mental se mobilizaram a favor da reforma psiquiátrica no país, e foram denunciadas as atrocidades cometidas contra os internados e também a precariedade das condições de trabalho dos profissionais da área.

Em parceria com essa luta, surgiu o movimento que visava à reforma psiquiátrica, que denunciava os manicômios e que propõe serviços de estratégia territorial. A partir desses movimentos, em 2001 surgiu a Lei federal nº. 10.216 e, conseqüentemente, a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2004, p. 11). A reforma psiquiátrica consistiu na mudança de atendimento de pessoas que sofrem com transtorno mental, um novo direcionamento da saúde mental com base no respeito à liberdade e aos direitos dessas pessoas.

Essa reforma é assegurada pela Lei 10. 216/201, fruto de uma luta que durou mais de 12 anos. Com a promulgação dessa lei, o modelo de tratamento vai se modificando paulatinamente, predominando o modelo de tratamento junto com a comunidade e a família, desprezando o modelo de reclusão e maus tratos. E o atendimento agora é direcionado aos CAPS, Residências Terapêuticas, ambulatórios, Hospitais Gerais. E quando há necessidade de internamento, os usuários são direcionados para hospitais gerais e CAPS 24horas (SECRETARIA DA SAUDE, 2016).

Após essa lei entrar em vigor, surgiu a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) em março de 2002, que regulamenta a portaria GM/336, criando no âmbito do SUS os “serviços de atenção para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2004, p. 25).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo-SP, Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004, p. 11). A partir do surgimento desse centro, vários outros foram criados em todo Brasil, em suas diferentes modalidades. Nos últimos anos no Brasil, é possível quantificar em todo o país 1.670 unidades de CAPS e 596

casas de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Nelas, moram pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS (BRASIL, 2013).

Segundo a Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento desses serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

“O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13).

O CAPS está inserido no território de muitas carências sociais. A maior parte da população se encontra em situação de vulnerabilidade social, enfrenta o desemprego e a violência urbana. O atendimento no CAPS AD da regional IV é destinado para pessoas em uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. Os usuários precisam residir no território da Regional e apresentarem idade acima de 18 anos. A instituição atende a todos os perfis socioeconômicos. Porém, a população que mais procura o serviço é formada de pessoas que se encontram em situação de pobreza ou extrema pobreza e, na sua maioria, homens.

Qualquer pessoa que se encontra com esse perfil pode procurar o CAPS, que é um serviço de saúde gratuito. Aquelas pessoas que se encontram com grande sofrimento psicológico que os impeçam de realizar suas atividades e que se vejam em condições de impossibilidade de realizar planos e projetos de vida, incluindo também as pessoas que sofrem com problemas relacionados com drogas e crianças e adolescentes com transtornos psicológicos podem procurar o serviço (BRASIL, 2004, p.15).

O CAPS-AD Alto da Coruja, local no qual realizamos nossa pesquisa, funciona de segunda a sexta, das 8:00 às 17:00. O primeiro atendimento pode ser por demanda espontânea ou encaminhamento de outras instituições. Ao chegar ao Centro, o usuário é atendido por um profissional de nível superior, que irá transmitir informações a respeito do tratamento e também escutar de forma qualificada as queixas e demandas desse paciente. Posteriormente, se ele aceitar

o tratamento, será aberto um prontuário e ainda traçado um plano terapêutico ou uma estratégia de tratamento. O usuário receberá um cartão contendo os grupos terapêuticos de que ele deverá participar e as consultas agendadas, tudo de acordo com a necessidade e a gravidade da situação que ele está vivendo.

5 FAMÍLIA OU FAMÍLIAS? UM PANORAMA CONCEITUAL

No presente capítulo, realizaremos uma incursão no conceito de família a partir de um resgate histórico sobre essa instituição. Em nosso ensaio, abordaremos autores que tematizaram sobre família em diferentes contextos, tais como Danda Prado, Engels e os conceitos jurisprudenciais presentes na Constituição Federal de 1988, Estatuto da Criança e Adolescente e Lei Maria da Penha.

As mudanças sociais produzem alterações na configuração, aceita como padrão, da família. É principalmente com a efervescência dos movimentos sociais, em destaque o movimento LGBT e sua luta por reconhecimento, que a família ganha o centro de vários debates sobre sua configuração. É comum ouvirmos sobre a “crise” da família ou sobre o fim da família.

Embora tenham ocorrido mudanças no conceito de família, trazendo à tona outras configurações, na sociedade capitalista a família nuclear burguesa se apresenta como um modelo padrão, inquestionável e imutável. Contudo, esse modelo traz consigo um conjunto de ideologias que serão impostas para a sociedade de uma forma bem natural e aceitável pela maioria dos indivíduos. No entanto, esse modelo constitui a base da dominação e repressão das crianças e mulheres. Os papéis estão bem definidos e inquestionáveis (REIS, 2004). Sabemos que esse modelo nem sempre existiu, foi construído ao longo do processo sócio-histórico, instituído com a finalidade de beneficiar uns em detrimento de outros.

Com o surgimento do modo de produção capitalista, as relações familiares se modificaram, definiram-se novos papéis, a mulher tinha como papel cuidar da casa e dos filhos, o homem deveria ser o provedor do lar. Ainda, a mulher deveria ser fiel ao seu marido e cuidar da educação dos filhos. Esse modelo é denominado como família monogâmica, fruto do modo de produção capitalista e do aparecimento da propriedade privada, diferindo da estrutura familiar da época da aristocracia.

Ponto polêmico, gerador de debates acalorados, para alguns o padrão familiar deve ser combatido, pois representa uma barreira ao desenvolvimento social e é o local de dominação masculina sobre a figura feminina, criadora de padrões de gênero. Para outros, o padrão familiar deve ser mantido, pois garante o fortalecimento social e a reprodução educativa da “moral e dos bons costumes”, fator que garante consenso social e impede a instalação do caos.

Nesse contexto sobre a importância da família no desenvolvimento social, Reis (2004, p. 100) afirma que a família tem “por função desenvolver a socialização básica numa sociedade que tem sua essência no conjunto de valores e de papéis”. Essa relação entre família e sociedade foi primeiramente estudada por Morgan e, posteriormente, complementada pelos estudos de Engels.

O Estado sempre esteve presente nessa discussão, organizando-a através das Leis. Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226: “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (BRASIL, 1988). Assim, vemos que o Estado brasileiro define família como a principal instituição, formadora dos alicerces sociais e esse deve garantir sua proteção, pois a perda das bases familiares trazem consequências para a sociedade.

Para nosso estudo, abordaremos a família sob seu aspecto legal. Sendo assim, utilizaremos o conceito geral segundo a Política Nacional de Assistência (PNAS, 2004).

O novo cenário tem remetido à discussão do que seja a família, uma vez que as três dimensões clássicas da sua definição (sexualidade, procriação e convivência) já não têm o mesmo grau de imbricamento em que se acreditava outrora. Nessa perspectiva, podemos dizer que estamos diante de uma família quando encontramos um grupo de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou solidariedade (PNAS, 2004, p. 42).

Em princípio, partiremos do pressuposto de que não existe família, mas sim famílias, e que essa é uma manifestação sociocultural. Segundo Prado (1985, p. 07), “A palavra família, no sentido popular e nos dicionários, significa pessoas aparentadas que vivem em geral na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. Ou ainda, pessoas de mesmo sangue, ascendência, linhagem, estirpe ou admitidos por adoção”.

Como afirmamos acima, compreenderemos família como uma construção histórico-social não acabada; por isso, ao compreendermos a família dessa forma, a desnaturalizamos, trazemos à luz sua estrutura e organização, trazemos à compreensão uma gama de determinações que são incorporadas, influenciando a constituição familiar, tais como: determinações econômicas, políticas e, como afirmamos, histórica e social (SANTANA, NOVAIS e SILVA, 2010, p. 01).

Família não é algo natural e tampouco uma criação divina, mas sim uma instituição construída pelos homens, e que cada época apresenta suas características de acordo com o processo social, histórico e cultural vigente. Nos dias atuais, temos o modelo de família monogâmica burguesa que se caracteriza com um padrão de hierarquia e conservadorismo, e ao mesmo tempo temos outras formações que se complementam e se contrapõem, podemos tratar

que há antagonismo entre os padrões familiares, visto que há famílias formadas por casais homoafetivos, mães solteiras que criam os filhos sozinha, avós que criam os netos, dentre outros modelos, famílias constituídas por afeto, entre outras (REIS, 2004).

Podemos observar essas incorporações na própria lei. A Lei n 11.340/063, art: 5 inciso II, abrange o conceito de família para além de um núcleo, sendo considerada família os membros da comunidade, que são ou se consideram aparentados. Visto que essa lei não afeta diretamente os recursos estatais, o conceito de família se tornou abrangente.

A instituição família vem apresentando novas configurações ao longo da história, e outras concepções surgem; e o que era considerado como família era apenas pai, mãe e filhos. Nos dias atuais, é possível visualizar outros tipos de famílias, dessa forma desmitificando o padrão imposto pela sociedade. Contudo, essas mudanças ocorrem de forma lenta como diz Sarti (2010, p. 23):

As mudanças são particularmente difíceis, uma vez que as experiências vividas e simbolizadas na família têm como referência, a respeito desta, definições cristalizadas que são socialmente instituídas pelos dispositivos jurídicos, médicos, psicológicos, religiosos e pedagógicos [...], essas referências constituem os “modelos” do que é e como deve ser a família, ancorados numa visão que considera como uma unidade biológica constituída segundo leis da” natureza”, poderosa força simbólica.

Com isso, percebemos que o poder ideológico do que seja uma família “normal” está enraizado na sociedade, mas que não é impossível quebrar esses paradigmas que perpassam essa instituição supracitada. Aos poucos, os preconceitos vão se desfazendo, e tudo isso só é possível através do conhecimento, pois é ele que abre os olhos da sociedade para uma nova perspectiva de mundo mais igualitário e livre de preconceito.

Prado (1985) afirma que, ao estudarmos a história, jamais encontraremos uma sociedade que tenha vivido à margem de alguma noção de família. Algumas sociedades, como a chinesa ou a israelense, com os *kibutzim*, buscaram novas formas de construção familiar e não romperam com a noção básica de família.

O padrão de família, que se generalizou na contemporaneidade e vem se afirmando ao longo dos anos, é produto da revolução burguesa. Essa constitui a forma mononuclear, ou seja, composta por pai, mãe e filho. Esse padrão redefine valores.

Com o desenvolvimento das forças produtivas e a necessidade cada vez maior de mão de obra operária nas indústrias, novos arranjos familiares vão surgindo. Mesmo não rompendo com o núcleo estabelecido pelo pensamento social burguês, pai, mãe e, posteriormente, os filhos

passam a ocupar lugares na fábrica. Vemos, nesse contexto, que há uma fuga do modo burguês de definir papéis familiares.

Esses novos arranjos dão origem a padrões mais flexíveis de família. Na contemporaneidade, podemos citar, além do chamado núcleo familiar, composto por pai, mãe e filhos, alguns arranjos familiares: Família Ampliada, Família Monoparental, Família Reconstituída, Família Homoparental, entre outras.

Podemos enfatizar como exemplo desses novos arranjos familiares mulheres que assumem a responsabilidade econômica do lar, por variados motivos; elas assumem o papel do homem como “chefe de família” (SARTI, 2010).

Na atualidade observamos que cada vez mais o conceito de família tem perdido um sentido único, devido aos diferentes arranjos familiares. Assim, à luz de Miotto (1997) não trabalhamos com família e sim famílias. Para a referida autora “a família passou a ser conhecida no plural, visando abarcar, dentro da concepção, a diversidade de arranjos familiares existentes hoje na sociedade brasileira”. Nesse sentido, a autora considera que: a família pode ser definida como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou lido) por laços consanguíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido (MIOTTO, 1997, p. 120).

Além de outras funções, a família tem o papel de direcionar o comportamento dos seus membros. Desde o seu nascimento, a criança é orientada pelos pais e é passado para ela um conjunto de valores e uma gama de ensinamentos. O pai e a mãe têm como papel educar a sua prole (REIS, 2004).

E esses ensinamentos irão depender da bagagem de conhecimentos que esses pais têm para transmitir aos seus filhos. Os ensinamentos serão transmitidos com base no contexto sócio-histórico, cultural e nos costumes adquiridos ao longo da vida.

A família é responsável pela formação do indivíduo como um cidadão, e essa formação se dá através de um conjunto de ideologias, o qual se inicia com a introdução no seio familiar do que seja um ideal de família a ser seguido, que no caso seria o modelo monogâmico, hétero e burguês. Essa ideologia é transmitida pelos pais em conjunto com outras instituições, como escola, igreja e televisão, que também é um aparelho ideológico de grande poder persuasivo (REIS 2004).

Segundo Prado (1985), as famílias primitivas se organizavam em torno da mulher: era a família matriarcal. A mulher ocupava lugar de destaque na medida em que havia adoração à capacidade reprodutiva e ainda porque essas “exerciam o controle das principais técnicas de sobrevivência” (PRADO, 1985, p. 56).

Em seu livro *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*, Engels (1984) resgata a construção da família a partir da produção material da vida. Para o referido pensador, a família não é uma construção divina e sim uma forma social de interação entre os indivíduos. Sua formação está ligada ao contexto histórico dos níveis de desenvolvimento das forças produtivas. Assim, quando o homem exerce domínio sobre as técnicas de arado, as relações sociais ganham novas dimensões e o poder passa a girar ao redor do homem, o que dá origem à família patriarcal.

A partir das análises do pesquisador antropólogo Morgan, na sociedade antiga, Engels constrói seu saber sobre a origem da família. Para o autor, a constituição de famílias, nas eras primitivas, ainda estava atrelada à promiscuidade, pois não havia a definição de costumes. Por exemplo, Engels (1984) mostra que, dentro das famílias consanguíneas, o incesto era aceito. Pais e filhos não podem se relacionar, mas irmãos e irmãs, primos e primas, podiam. Engels segue demonstrando a evolução da família por partes: a família Punaluana², a família Sindiásmica³ e a Família Monogâmica⁴.

A lei sempre exerceu influência na definição de família. No Direito Romano, a família era centrada no homem. Considerava-se família tudo que estivesse sobre o poder do pai. A família era vista como uma propriedade paternalista, a mulher, os filhos, os escravos e até mesmo os animais, tudo sob o poder do homem era sua família.

A história possibilita um resgate e com isso é possível fazermos uma comparação de como era a família de antes dos séculos XVI e XVII até os dias atuais. As características e os costumes mudam; no modelo de família aristocrática, todos eram responsáveis pelos cuidados e educação das crianças, não havia apego entre pais e filhos, as crianças eram alimentadas por amas de leite, vários membros habitavam sob o mesmo teto, os casamentos eram arranjos com o

² A família punaluana é considerada um dos primeiros progressos da organização da família. Este tipo de família tem determinadas características que a diferenciam na história da organização familiar, tal como: Excluía-se os pais e os filhos e irmãos do comércio sexual recíproco.

³ Segundo Engels, a família sindiásmica é um tipo de família matriarcal segundo o qual o vínculo conjugal dissolve-se facilmente (a infidelidade e/ou o divórcio são tolerados) e os filhos continuam a pertencer à mãe.

⁴ A família monogâmica é um tipo de organização familiar na história humana, com características que a diferenciam de outros tipos de família. Funda-se no predomínio do homem e seu objetivo é procriar filhos, cuja paternidade seja indiscutida, já que logo eles serão os herdeiros das riquezas do pai.

objetivo de manter alianças políticas e manter o padrão econômico. Não havia nenhum tipo de privacidade e os atos higiênicos eram mínimos. Os papéis eram bem definidos, o homem se dedicava à guerra e cabia à mulher a função de equilibrar as relações sociais do castelo (REIS, 2004).

No entanto, o processo de transformação de um modelo para outro não é imediato; surgem lentamente as mudanças de costumes. Com o nascimento da família burguesa no início do século XVIII, novas características foram atribuídas a esse novo modelo.

Um fator característico se apresenta com o isolamento da família; há uma separação de ambiente de trabalho e ambiente domésticos, ou seja, as formas de comportamento são distintas, o lar deveria ser espaço de envolvimento emocional apenas. As definições de papéis tornaram-se um ponto marcante, pois a mulher seria responsável pelas tarefas domésticas e pela criação dos filhos e deveria ainda se manter fiel ao seu marido, e o homem seria o provedor do lar. Hábitos de higiene eram valorizados no asseio da casa e das crianças. Surge também uma grande repressão à sexualidade das mulheres e das crianças (REIS, 2004).

5.1 Laços de família: a família e a relação de codependência

Beattie (2007) explica que codependente é aquele que deixou-se influenciar pelo comportamento de outra pessoa, e que vive obcecado em controlar o comportamento desse outro. A mesma autora continua, segundo análises de Subby, que codependência é uma condição psicológica, emocional e comportamental que desenvolve um indivíduo, exposto a um conjunto de regras que reprimem a livre manifestação de seus sentimentos, o que gera problemas pessoais e sociais.

A palavra codependência surgiu nos centros de tratamento no final da década de 70. O termo surgiu simultaneamente em diversos centros de Minnesota (EUA), usado para descrever pessoas cujas vidas foram afetadas pelo envolvimento com um dependente químico. O codependente, filho, cônjuge, ou amante de um dependente químico, era visto como alguém que desenvolvera um padrão doentio de lidar com a vida. No contexto de surgimento da palavra, os codependentes podiam ser definidos como pessoas incapazes de administrar as próprias vidas em função de uma relação comprometida com outra pessoa (BEATTIE, 2007).

Entre os vários motivos que levam a mulher a assumir o papel de provedora do lar e a responsável pela educação dos filhos é a convivência com o companheiro dependente de bebida alcóolica. Dessa forma, além de assumir as despesas econômicas, essa esposa ou a família assumem a parceria no tratamento do dependente químico. Em muitos casos, anulando sua vida em detrimento do outro.

A codependência é uma relação entre o familiar e o dependente químico, onde mãe, esposa, irmã ou parente próximo sofrem em decorrência da dependência química. E os sentimentos procedentes dessa relação de codependência são os mais variados, dentre eles a falta de amor próprio, sentimentos de ilusão, angústia e impotência por parte do parente envolvido nessa convivência (MORAES *et al.*, 2009).

É natural o cuidado com pessoas próximas com as quais temos afinidades. A proteção e o desejo de ajudar surgem nos momentos em que observamos que o outro passa por dificuldades. Algumas pessoas nesse processo, involuntariamente, são afetadas e a ajuda se torna dor compartilhada.

Com percepções bem semelhantes em relação a essa abordagem, as autoras quase não discordam quando caracterizam a codependência. Os codependentes são, na maior parte dos casos, pais ou cônjuges que vivem em função da pessoa dependente, assumindo e responsabilizando-se por todos os comportamentos problema dessa e preocupando-se excessivamente por seu bem estar. O codependente não percebe que, cuidando excessivamente do outro, ocorre um processo de autoanulação – seus objetivos e necessidades acabam sendo esquecidos por ele mesmo. Resumindo, o sujeito depende da dependência do outro (FONTES, 2016).

Para Beattie (2007), o comportamento codependente pode surgir ainda na infância ou ser desenvolvido ao longo da vida, através das interações sociais. Para a autora, a religião possui grande impacto nesse processo, assim como a relação de gênero, visto que esse comportamento é visto como uma “qualidade” feminina desejável.

O papel da família é de suma importância no tratamento e recuperação do dependente químico. Contudo, tendo em vista os pensamentos das autoras supracitadas referente à codependência onde essa relação poderá ocasionar, a longo prazo, problemas para esse familiar.

No capítulo que se segue, analisaremos as falas dos nossos entrevistados e o percurso de campo, retratando os entrevistados e familiares que convivem com essa realidade de codependência.

6 ANÁLISE DAS FALAS

Mergulharemos neste capítulo através das falas dos entrevistados, para a melhor compreensão do exposto nos capítulos anteriores, através de dados e relatos do público usuário do CAPS-AD. Apresentaremos um breve relato sobre o perfil dos entrevistados, para situar o leitor quanto às características dos mesmos.

6.1 Breve perfil dos entrevistados

1. Paciência e aposentado, evangélico e casado. O mesmo nos relatou que frequenta o CAPS-AD desde 2008. Disse-nos ainda que sente muita satisfação em participar do grupo de família todas as quartas-feiras, pois ele se sente bem acolhido. Sua participação consiste em busca para ajudar a filha alcoolista que tem 48 anos, desempregada e que mora sozinha. O mesmo nos contou que, quando era jovem, perdeu o emprego porque também vivenciou a dependência do álcool.

2. Felicidade faz acompanhamento no CAPS desde 2006, mora com a esposa, cursou até a 8ª série, já desempenhou profissão de garçom, borracheiro, entre outras. No entanto, hoje se sustenta com a renda do benefício de prestação continuada (BPC). Relatou que iniciou o uso de álcool aos 16 anos por curiosidade. Como consequência desse uso abusivo, chegou a viver em situação de rua. No momento atual ele se encontra em paz e feliz.

3. Superação tem 52 anos, cursou até a 5ª série, é autônomo. Nos fala que o seu primeiro contato com o álcool foi aos 16 anos, por influência dos amigos. O uso abusivo de álcool e outras drogas o levou a caminhos sofridos, como vivenciar a situação de rua durante 10 anos. Contudo, após o falecimento da sua progenitora, ele resolveu procurar ajuda. Hoje participa das atividades do CAPS. Entre elas, o grupo de direitos sociais.

4. Esperança tem 39 anos, cursou o ensino fundamental completo, trabalha como ajudante de descarga, solteiro. Começou o seu tratamento em fevereiro de 2016. Iniciou o uso de álcool aos 11 anos, mas até os trinta usava de forma controlada. O que desencadeou o uso abusivo dessa substância foi um quadro de depressão profunda, pois o mesmo encontrava na embriaguez um anestésico para o seu sofrimento, usava para preencher o vazio e a solidão que o assolava. Em decorrência desse uso excessivo, precisou de um internamento para desintoxicar o corpo. Depois

desse internamento, passou a frequentar o CAPS. Participa do grupo de direitos sociais e se encontra cheio de esperanças em busca de uma vida transformada.

5. Decepção e do sexo masculino, trabalha e mora vizinho do irmão que precisa de apoio. Participa do grupo de família, no qual busca ajuda para o seu irmão, que é alcoolista. Ele relatou que faz o impossível para ajudar o seu familiar.

6. Cicatriz e esposa do usuário. A mesma verbaliza que já sofreu violência doméstica, tanto física como psicológica, e que por muito tempo custeou todas as despesas da casa. Porém, no momento atual o esposo consegue ajudar nas despesas. E que, embora seja difícil o relacionamento, ela precisa apoiar o marido.

O que nos chama a atenção inicialmente é o processo de início do uso de álcool. Dos usuários dos CAPS-AD entrevistados, todos tiveram seu primeiro contato entre o final da infância e início da adolescência, entre os 11 e 16 anos, período crítico, pois é o momento de formação da identidade e de afirmação entre os grupos sociais. Conforme Laranjeira *et al.* (2007), nessa fase passamos por mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais que serão consolidadas na vida adulta. Nesse período, afirma o referido autor, sendo um período de descobertas, ocorre o uso de diversas substâncias psicoativas, entre elas o álcool, que pode expor o adolescente, na fase adulta, a riscos de saúde e de dependência.

Os laços sociais que criamos com amigos e familiares são importantes, pois nos influenciam positiva e/ou negativamente. Nesse aspecto, dois dos entrevistados relataram que o primeiro contato ocorreu por influência dos amigos, sendo o outro influenciando diretamente pela mãe.

A fragilidade emocional e social dos usuários dependentes os leva a acreditar que possuem domínio sobre o vício. Esse processo de negação, de doença e de descontrole os leva a viver as diversas facetas que surgem como refrações da questão social. Entre elas, a situação de rua, desemprego, violência e perda de vínculos familiares. Felicidade nos informou que, em um grau total de dependência, passou a sobreviver nas ruas durante dois anos, rompendo totalmente com família e amigos. Já Superação, após perder o emprego e passar por conflitos familiares, passou a viver nas ruas por um período que durou dez anos.

Ao realizarmos nossa incursão no campo, podemos trabalhar com a dupla visão, de familiar e de usuário, no entendimento sobre as consequências do uso excessivo e em períodos

prolongados de álcool. Buscamos, dessa forma, uma abordagem comparativa entre as falas dos entrevistados, que ora se complementam ou se contrapõem, em um movimento dinâmico.

As percepções que os familiares possuem sobre o uso de substâncias alcoólicas são pariformes. Através das falas, podemos comprovar o abalo na relação familiar. Conforme relato de Decepção, o seu irmão, usuário de álcool, deixa de atender às necessidades básicas, como a alimentação, deixa de confraternizar e dividir momentos no grupo familiar para beber. Para Cicatriz, o álcool é algo muito ruim, que destrói tudo, e a mesma o considera uma droga destrutiva.

Como podemos inferir, o vício afasta os usuários do convívio saudável em família, destruindo laços, o que contribui para o isolamento do dependente e a fragilidade das bases da família. Esse fato leva a um ciclo de uso: quanto mais isolado, mais o indivíduo consome o álcool, podendo inclusive cair no vício de outras drogas. Reforça Decepção em fala: “Meu irmão sofre com alucinações e com delírios, ninguém respeita mais ele, não tem moral. Já perdeu os amigos e o emprego, nem os filhos querem saber mais dele” (DECEPÇÃO, familiar de usuário). Por vezes o passado ressurge em lembranças. As lembranças do antes da queda no abismo da dependência trazem sentimento duais: dor e esperança. Como confirma Decepção em relato: “Antes meu irmão tinha uma vida normal, praticava esportes, passeava com a família. Depois que começou a beber, não faz mais nada, só bebendo direto, mas tenho fé que ela vai voltar”.

Segundo Cicatriz, não há lembranças do marido de antes do uso álcool. Quando o conheceu, esse já utilizava substâncias alcoólicas e, com o passar do tempo, só se agravou, chegando até mesmo a agredi-la física e verbalmente.

Porém, através dos relatos, confirmamos a participação dos familiares no processo de tratamento e sua importância. Conforme Cicatriz, sua participação é importante, pois considera como um estímulo para o marido. Completa que se sente bem em participar do grupo terapêutico do CAPS-AD, e a mesma aprendeu muitas coisas sobre a dependência de álcool e outras drogas. Esse conhecimento adquirido lhe traz uma nova percepção a respeito da problemática. Acrescentou que vir ao Centro todas as quartas feiras já é um compromisso. Ela se sente bem em participar, pois conversar e escutar os outros familiares ameniza o seu sofrimento. Para que os filhos não venham a cair na dependência, aconselha-os com o conhecimento adquirido e mostra a eles a realidade.

De acordo com o relato anterior, Decepção informou que considera excelente a sua participação e da sua irmã, que também participa do grupo de família do CAPS-AD. Os dois revezam a ida ao centro, dividem a responsabilidade ao acompanhar o irmão. “Se eu não tivesse procurado o CAPS, o meu irmão já tinha morrido, sempre teremos amigos do outro lado da vida para lhe tirar do alcoolismo” (Decepção, familiar). Como o alcoolismo ocasionou problemas de saúde no usuário, o irmão falou que sempre que ele se sente mal, ele toma conta dos cuidados. Decepção aconselha outras pessoas, fala que o uso abusivo de álcool é um caminho sem volta caso a pessoa não busque ajuda.

No tocante às consequências ocasionadas pelo uso exacerbado da substância, já mencionada, os usuários relatam que, a princípio é ótimo, não identificam problema nenhum. Até porque o uso da substância proporciona momentos de prazer, de desprendimento e euforia. No entanto, o seu uso abusivo e excessivo passa a ser problemático para os nossos entrevistados.

Esperança conta que, no momento de depressão profunda por causa da separação, ele usava o álcool em busca de preencher a solidão, o vazio e a tristeza. “O álcool era a minha companheira, ocupava o espaço de uma pessoa na minha vida” (Esperança, usuário). Contudo, em decorrência desse uso exacerbado, Esperança apresentou problemas de saúde, sendo necessário passar por uma desintoxicação.

Ao analisarmos os relatos dos familiares, percebemos alguns traços da relação de codependência, na qual o familiar do alcoolista também adoece em virtude do convívio com tal problemática, precisando igualmente de acompanhamento de uma equipe multiprofissional, a fim de obter apoio, esclarecimento e aprendizado para lidar com o alcoolismo em família. A falta de responsabilidade e compromisso e a violência por parte do esposo de Cicatriz provocaram marcas na alma dessa mulher que, embora já tenha sofrido bastante, não deixa o esposo, pois precisa ajudá-lo.

Ainda sobre a relação usuário familiar, Paciência se questiona se o alcoolismo da filha foi por culpa dele.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos, por meio deste trabalho, que embora o uso de álcool seja lícito e até mesmo incentivado, tanto pela sociedade civil como pela mídia, lucra muito o comércio de bebidas alcoólicas, desenvolvendo o produto para todos os gostos e condições sociais. No entanto, o uso abusivo de tal substância poderá acarretar problemas sociais, psicológicos e biológicos para o indivíduo que faz uso abusivo dela e, conseqüentemente, para os familiares que convivem diretamente com ele.

Reforçamos que o consumo de álcool sempre esteve presente desde os primórdios da humanidade; no entanto, essa substância é bem acessível a todos e de baixo custo. A dependência do álcool ou o alcoolismo já é considerada um problema de saúde pública nos dias atuais, ocasionando problemas gravíssimos na vida do alcoolista, como foi visto através da nossa pesquisa, demonstrando que homens chegaram “ao fundo do poço”, perderam bens materiais, familiares, amigos e até a sua própria dignidade.

Identificamos, ainda, o quanto que o governo gasta para tratar as conseqüências ocasionadas com o uso problemático do álcool, investindo muitos recursos com acidentes de trânsito, doenças, aposentadorias. O governo não foca em trabalhar a prevenção do uso do álcool. Observamos, através desta pesquisa, que houve evolução no tocante ao tratamento de pessoas que fazem uso problemático dessa substância; contudo, concluimos que não é o bastante, muito ainda precisa ser feito.

Percebemos que, embora a existência dos CAPS-AD seja de extrema importância, ainda existem muitas lacunas a serem preenchidas, pois existem poucos leitos de internação para desintoxicação. Em nossa pesquisa de campo, identificamos que Fortaleza dispõe de apenas quinze leitos para internamento de desintoxicação. Faltam ainda políticas que englobem as condições biopsicossociais dos usuários e familiares que fazem acompanhamento no CAPS-AD.

Portanto, viemos através deste ensaio compreender as conseqüências sociais do uso do álcool, tanto como tentar alertar a sociedade sobre a existência dessa problemática que assola várias famílias. Pois a sociedade ainda não compreende que o álcool também é uma droga, assim como a maconha e o *crack*, pois atua no cérebro alterando o funcionamento normal desse órgão, fora os danos à saúde psicológica e física. Podemos citar ainda problemas sociais, como perda de emprego, conflitos familiares, absenteísmos, entre outros problemas.

No entanto, percebemos que muitos dependentes só procuram ajuda quando já estão sofrendo quase todas essas problemáticas, mas nunca é tarde para procurá-la. Para que isso aconteça, é necessário que haja uma compreensão de que o álcool é uma droga e que é fundamental que o alcoolista queira por espontaneidade ser ajudado.

O CAPS-AD trabalha com uma política de redução de danos, na qual o indivíduo é responsável por querer parar de usar a substância ou simplesmente amenizar o uso. O importante é que o alcoolista esteja fazendo o tratamento, permaneça se cuidando, pois, caso ele venha a ter uma recaída e, com isso, fique com vergonha de retornar o tratamento, tenha receio de ser jugado pelo fato de ter cometido uma fraqueza, ele consiga retornar, apesar disso. Os profissionais do centro orientam que mesmo se ele estiver sob efeito de substância, não deixe de participar das atividades, pois há uma compreensão de que não é nada fácil driblar uma dependência; é bem complicado o período de abstinência. O alcoolista necessita de muita ajuda, de profissionais, amigos, familiares e comunidade. Fortalecer os vínculos familiares no processo de tratamento tem primordial importância na superação do problema.

Ao longo da pesquisa, identificamos os principais gatilhos que levam o indivíduo a realizar o uso contínuo e prolongado de substâncias alcoólicas. Ressaltamos que tais consequências surgem como manifestações da questão social, dela fazem parte e dela são consequência.

REFERÊNCIAS

BENOSKI, D. **Cinema: Representação e Loucura**. 2004.145 f. Dissertação (Mestre em História)-Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Santa Catarina. 2004.

BERTONI, L. **Álcool e Alcoolismo: Aspectos Históricos**. VIII Colóquio do Museu Pedagógico. Setembro, 2009. Acesso dia 03 de maio de 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Decreto nº 6117, de 22 de maio de 2007. **Política Nacional sobre Álcool**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome- MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social-SNAS. **Política Nacional de Assistência Social- PNAS|2004**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, Ministério da saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação DST| AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, Ministério da saúde, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 11ª. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2004.

CISA. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. **O que é alcoolismo?** Janeiro, 2014. Disponível em <www.cisa.org.br/artigo/4010/-que-alcoolismo.php> Acesso em: 02 mai. 2016.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas S.A, 1990.

DELORENZO, A. **História de proibições**. Disponível em: <www.revistaforum.com.br/2013/10/10/historia-de-proibicoes/> Acesso em: 14 jun. 2015.

DIAS, R. **A loucura através da história: o que é ser louco?** Considerações acerca da definição da loucura. Agosto, 2013. Disponível em: <<http://causasperdidas.literatortura.com/2013/08/06/a-loucura-atraves-da-historia-oque-e-ser-louco-consideracoes-acerca-da-definicao-da-loucura/>>. Acesso em: 01 mai. 2016.

DINCAO, M. **Amor e família no Brasil**. São Paulo, Contexto, 1989.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Trabalho relacionado com as investigações de L.H. Morgan. 9ª ed. Tradução de Leandro Konder. Rio de janeiro. Editora civilização brasileira S.A.1984.

_____. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** Trabalho relacionado com as investigações de L.H. Morgan. 9ª ed. Tradução de Leandro Konder. Rio de Janeiro. Editora civilização brasileira S.A. 1984.

FACCIO, G. **Alcoolismo:** um caso de saúde pública uma revisão bibliográfica sobre a dependência do álcool no Brasil. Porto Alegre, 2008.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, 1 São Paulo, Maio, 2004.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica.** 4ª ed. rev. e ampl.- São Paulo: Atlas, 2001.

_____. **Técnicas de pesquisa:** Planejamento e execução de pesquisa, Amostragem e técnicas de pesquisa, Elaboração, Análise e Interpretação de dados. 6ª ed. rev. E ampl. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Fundamentos de metodologia científica:** Técnicas de pesquisa. 7 ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **O alcoolismo.** 8ª ed. São Paulo: Editora Contexto, 2005

LARANJEIRA, 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.

LIMA, J. **Alcoologia.** O Alcoolismo na Perspectiva da Saúde Pública. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora LTDA, 2008.

LUIS, A.; OLIVEIRA, E. Distúrbios psiquiátricos relacionados ao álcool associados a diagnósticos de clínica médica e/ou intervenção cirúrgicas, atendidos num hospital geral. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea07.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2015.

MORAES, L. et al. **Família:** redes, laços e políticas públicas. 5ª ed. São Paulo: Cortez: Coordenadoria de estudos e desenvolvimento de Projetos Especiais- PUC|SP, 2010.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4ed. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

_____. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, Vozes, 2002

_____. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____. **Pesquisa Social:** teorias, métodos e criatividade. 30º. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MIOTO, R. Família e serviço social: contribuições para o debate. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 55, p. 114-130, abr, 1997.

NEVES, E.; SEGATTO, M. **A importância da família na prevenção e uso e abuso de álcool: possíveis relações**. Disponível em: <catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosn4v2/28-pos-grad.pdf> Acesso em: 04 abr. 2015.

OLIVEIRA, C. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas elo estado brasileiro. In: BRAVO, M. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2004.

PRADO, D. **O que é família**. 8ª Ed. Coleções primeiros passos, São Paulo: Brasiliense, 1986.

PRATA, E.; SANTOS, M. Família e Adolescência: A influência do Contexto Familiar no Desenvolvimento Psicológico de seus membros Maringá. **Psicologia em Estudo**. v.12 p. 247-256, 2007.

REIS, J. In: LANE, S.; CODO, W. **Psicologia Social**. O homem em movimento. 13 ed. São Paulo editora brasiliense, 2004.

RODRIGUES, J. O Serviço Social e as políticas brasileiras no trato do álcool e outras drogas. III Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luiz MA, 2007.

SARTI, C. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A.; VITALE, M. (org.). **Família: Laços, Redes e Políticas Públicas**. IEE-PUCSP, São Paulo: Cortez, 2007, p.21-36.

SÃO PAULO, O Estado de. **Entre os mais pobres, 71% abusam do álcool**. Disponível em: <saude.estadao.com.br/.../geral,entre-os-mais-pobres-71-abusam-do-alcool> Acesso em: 06 jun. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário direcionado para o familiar do usuário de álcool (roteiro de entrevista para o familiar)

- Qual sua percepção a respeito da dependência do álcool?
- Quais as principais consequências negativas do uso de álcool?
- Como era o comportamento dele antes do uso de álcool e depois?
- Ele já chegou a ser violento com algum familiar?
- Ele ainda exerce alguma atividade que produza renda?
- Ele ajuda nas despesas domésticas?
- Você considera importante a sua participação no tratamento. Por quê?
- O que você tem feito para prevenir que outras pessoas que convivem com você não venham a ser dependentes do álcool?

APÊNDICE B

ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA COLETA DE DADOS

Identificação do entrevistado:

Nome:

Idade:

Grau de escolaridade:

Profissão:

Estado civil:

1. Com quantos anos começou a fazer uso de álcool e quais os motivos que o levaram a fazer o consumo?
2. Teve influência de alguém para fazer o uso do álcool?
3. O uso do álcool lhe trouxe alguma consequência, quais? (conflitos familiares, perda de emprego, acidentes, problemas de saúde, etc.)
4. O que você pode citar como positivo no uso do álcool?
5. Você considera o álcool como uma droga? Por quê?
6. A partir de quando percebeu que precisava de tratamento?
7. Alguém incentivou a procurar tratamento?
8. Quais os seus planos durante o tratamento?
9. Qual a importância da família adjunto do seu tratamento?

ANEXO

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “As Consequências Sociais do Uso do Álcool para usuários homens que fazem tratamento no CAPS-AD em Fortaleza-CE”. O objetivo deste trabalho é. Compreender quais as consequências do uso de álcool para usuários homens e suas famílias que fazem tratamento em um CAPS-AD da cidade de Fortaleza-CE. Para realizar o estudo será necessário que o (a) Sr. (a) se disponibilize a participar da entrevista .Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar. As consequências sociais ocasionadas pelo uso do álcool para usuários homens e suas famílias que fazem tratamento em um CAPS-AD. Não haverá riscos da sua participação nesta pesquisa , em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual o (a) Sr.(a) receberá uma cópia.

O (a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através dos telefones: (celular), 989251934. 989438287.

Eu _____(nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa intitulada “As Consequências Sociais do Uso do Álcool para usuários homens que fazem tratamento no CAPS-AD em Fortaleza-CE”.

Fortaleza, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Pesquisador ou pesquisadores

Assinatura do usuário