



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

IVONEIDE MARIA COSTA DE OLIVEIRA

**O SIGNIFICADO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO ALCOOLISTA:
UM OLHAR SOBRE AS NARRATIVAS DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL QUE ATUA NO CAPS AD CASA DA
LIBERDADE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ**

FORTALEZA

2016

IVONEIDE MARIA COSTA DE OLIVEIRA

**O SIGNIFICADO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO ALCOOLISTA:
UM OLHAR SOBRE AS NARRATIVAS DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL QUE ATUA NO CAPS AD CASA DA
LIBERDADE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof.^a Ms^a Diocleciana Paula da Silva.

FORTALEZA
2016

IVONEIDE MARIA COSTA DE OLIVEIRA

O SIGNIFICADO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO ALCOOLISTA: UM OLHAR
SOBRE AS NARRATIVAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE ATUA NO
CAPS AD CASA DA LIBERDADE, NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ

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 Ms. Diocleciana Paula da Silva
Orientadora Faculdade Ratio

Prof.^a Dr.^a Ana Cecília Santos
Faculdade Ratio

Prof.^a Esp. Roberta Sá
Faculdade Ratio

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que mim guia com seu grande amor, sua força, todos os dias da minha vida, pois tudo que tenho e, a ele que agradeço prioritariamente;

Agradeço aos meus filhos Jorge Henrique Costa de Oliveira e Bruno César Costa de Oliveira por terem me incentivado;

Agradeço em memória, as minhas tias Maria Stela de Oliveira e Ivonilde Maciel de Oliveira por terem me apoiado;

Em memória, aos meus pais Francisca Alaíde Oliveira Costa e Raimundo Nonato da Costa.

Agradeço ao meu esposo Henrique Jorge Maciel de Oliveira.

Agradeço à minha orientadora, Diocleciana Paula da Silva, por estar ao meu lado nesta longa caminhada me ajudando e apoiando;

Às professoras: Ana Cecília Santos e Roberta Sá, por terem aceitado participar da banca examinadora;

A toda a equipe que trabalha na Faculdade Ratio de forma que estes profissionais estiveram comigo neste percurso, seja de forma direta ou indireta.

“O álcool é um veneno, mas tem certas coisas dentro de mim que eu preciso matar.”

(CHARLIE HARPER)

RESUMO

No Brasil, o uso abusivo de álcool é considerado um fenômeno que atinge um percentual significativo da população brasileira, destruindo a vida social, afetiva e financeira dos usuários quando este alcoolista não consegue deixar o vício. Muitas vezes o usuário de álcool sofre discriminação, por parte de sua família e até mesmo da sociedade que não possuem conhecimento que este fenômeno é uma doença. Desse modo, este trabalho monográfico pretendeu compreender a importância das famílias no tratamento dos alcoolistas atendidos no CAPS Álcool e Drogas Casa da Liberdade, situado no município de Fortaleza – CE. A pesquisa é exploratória, tendo sido feita uma pesquisa bibliográfica, que tomou por base as seguintes categorias de análise: Família, Alcoolismo e as Políticas Públicas direcionadas para essa população, as quais são dialogadas com autores e organismos tais como: Guimarães e Almeida (2010), Mansur (2004), Dumas (2012), OMS (2014), dentre outros. Na pesquisa de campo foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com uma assistente social, uma psicóloga e uma enfermeira que compõem a equipe multiprofissional que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) Casa da Liberdade. Por fim, a partir de nossa observação e das narrativas da equipe multiprofissional constatamos que, o CAPS AD Casa da Liberdade constatamos a respeito dos nossos objetivos que, além de atender os usuários de álcool e drogas, também busca contribuir para o fortalecimento dos vínculos familiares, por meio da estratégia de redução de danos adotada a partir da criação da Política para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no ano de 2002. Entretanto, uma parte da sociedade, ainda convive, de forma passiva diante do problema de saúde pública e intolerância com os alcoolistas que precisam de tratamento. Com relação às políticas públicas voltadas para a área da saúde em especial as famílias dessa população muito embora tenham ocorrido avanços, principalmente a partir dos anos 2000, é preciso que ainda ocorram avanços, em políticas que busquem mudar os atuais padrões de consumo de álcool, no País.

Palavras-Chave: Saúde; Alcoolistas; Família.

ABSTRACT

In Brazil, abusive use of alcohol is considered a phenomenon that reaches a significant percentage of the Brazilian population, destroying the social, affective and financial life of the users when this alcoholic cannot leave the addiction. Often the user of alcohol suffers discrimination on the part of his family and even of society who do not know that this phenomenon is a disease. Thus, this monographic work sought to understand the importance of families in the treatment of alcoholics served at CAPS Alcohol and Drugs House of Freedom, located in the city of Fortaleza - CE. The research is exploratory, and a bibliographical research was done, based on the following categories of analysis: Family, Alcoholism and Public Policies directed to this population, which are dialogued with authors and bodies such as: Guimarães and Almeida (2010), Mansur (2004), Dumas (2012), WHO (2014), among others. In the field research were conducted semi-structured interviews, with a social worker, a psychologist and a nurse who make up the multiprofessional team that work in the Center for Psychosocial Care Alcohol and Drugs (CAPS AD) Casa da Liberdade. Finally, from our observation and the narratives of the multiprofessional team, we verified that, CAPS AD Casa da Liberdade, we verified with respect to our objectives that, besides serving the users of alcohol and drugs, also seeks to contribute to the strengthening of the bonds Family, through the harm reduction strategy adopted since the creation of the Policy for Comprehensive Care for Alcohol and Other Drug Users in 2002. However, a part of society still lives passively in the face of the problem Of public health and intolerance with alcoholics in need of treatment. With regard to public health policies, especially the families of this population, although progress has been made, especially since the year 2000, there is still a need for advances in policies that seek to change current patterns of alcohol consumption, in the country.

Keywords: Cheers; alcoholics; Family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CISA	Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
Conad	Conselho Nacional Antidrogas
Confen	Conselho Federal de Entorpecentes
Conens	Conselhos Estaduais de Entorpecentes
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
NA	Narcóticos Anônimos
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SER VI	Secretaria Executiva da Regional VI
SIM	Serviço de Informação sobre Mortalidade
Sisnad	Sistema Nacional Antidrogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil das Profissionais	49
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 BREVE HISTÓRICO SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL E SUA RELAÇÃO COM FAMÍLIA	19
2.1 O consumo de álcool no Brasil	19
2.2 Configurações de família e o alcoolismo	28
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS A POPULAÇÃO ALCOOLISTA E SEUS FAMILIARES.....	35
3.1 Políticas Públicas direcionadas para os indivíduos alcoolistas e seus familiares	35
4 FORTALEZA: O ATENDIMENTO DO CAPS AD CASA DA LIBERDADE, AOS FAMILIARES DOS INDIVÍDUOS ALCOOLISTAS	44
4.1 Conhecendo o CAPS AD Casa da Liberdade.....	44
4.2 Relatos e vivências do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional, no CAPS AD Casa da Liberdade, junto aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e seus familiares.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS.....	63

1 INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas é um costume que foi sendo adquirido ao longo dos anos por diversas culturas em todo o mundo, sendo este um comportamento considerado normal pela sociedade uma vez o uso de bebidas alcoólicas está inserido em festas de aniversário, eventos religiosos, reuniões de negócios e outros. Seu uso é, no entanto, bastante popular causando dependência e dentre outras consequências graves como a violência e acidentes de trânsito (BRASIL, 2007).

O uso de álcool atualmente é considerado um fenômeno que atinge a vida de milhares de pessoas em todo o mundo destruindo a vida social, afetiva e financeira dos usuários quando este alcoolista não consegue deixar o vício. Muitas vezes o usuário de álcool sofre discriminação devido à ausência de informações por parte das pessoas que não tem conhecimento que este fenômeno é considerado uma doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004).

De acordo com Jesus (2013), o álcool é a substância psicoativa mais utilizada em todo o mundo. No Brasil é uma das drogas mais consumida por diversas faixas etárias, sendo seu consumo cada vez mais precoce, acabando por refletir em uma maior vulnerabilidade a sua dependência.

No Brasil, segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde¹, elaborado pela OMS (2014), ainda é grande o número de pessoas que fazem uso de álcool sendo este considerado um problema social. O consumo total estimado, no ano de 2014, equivale a 8,7 litros por pessoa, quantidade superior a média mundial. Com esse resultado estima-se que homens consomem mais álcool do que as mulheres sendo 13,6 litros para eles e 4,2 litros para elas anualmente,

Ainda segundo informações divulgadas pelo mesmo Relatório, cerca de 10% das populações que residem em meio urbano em todo o mundo, ingerem abusivamente alguma substância psicoativa independentemente de suas características pessoais e sociais. A dependência a essas drogas podem ter origem em diversos setores como socioeconômicos, familiares e culturais.

¹ Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 ago. 2016.

No mesmo sentido, Sarti (2010) realizou estudos sobre o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, e constatou que, o mesmo, está cada vez mais presente nas famílias, se tornando assim, um grave problema social que afeta diretamente o alcoolista, bem como seus familiares.

Nesse momento é importante que se abra um parêntese para que possamos esclarecer o conceito de ser alcoolista. Segundo Vargas e Luis (2008), indivíduos alcoolistas são pessoas que possuem dependência dessa substância para viver, portanto que estão adoecidas.

A respeito da discussão sobre alcoolista e alcoólatra Vargas e Luis (2008) deixam claro tal conceito em seu artigo intitulado: “Álcool, Alcoolismo e Alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de Unidades Básicas Distritais de Saúde. Os mesmos autores esclarecem ainda que, o termo “alcoolista”, por sua vez, é proposto por alguns pesquisadores como uma alternativa menos estigmatizante, visto que, o termo coloca o indivíduo como alguém que tem “afinidade” pelo álcool e não é “seduzido” por ele. o termo alcoolista foi utilizado em substituição ao termo “alcoólatra” a fim de não responsabilizar unicamente o bebedor pelos problemas decorrentes do uso do álcool, mas sim, reconhecer que o álcool é uma substância lícita, socialmente aceita e disponível, mas quando utilizada em grandes quantidades e frequências expõe o bebedor a muitos riscos.

Retomando a discussão sobre os indivíduos alcoolistas e a família, Sarti (2010), afirma que:

Cada família constrói sua própria história, ou seu próprio mito, entendido como uma formulação discursiva em que se expressão o significado e a explicação da realidade vivida, com base nos elementos objetiva e subjetivamente acessíveis aos indivíduos na cultura em que vivem (SARTI, p. 26-27).

A esse respeito à mesma autora afirma ainda que, muitas famílias enfrentam dificuldades de relacionamento no dia a dia em uma sociedade onde as transformações e mudanças no meio social, econômico e político são constantes. A vulnerabilidade dessas famílias faz com que muitos indivíduos procurem enfrentar seus problemas com drogas lícitas e ilícitas como o álcool, ocasionando muitas vezes o rompimento dos vínculos familiares.

No que diz respeito ao tratamento desse grupo de indivíduos que fazem uso abusivo de álcool é importante colocar que, somente após a Reforma Psiquiátrica, ocorrida na década de 1970, quando foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o Brasil houve uma queda no número de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, devido ao uso abusivo de drogas e em especial do álcool (BRASIL, 2004).

Segundo o Manual elaborado pelo Ministério da Saúde, intitulado: “Saúde Mental, no Sistema Único de Saúde (SUS): os Centros de Atenção Psicossocial”, os CAPS é a materialização da Reforma Psiquiátrica, os quais foram inaugurados a partir do ano de 1986. Vale colocar que nesses Centros são oferecidos: “serviços de saúde a população com transtornos mentais severos e persistentes como também a população que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, onde é feito o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através de diversas atividades ocorridas nos Centros” (BRASIL, 2004, p. 12).

Cabe destacar, ainda em relação à construção dos CAPS que, na cidade de Fortaleza somente no ano de 2005 foi construído Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), o qual possuía dentre seus objetivos valorizar e fortalecer o indivíduo em suas relações familiares e sociais (BRASIL, 2004).

Diante desse cenário surgiu o interesse em realizar o presente trabalho monográfico, nascendo assim, a seguinte indagação: qual o significado dos familiares no tratamento do alcoolista do CAPS Álcool e Drogas Casa da Liberdade, na cidade de Fortaleza/CE, na concepção da equipe multiprofissional que lá atua?

Portanto, nosso objetivo geral é compreender a importância das famílias no tratamento dos alcoolistas atendidos no CAPS Álcool e Drogas Casa da Liberdade, situado no município de Fortaleza/CE. Para tanto, como meio de responder nosso objetivo geral, temos como objetivos específicos, apontar as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares dos usuários no processo de desenvolvimento do tratamento do alcoolista, na visão da equipe multiprofissional; identificar as principais demandas da família no processo de tratamento do alcoolista, pela ótica da equipe multidisciplinar; e identificar as Políticas Públicas direcionadas a essa população em especial as que fortaleçam os vínculos familiares.

O interesse pela temática, primeiramente surgiu devido a questões pessoais, haja vista que, durante nossa infância, vivenciamos a violência doméstica, devido ao

uso abusivo de álcool. Tal fenômeno nos fez refletir e constatar, mesmo de forma empírica, que a problemática afeta não somente o alcoolista, mas também toda a família desses indivíduos que são acometidos por essa doença. Observamos ainda, por meio de nossa experiência pessoal que, muitos indivíduos não conseguem consumir o álcool moderadamente, prejudicando de forma lenta e progressiva, muitas vezes evoluindo para a prática da violência doméstica causando inúmeros prejuízos, tanto de ordem financeira quanto emocional, afetando assim a qualidade de vida das pessoas que fazem uso abusivo de álcool bem como de seus familiares.

Outro fato de extrema relevância que expõem a importância da temática abordada neste trabalho se refere a sociedade de uma forma geral. Segundo a Política, do Ministério da Saúde, para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, muitas pessoas ao se tornarem dependentes do álcool, precisam de cuidados especiais para deixar o vício. Dentre os esforços necessários para isso é de fundamental importância que o usuário de álcool inicie um tratamento médico acompanhado de uma equipe multidisciplinar na sua recuperação, incluindo o envolvimento da família no seu tratamento e recuperação (BRASIL, 2004).

Diante disso, devemos ter em mente que a família é o centro de formação social, é um instrumento essencial no tratamento e recuperação do alcoolista, podendo este ser um instrumento facilitador na adesão e na persistência ao tratamento, porém, este também se torna prejudicada pelos efeitos nocivos do álcool, fazendo-se necessário uma intervenção social sobre a mesma, ou seja, a família bem como o alcoolista, precisa de atenção especial dada pela equipe multiprofissional possibilitando uma melhor recuperação (BRASIL, 2004).

Além disso, devemos ter em mente que a questão social², a qual também é outro fator que contribui para os efeitos nocivos do álcool, quando seu uso indevido é maior também em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, diante de diversos problemas que se apresenta em seu cotidiano. Sem informações minimamente adequadas sobre essa questão, estes por sua vez possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente (BRASIL, 2004).

² Segundo Iamamoto (2012, p. 27) “a questão social pode ser definida como: o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

Outra questão importante e que vale ser destacada nesse momento, ainda em relação à relevância do tema, refere-se ao próprio trabalho do assistente social, pois o mesmo compõe a equipe multidisciplinar que atende as demandas desse grupo populacional, tendo em vista que, segundo a OMS (2004), o alcoolismo é um problema que afeta a saúde física e mental por ser um fenômeno global e social e que atinge diretamente o alcoolista, sua família, bem como outras pessoas, que precisam manter algum tipo de vínculo e levando em conta que a falta de informações esclarecedoras e Políticas Públicas no combate a esse fenômeno contribui para o crescente uso abusivo da mesma. Dessa forma, fica clara a relação do campo de atuação do Serviço Social com a problemática, qual seja a saúde.

Como forma de alcançarmos o objetivo geral e os específicos, supracitados, foi realizado inicialmente uma pesquisa exploratória. Segundo Gil (2002, p. 43), a pesquisa exploratória: “tem como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. Desse modo, este trabalho possui viés teórico qualitativo, pois seus alicerces foram construídos tendo por base autores com visão qualitativa da realidade dos fatos que ocorrem na sociedade. Além disso, damos ênfase nos relatos e vivências, dos profissionais de nível superior, que compõem a equipe multiprofissional do CAPS AD, Casa da Liberdade, o qual está situado na Rua Salvador Correia de Sá, 1296, no bairro Sapiranga, fazendo parte da Secretaria Executiva da Regional VI (SER VI) da cidade de Fortaleza.

Desse modo, esta pesquisa teve início, primeiramente, por meio de um levantamento bibliográfico prévio, o qual nos propiciou conhecer uma série de teóricos que tratam sobre a temática aqui abordada. Vale lembrar que, a pesquisa bibliográfica é considerada um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos com o tema.

Segundo Gil (2002, p.44), que esclarece o que consiste ser uma pesquisa bibliográfica, a mesma:

[...] é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à

análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas.

Ao adentrarmos no campo de nossa pesquisa, que materializou este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), adentramos ao campo da pesquisa, onde foi realizada entrevistas. Nessa etapa da pesquisa, nos ancoramos em Minayo (2006, p.107), segundo a qual:

O trabalho de campo se constitui em uma etapa essencial do processo de pesquisa e necessita ser pensado a partir de referenciais teóricos e de aspectos operacionais que envolvam questões conceituais. Assim, o campo social não é transparente, tanto o pesquisador como os atores, sujeito-objeto da pesquisa, interferem dinamicamente no conhecimento da realidade.

Deste modo, previamente foi construído um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas “abertas” e “fechadas”, que foi realizada com três profissionais que integram a equipe multiprofissional do CAPS AD Casa da Liberdade, da Regional VI, quais sejam: uma assistente social, uma psicóloga e uma enfermeira. Para tanto, foi utilizado como auxílio na execução das entrevistas, instrumentos como o roteiro de entrevista e o gravador de voz, conforme a autorização dos sujeitos entrevistados.

No que diz respeito ao aspecto ético desta pesquisa, em relação à análise dos resultados bem como a identificação dos sujeitos que aceitaram participar desta pesquisa se deram conforme as diretrizes dispostas pelo Código de Ética do Serviço Social, estando de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e com a Resolução 196/96, que dispõe sobre o sigilo profissional. Dessa forma, vale esclarecer que os participantes que colaboraram para a concretização deste trabalho serão identificados apenas pela sua profissão.

Por fim, é válido registrarmos que elegemos as seguintes categorias de análise, tratadas ao longo dos próximos capítulos: Família, Alcoolismo e as Políticas Públicas direcionadas para essa população, as quais são dialogadas com autores e organismos tais como: Guimarães e Almeida (2010), Mansur (2004), Dumas (2012), OMS (2014), dentre outros.

Vale colocar que, segundo o discurso dos autores supracitados, citamos aqui Guimarães e Almeida (2010), a família é uma instituição de transformações,

onde o indivíduo se desenvolve sendo na maioria das vezes, um lugar de conflitos e desavenças, em que muitas pessoas acabam buscando emancipar-se de tal forma que apenas baseiam-se nos problemas que surgem devido às condições decorrentes do uso abusivo de álcool não se preocupando muitas vezes com a causa do problema de dependência do álcool.

Segundo as próprias palavras das autoras:

Essas famílias estão diante do desafio de enfrentar, sem nenhuma proteção social, carências materiais e financeiras. Convivem, além disso, com graves conflitos relacionais. Essas dificuldades já são suficientes para caracterizar as situações por elas vividas com a violência social. A essas dificuldades somam-se episódios cotidianos de violência urbana, originados pelos grupos de narcotráfico e do crime organizado, compondo um quadro de acúmulo e potencialização da violência familiar (GUIMARÃES; ALMEIDA, 2010, p.130).

As mesmas autoras afirmam ainda que, no início, muitas famílias possuem dificuldades em aceitar o uso abusivo e a dependência do alcoolista, visualizando as diversas dificuldades que se apresenta no dia a dia. Algumas pessoas apresentam maior possibilidade de se tornarem dependentes de bebidas alcoólicas apresentando características comuns como insegurança, busca pelo prazer do efeito das drogas, frustrações, dentre outros.

Em relação ao alcoolismo, de acordo com Mansur (2004), um dos fatores que levam muitos indivíduos a fazerem uso abusivo de álcool está relacionado à necessidade de pertencimento diante de determinados grupos sociais dos quais ele passa a integrar, pois muitas vezes, o indivíduo precisa se identificar no grupo para tanto muitas vezes tendo que ingerir bebidas alcoólicas para participar do ciclo de amizades ocasionando em muitos casos a dependência de álcool.

A mesma autora completa, afirmando que, as dependências químicas não possuem uma única causa. Portanto, a soma de diversos fatores que atuam e contribuem para um processo de codependência dos indivíduos.

Por fim, nossa última categoria tratada, no percurso deste trabalho se refere às Políticas Públicas direcionadas a população usuária de drogas, em especial o álcool, e seus familiares. Sobre essa questão, segundo o Centro de Informações

sobre Saúde e Álcool (CISA)³, a OMS, no ano de 2014, estabeleceu alguns elementos básicos para o desenvolvimento e implantação de Políticas Públicas relacionadas ao álcool em todos os níveis. Tais elementos buscam minimizar os efeitos nocivos do álcool, estabelecendo que as ações devam ser trabalhadas em parceria com outros órgãos de prevenção tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Ocas Comunitárias, entre outros garantindo assim um conjunto de ações mais eficazes.

Ainda segundo a mesma fonte de pesquisa, o uso de álcool e outras drogas ultrapassam os limites do campo da saúde, é preciso, porém, compreender os diversos fatores sociais que contribuem para o consumo excessivo do mesmo. É importante salientar também, a real necessidade de Políticas Públicas eficazes no combate ao uso abusivo álcool e outras drogas com programas de prevenção, promovendo a saúde e visando garantir a participação integral dos indivíduos envolvidos mostrando-lhes os riscos do consumo excessivo do álcool.

Com relação à divisão do presente trabalho, este se subdivide em 3 (três) capítulos. O primeiro capítulo intitulado: “Breve Histórico sobre o Consumo de Álcool e sua relação com a Família” o qual contextualiza o consumo dessa substância ao longo dos tempos bem como traça correlações com as diversas configurações de família.

O segundo capítulo foi denominado de: “Políticas Públicas direcionadas a população alcoolista e seus familiares” que discorre sobre a legislação que embasa o atendimento a esses indivíduos bem como aos seus familiares, oferecidos pelo CAPS AD Casa da Liberdade.

Já no terceiro capítulo chamado de: “Fortaleza o atendimento do CAPS AD Casa da Liberdade aos familiares dos indivíduos alcoolistas” são descritos a experiência da pesquisa de campo, os relatos e vivências do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional, no CAPS AD Casa da Liberdade, junto aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e seus familiares.

³ As informações supracitadas foram divulgadas no site oficial do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcoolsaude-2014.php>>. Acesso em: 19/08/2016.

2 BREVE HISTÓRICO SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL E SUA RELAÇÃO COM FAMÍLIA

Neste capítulo serão discutidos os assuntos: o consumo de álcool, no Brasil no século XX, onde apresentamos de forma breve como foi introduzido na cultura o hábito de consumir essa droga e as configurações de família e o alcoolismo, para tanto, apresentamos os conceitos de configurações de família que sofreram e ainda sofrem transformações devido ao movimento dos atores sociais dentro de cada sociedade.

2.1 O consumo de álcool no Brasil

O Brasil, como um País emergente está sobre a influência, seja pelas culturas de hábitos, seja pelas diversas formas de tratamento aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool (SAAD, 2001).

Como pode ser observado, o Brasil, na construção de seu processo histórico socioeconômico sofreu influências, como por exemplo, na sua cultura, na forma como foi inserido o consumo de bebidas alcoólicas, bem como no tratamento dado as pessoas que se tornavam alcoolistas.

De acordo com Raminelli (2005), no Brasil, os registros do consumo de álcool nos remetem ao período em que o país ainda era colônia, onde os missionários e colonos conviviam com o consumo de bebidas alcoólicas nativas, produzidas por jovens indígenas, a partir da mandioca, do aipim, do milho, do caju, do abacaxi, da jabuticaba, dentre outras raízes e frutas.

Raminelli (2005, p. 144), retrata bem como eram produzidas as bebidas alcoólicas no período do Brasil Colônia:

O cauim era uma bebida fermentada, o caldo extraído da mandioca era misturado à saliva, provocando sua fermentação. Esse procedimento, contrário às normas de higiene, acabou sendo aceito pela semelhança com o processo de produção do vinho quando os pés, nem sempre limpos, amassam as uvas. Entre as populações indígenas, não se bebia sempre, mas bebia-se em determinadas ocasiões - durante os rituais religiosos e de passagem, quando do nascimento, da entrada na puberdade e no mundo adulto, nos rituais de cura, em meio aos trabalhos agrícolas coletivos, na busca de transcendência ou por mero prazer. Experiência coletiva, o uso do

álcool facilitava a sociabilidade e o contato com o sobrenatural. A substância tinha qualidades medicinais e nutritivas reconhecidas. A embriaguez tinha um caráter sagrado, não sendo vista como uma questão moral. Regras e interdições organizavam o consumo das bebidas: o cauim era proibido antes da puberdade e entre as crianças; rapazes só podiam beber depois de casados e a embriaguez era valorizada como prova de virilidade. Uma vez por mês, o grupo se reunia para beber as bebidas preparadas em cada uma das cabanas e, nesses momentos, a ingestão de sólidos era proibida, porque estavam celebrando o vinho. A dança, os cantos e assobios estimulavam a continuar a beber. Nesses momentos de celebração as mulheres podiam dançar lado a lado com os homens.

Compreendendo as afirmações de Raminelli (2005), é possível afirmarmos que as bebidas alcoólicas, no período do Brasil Colônia, eram produzidas de forma artesanal, as quais possuíam diversas finalidades, como por exemplo, medicinais e nutricionais. Além disso, o consumo de álcool era sagrado entre a população indígena consumido em ocasiões especiais, muito embora já houvesse sinais do seu consumo em excesso tendo em vista que a embriaguez era vista como uma forma de masculinidade. Comparando com a produção de vinho pelos colonizadores, portugueses, pode-se afirmar que o consumo de substâncias alcoólicas possuía semelhanças entre os povos.

Traçando outro paralelo, é possível afirmarmos ainda que, a produção e a finalidade do consumo de bebidas alcoólicas, no período do Brasil Colônia, possuíam semelhanças também ao uso feito pelas sociedades antigas, discorrido por Acselrad (*et al.*, 2012), haja vista que, a produção e as finalidades para o consumo de bebidas alcoólicas na população indígena possuíam fins religiosos e medicinais.

Acselrad (*et al.*, 2012, p. 88) afirmam ainda que, entre os índios o uso de bebidas alcoólicas ocorria:

[...] durante os rituais de sedução, em festas, nos momentos que antecediam as guerras, deixando registros de eficiência terapêutica. Quanto às propriedades medicinais das bebidas alcoólicas essas eram usadas no combate das mais diversas doenças sendo inclusive aplicada no corpo do doente.

Como pode ser observado, o uso de bebidas de álcool, entre a população indígena, era para os mais diversos fins: rituais festivos, guerras, e até mesmo para fins medicinais, inclusive sendo passado no corpo das pessoas. Correlacionando com os dias atuais é possível afirmarmos que o uso abusivo de álcool até hoje é

ingerido em momentos festivos, todavia, os motivos perpassam as finalidades atribuídas para o álcool pelos indígenas. Nos dias atuais, a ingestão de substâncias alcoólicas está, também, relacionada ao modo como se dá a reprodução da vida material em nossa sociedade.

Para Acselrad (*et al.*, 2012) conhecer as características dos processos históricos do consumo de drogas em especial do álcool é fundamental para entender o impacto sofrido pelas populações. Ainda segundo as mesmas autoras, o contato da população indígena, bem como dos negros, escravos, com a cidade contribuiu para que o ritual culturalmente aceito do beber, mesmo do beber antes de comer, se tornasse alcoolização, com graves consequências. Com o passar do tempo os rituais e tabus foram substituídos por outras formas de relação com a bebida, dentre essas, lembramos os rituais coletivos que nos traz amparo psicológico. Assim, foram criadas outras motivações para o consumo de bebida de álcool, dando origem a uma incapacidade individual e coletiva de reagir diante das novas situações.

Ao observarmos as afirmações acima é possível afirmarmos que o consumo excessivo de álcool se deu a partir de uma construção histórica onde ocorreu uma mudança na cultura vigente a partir do período do Brasil Colônia. A partir do momento em que o país é colonizado pelos portugueses, com o contato das culturas dos três povos indígenas, negros e portugueses. Desse modo, é possível afirmarmos que, a partir do Período Colonial, com a introdução da cultura portuguesa, o uso de bebidas alcoólicas passou a ser usada com o objetivo de socializar os indígenas com os colonizadores.

Segundo Raminelli (2005), no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, no Brasil, sempre existiu uma verdadeira apologia ao álcool, como forma de exemplificar tal afirmativa a mesma autora coloca que na peça de teatro “Autorrepresentado na Festa de São Lourenço”, datada de 1586, escrita por José de Anchieta, o personagem Guaixará é o rei dos diabos que convive com índios, bebendo cauim até vomitar.

Para Guimarães e Grubits (2007), a prática de beber foi instrumentalizada como arma de dominação, dos portugueses, em relação às populações indígenas e, posteriormente, à população negra escravas, com o objetivo de diminuir a resistência e a desestruturação de práticas de consumo outrora integradas nos usos e costumes tradicionais, pois quando esses povos ingeriam bebida alcoólica se

tornavam mais amistosos, mais fáceis de serem integrados a uma nova cultura. No entanto, com o passar o tempo, tal prática se instituiu de forma generalizada em toda a sociedade brasileira.

Segundo Guimarães e Grubits (2007, p. 99):

O tipo de contato mantido e as mudanças impostas pelos colonizadores, tanto materiais, como psicossociais, resultantes dessa experiência, tiveram e, ainda hoje têm, como resultado a desagregação individual e social. Do ponto de vista das populações dominadas, o uso das bebidas alcoólicas ajudou a suportar o mal estar sofrido num mundo que lhes negava origem e costumes.

Como é possível observar, os colonizadores impuseram mudanças nos hábitos da população que era escravizada (índios e negros), no que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, como consequência ocorreu uma desagregação individual e social dos mesmos, haja vista que, os portugueses lhes negavam até mesmo suas próprias origens e costumes.

A respeito do consumo indiscriminado de bebidas alcoólicas, que perpassa pela população indígena até os tempos atuais, London (1993, p. 99), afirma que: “parece que os homens não bebem conscientemente em busca do efeito que o álcool produz no organismo, mas sim pela necessidade de outra vida”.

Com relação à afirmação de London (1993), observamos que muitas vezes os indivíduos que fazem uso de álcool possuem motivos que vão muito além de um estado momentâneo de bem estar. Os supostos motivos que levam essas pessoas a ingerirem bebidas alcoólicas, são os mais diversos problemas socioeconômicos que estão passando buscando na bebida um pouco de alento, ou por outros motivos, que segundo a compreensão de London (1993), são devido a fatores socioeconômicos, que muitas vezes decorrem do individualismo, ou até mesmo fuga da realidade, pois, o consumo de bebida alcoólica para tradições antigas era uma forma de integração.

Ainda sobre o uso indiscriminado de bebidas alcoólicas, conforme discorrido até o presente momento, o mesmo já se encontrado enraizado na sociedade, segundo Saad (2001), foi somente a partir do século XX, no transcorrer da Primeira e Segunda Guerra Mundial, o alcoolismo passou a ser estudado de forma mais profunda pelas mais diversas áreas da saúde, como por exemplo, na psicologia e na

psiquiatria. Sendo que, esses dois campos de estudo influenciaram uma nova forma de pensar e ver o alcoolismo, contribuindo assim para o surgimento de clínicas ambulatoriais e a aplicação de técnicas psicoterápicas como alternativa ao tratamento “criminal” dado aos usuários até então.

A respeito dessa mudança no olhar sobre essa população é importante registrar que também foi no início do século XX, nos Estados Unidos, que surgiu uma nova modalidade de tratamento, os Alcoólicos Anônimos (A.A), o qual, posteriormente, se espalhou pelo mundo (SAAD, 2001).

Segundo o mesmo autor, que discorre sobre essa nova forma de tratar as pessoas alcoolistas, o A.A foi criado, na década de 1930, por dois americanos, dependentes do álcool, que descobriram na conversa entre “iguais” uma forma de integração terapêutica, uma ajuda para seu sofrimento e assim criaram uma filosofia de recuperação baseada nos Doze Passos para conseguir a abstinência. Como características principais, esse novo tratamento estão a não participação de profissionais no programa e a utilização da concepção de doença, desenvolvida pela medicina.

Ainda em relação ao tratamento, segundo Saad (2001), posteriormente surgiu, também nos EUA, o Narcóticos Anônimos (N.A), o qual possui o mesmo objetivo do A.A, entretanto, era destinado aos dependentes de outras drogas, mas com a mesma filosofia de recuperação do A.A.

Dada a importância para a sociedade e a amplitude tomada pelo N.A⁴, vale nesse momento abriremos um parêntese e colocarmos, que atualmente o N.A é uma irmandade mundial ativa em mais de 131 países e com mais de 58.000 reuniões semanais no mundo. Sendo que, qualquer um, independente de raça, crença, opção sexual, cultura, idade ou situação financeira pode participar das reuniões as quais são totalmente gratuitas.

Retomando a questão do consumo de álcool e o olhar da sociedade sobre esses indivíduos, segundo Toscano Jr (2001), muito embora tenham sido criados grupos de ajuda aos alcoolistas, a sociedade permaneceu com uma visão “criminal”, sobre essa população, que perdurou até meados de 1948, quando foram implantadas outras ideias sobre reabilitação, como, por exemplo, hospitais que

⁴ As informações supracitadas, estão dispostas no *site* oficial do N.A. Disponível em: <<http://www.na.org.br/>>. Acesso em: 3 out. 2016.

passaram a criar alas específicas para o tratamento dos alcoolistas e em 1953, no Estado da Califórnia, nos Estados Unidos, foi criada primeira Comunidade Terapêutica, uma modalidade de tratamento que associava os conceitos desenvolvidos pelo A.A com o de Comunidades Terapêuticas Psiquiátricas.

Ainda segundo o mesmo autor, nos anos de 1950 e 1960, Jellinek⁵, definiu o alcoolismo como doença para casos onde estivessem presentes a tolerância, a síndrome de abstinência e a perda de controle e, admitiu, que a doença poderia receber influências de aspectos culturais, demográficos, políticos e econômicos, a qual mais tarde foi adotada pelo Brasil. Assim, a partir do conceito de alcoolismo definido por Jellinek, a doença chamada alcoolismo passou a ser vista com decorrente de vários fatores (TOSCANO JR., 2001).

Portanto, como pode ser observado, a discussão acerca do transtorno decorrente do uso de drogas tem buscado incluir outros riscos associados como a história familiar, estilo de vida e fatores do meio (social e econômico).

Segundo as próprias palavras de Toscano Jr. (2001, p. 22):

Os conceitos de dependência não fazem parte da marcha para o progresso médico nem de uma conspiração profissional. Embora a divisão tradicional entre as abordagens penal e médica do uso do álcool e de drogas, na essência desta última abordagem, acerca da dependência teve os seus aspectos positivos.

Como pode ser observado, segundo as próprias palavras do autor, supracitado, os conceitos acerca dos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool não são decorrentes de uma “conspiração médica”. O autor defende que, os conceitos oriundos de profissionais da saúde são positivos quando comparado a abordagem penal que era dada a essa população, pois, não se dava um tratamento adequado a esses indivíduos a partir do momento que o tratamento só abordava aspectos legais do problema chamado alcoolismo⁶, portanto, o que existia era uma normatização por parte da medicina, nesse aspecto.

Segundo Fidelis Dias (2008), o alcoolismo hoje é considerado uma “doença social”, uma das enfermidades mais comuns entre a população brasileira,

⁵ Em 1960, Emil Jellinek, formulou pela primeira vez uma classificação para o uso de álcool, o qual foi intitulado: “*The disease concept of alcoholism*” (TOSCANO JR., 2001).

⁶ Toscano Jr. (2001), usa o termo alcoolismo para denominar a população que é dependente de bebidas alcoólicas.

independentemente do grupo social a que se pertença, sendo introduzida no modo de vida da sociedade brasileira.

A esse respeito, segundo matéria divulgada pelo Jornal O Povo, do dia 06\02\12:

Os cearenses tiveram 0,77 morte por cada 100 mil pessoas, devido ao álcool, de 2006 a 2010, segundo pesquisa sobre drogas legais e ilegais. O Ceará, depois de Minas Gerais, é o Estado no País com maior número de pessoas mortas por alcoolismo. É o que revela estudo sobre óbitos por drogas legais ou ilegais, divulgado pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. Adiantou que o consumo de bebidas alcoólicas é o campeão na mortandade. O uso de drogas em geral matou 40.692 pessoas no Brasil entre os anos 2006 e 2010, uma média de oito mil óbitos por ano. O levantamento informa que a bebida tirou a vida de 34.573 habitantes, 84,9% dos casos informados por médicos em formulários que avisam o Governo federal sobre a causa da morte nesse grupo da população. Na comparação da devastação por Estado, os mineiros lideram as mortes por álcool, com 0,82 morte para cada 100 mil habitantes, seguidos pelos cearenses, com 0,77 morte/100 mil pessoas. Depois aparecem os sergipanos, com 0,73/100 mil. São Paulo registra 0,53 morte para cada 100 mil habitantes. Para o presidente da CNM, Paulo Ziulkoski, há uma urgente necessidade de combater o problema das drogas nos municípios. “E não se está fazendo isso. O problema estoura é nos municípios”, advertiu. Ziulkoski disse que a média de cerca de oito mil óbitos, encontrada no SIM, é um número subestimado. “Não há uma cultura de informação dos médicos”, acrescentou. Para ele, “o País precisa ver que a política de prevenção do uso de drogas é precária”. O estudo abrangeu dois mil municípios (2012, p. 14).

Ainda em relação à mesma questão, Fidelis Dias (2008), argumenta que:

[...] o uso de bebidas alcoólicas começa a ser um problema social quando surgem, simultaneamente, circunstâncias sociais e culturais que fomentam o seu uso generalizado e se desenvolvem atitudes contrárias de repúdio incompatíveis com o uso considerado excessivo. Assim, o alcoolismo é um problema social por afetar o indivíduo em todos os campos da sua vida, em todas as classes, todos os gêneros e todas as esferas da vida em sociedade direta ou indiretamente (IDEM, 2008, p. 77).

Como pode ser observado, o autor argumenta que o consumo de bebidas alcoólicas começa a surgir como um problema social a partir do momento em que é associado a dois fatores, o social e o cultural, pois os mesmos quando são fomentam o uso indiscriminado dessa droga afetando a vida dos indivíduos que fazem uso da mesma bem como sua família e a sociedade como um todo. Além disso, observamos que a sociedade estimula o consumo de álcool, mas ao mesmo tempo controla o abuso.

Com relação ao Brasil, Saad (2001), afirma que até 1930, o consumo do álcool não era encarado como problema, tal perspectiva só mudou a partir de 1931 com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)⁷. O mesmo autor esclarece que, no Brasil, não houve uma política contra a venda de bebidas alcoólicas, ocorrendo apenas um movimento de repressão com relação ao uso de álcool pela população. Vale lembrar que, na década de 1931, os então legisladores brasileiros observaram com atenção as medidas tomadas, pelos EUA, contra o uso abusivo de álcool, acarretando um movimento de repressão. Entretanto, no Brasil, não foram tomadas medidas mais severas como a Lei Seca⁸ adotada nos Estados Unidos.

Desse modo, a partir da criação da LBHM, no ano de 1940, o Código Penal brasileiro, passa a expressar uma visão claramente repressiva, propondo a punição como forma de recuperação para o transgressor da lei. Já na década de 1950, a preocupação com o uso do álcool passa a dar lugar às drogas arroladas como ilegais. No entanto, mesmo o álcool nunca ter sido considerado uma droga ilícita, pois no Brasil, não houve o “Movimento Proibicionista”, como nos Estados Unidos, o consumidor passou a sofrer sanções legais, tendo em vista as restrições criadas para a compra de bebidas por menores de 18 anos (SAAD, 2001).

Nesse momento é importante fazermos uma ressalva, haja vista que, muito embora, tenhamos feito uma pesquisa sobre a população que consome álcool na cidade de Fortaleza, existem dados apenas a partir do ano de 2001, quando foi realizado o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, no Brasil, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, mesmo assim, as informações que estão disponíveis, são apenas por região.

Sendo assim, o referido estudo apontou que dentre as drogas lícitas mais usadas pela população brasileira, no ano de 2001, o álcool ficou em segundo lugar com 11,2% da população, perdendo para o tabaco o qual era usado por 41,1% dos brasileiros. Já a região com maior consumo de álcool foi a do Nordeste com 16,9% da população. Já no ano de 2005, quando foi feito o II Levantamento, pelo mesmo

⁷ Segundo Saad (2001) a Liga Brasileira de Higiene Mental, foi criada em 1923, no Rio de Janeiro, com o objetivo de tratar e prevenir o alcoolismo, na concepção de que o mesmo é era uma doença hereditária e necessitava de internação involuntária, portanto, medidas tidas como eugênicas. ⁸ Na história dos Estados Unidos, a Lei Seca também conhecida como Movimento Proibicionista, se deu entre os anos de 1920 a 1933. Durante esse período, foi proibida a fabricação, transporte e venda de bebidas alcoólicas para consumo. A qual possuía o objetivo de acabar com os problemas sociais, pois os mesmos eram vistos como um problema decorrente do uso abusivo de bebidas alcoólicas (SAAD, 2001).

Centro, o uso de álcool pela população nordestina foi de 10,1% (CARLINI; GALDURÓZ; NOTO; NAPPO, 2002).

Outro estudo, mais recente, que encontramos foi o realizado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2012, intitulado: “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (VIGITEL), dentre as capitais da região do Nordeste com maior consumo de álcool, Fortaleza, se encontrava na quarta posição com 16,3% de sua população (BRASIL, 2012).

Vale colocar que, atualmente, as restrições a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos continuam existindo, sendo o mesmo autor, os problemas em decorrência do uso abusivo de álcool, bem como na forma como se dá a avaliação dos sujeitos alcoolistas, continuam na perspectiva psiquiátrica ou jurídica.

O que se expressa nas representações da sociedade de modo geral e dos próprios dependentes de drogas são: “[...] noções do dependente como fraco de caráter, psicopata ou doente acompanham o imaginário social até hoje e são fundamentados nos períodos históricos” (SAAD, 2001, p. 33).

Como pode ser observado, o alcoolismo é diagnosticado como uma doença, mas a sociedade continua estereotipando os indivíduos que são alcoolistas como “fracos de caráter”, “psicopatas”, dentre outros nomes pejorativos. Portanto em relação aos estereótipos, o Estado, necessita investir em um trabalho de conscientização e esclarecimento da sociedade.

Acreditamos que para se desenvolver esse tipo de trabalho primeiramente é preciso entender que, a cultura do consumo de álcool está enraizada em nossa sociedade, sendo assim, somente um trabalho de médio e longo prazo com a sociedade será possível mudarmos tal realidade. Devemos lembrar que, muitas vezes, dada a dinâmica da sociedade individualista, a mesma acaba ingerindo álcool por necessidade.

Saad (2001) traça uma correlação dessa visão, e lembra que, mesmo existindo os CAPS AD, Centros de Atendimento Psicossociais no Brasil, a ótica que a sociedade possui sobre os indivíduos alcoolistas ainda está muito distante da dos americanos, que trabalham a visão médica, de doença e jurídica. O Brasil, como uma sociedade individualista, ainda possui uma visão moralista, preconceituosa, onde a dependência é vista como defeito da pessoa, simbolizada nos termos “viciado e infrator”, tal fato pode ser observado nas palavras da mesma autora,

segunda a qual, a repressão é centrada no sujeito: “o indivíduo alcoolista é tido como doente e criminoso ao mesmo tempo” (IDEM, 2001, p. 37).

Portanto, de acordo com as próprias palavras do autor é possível afirmarmos que a sociedade brasileira continua sendo extremamente moralistas com a população alcoolista, pois esse grupo populacional é taxado de forma pejorativa e, por muitas vezes até de criminoso o que na realidade não são, faltando assim, informação de que o alcoolismo é uma doença.

Para Bucher (1992), atualmente a concepção de que a dependência de drogas é resultante de três fatores: a droga, a pessoa que a utiliza e sua personalidade construída através da sua história e o contexto sócio-cultural onde a droga está inserida, com seus valores, padrões e influências.

Diante de tudo o que foi trazido até o presente momento, é de extrema relevância que se discorra sobre como acontece a relação das famílias com os indivíduos alcoolistas, assim, o próximo tópico, abaixo, apresenta as correlações das diversas configurações de família e o alcoolismo.

2.2 Configurações de família e o alcoolismo

Antes de adentrarmos nas questões relacionadas ao uso de álcool no seio familiar pelos seus membros, é relevante trazermos as concepções acerca dos conceitos do que consiste ser família em nossa sociedade contemporânea.

Segundo Saraceno (1992), para compreendermos o conceito de família devemos romper com as concepções que trazem a mesma a partir de uma visão homogênea. Ao longo do tempo estudos antropológicos têm apontado uma variedade de configurações familiares que foi sofrendo transformações ao longo da história. Na atualidade o conceito de família mais aceito por estudiosos da área de Ciências Humanas é que a família e sua organização é plural bem como os significados dos agrupamentos familiares, são os mais diversos.

Conforme destaca a mesma autora:

As famílias realmente existentes não são de modo nenhum homogêneas entre si no que diz respeito a recursos, fase do ciclo de vida, mas também modelos culturais e organizativos. As relações entre seus membros são

assimétricas, conservam diferenciações de gênero e de geração, e são hierarquizadas. Não se trata de um bloco homogêneo nem necessariamente harmonioso. No entanto, o termo unitário família alude a uma forte unidade e homogeneidade, porém oculta uma realidade marcada por interesses divergentes, modelos hierárquicos, relações de poder e força, mas também processos de negociação, de cooperação e de solidariedade. [...] a família também é o espaço histórico e simbólico no qual e a partir do qual se desenvolve a divisão do trabalho, dos espaços, das competências, dos valores, dos destinos de homens e mulheres, ainda que isso assumam formas diversas nas várias sociedades (SARACENO, 1992, p. 210).

Assim, a sociedade de um modo geral, quando é interpelada sobre o conceito de família, vem em mente uma unidade homogênea, todavia, a autora deixa claro que existe um grande número de configurações de família e uma rede de poder, força, cooperação e solidariedade que não é homogênea, e que depende de diversos fatores, dentre esses destacamos a questão cultural, diferenciações de gênero e de geração. Além disso, é dentro de cada núcleo familiar que é feita a divisão do trabalho e construído os valores dos indivíduos.

Tal constatação feita pela autora, acima, vem de encontro com as afirmações de Mito (1997), que parte do pressuposto de que família é:

[...] um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas, ou não, por laços consanguíneos. [...] Estamos diante de uma família quando encontramos um espaço constituído de pessoas que se empenhem umas com as outras, de modo contínuo, estável e não casual [...] quando subsiste um empenho real entre as diversas gerações (MIOTO, 1997, p. 120).

Desse modo, compreendendo as afirmações de Saraceno (1992) e Mito (1997), é possível afirmarmos que os conceitos sobre as configurações de família apresentados até o presente momento são uma visão ampliada e atual de família, posto que as pessoas que convivem em uma ligação afetiva duradoura podem ser um homem e uma mulher e seus filhos biológicos, mas também pode ser um casal do mesmo sexo, ou apenas a mulher com seus filhos legítimos ou adotados, e outra infinidade de arranjos. Desse modo ao pensarmos sobre o conceito de família, devemos ter em mente que os arranjos das mesmas são assimétricos.

Outra definição de família que vem no mesmo sentido da compreensão das autoras acima, e que merece destaque é o de Szumanski (2002), que distinguiu nove tipos de composição familiar na contemporaneidade, quais sejam:

Família Nuclear são as famílias formadas por pai, mãe e filhos biológicos, ou seja, é a família formada por apenas duas gerações. Desse modo, compreendemos o conceito de Família Nuclear como sendo um conjunto de pessoas que possuem grau de parentesco entre si e vivem na mesma casa formando um lar. Uma família tradicional é normalmente formada pelo pai e mãe, unidos por matrimônio ou união de fato, e por um ou mais filhos, compondo uma família nuclear ou elementar. Portanto, nessa configuração de família não compõe seu núcleo, por exemplo, avós;

Famílias Extensas são as famílias formadas por pai, mãe, filhos, avós e netos ou outros parentes, isto é, a família formada por três ou quatro gerações. Dentro dessa concepção de família compreendemos que esse modelo é aquele que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade. Portanto, nessa configuração de família, geralmente seus núcleo é composto por um número elevado de membros;

Famílias Adotivas Temporárias são famílias que adquirem uma característica nova ao acolher um novo membro, mas temporariamente, por exemplo, famílias que recebem pessoas que são intercambistas, as quais passam a residir de maneira temporária com outra família ou programas para crianças e adolescentes que foram retirados do lar original por várias razões (abuso sexual, o pai ou mãe são usuários de drogas, os pais falecem);

Famílias Adotivas; são as famílias formadas por pessoas que, acolhem novos membros. Esse tipo de família pode ser facilmente visualizado. A grande diferença nesse modelo de família é que nas famílias adotivas temporárias o novo indivíduo ou indivíduos permanecem por um espaço de tempo determinado, já no modelo de famílias adotivas não, citamos como exemplo, famílias que adotam uma criança;

Famílias de Casais são as famílias formadas apenas pelo casal sem filhos. Nesse caso, é uma família nos moldes “tradicionais”, mas sem filhos, formada apenas por um indivíduo do sexo feminino e outro masculino. Portanto, família de casais é um par (conjunto de 2) de pessoas, que mantêm entre si algum relacionamento ou que têm semelhanças em comum.

Famílias Monoparentais: são as famílias chefiadas só pelo pai ou só pela mãe. Nesse caso, independentemente do número de filhos, apenas terá como chefe

de família um indivíduo do sexo masculino ou do sexo feminino. Portanto, compreendemos que as famílias monoparentais são famílias chefiadas por um único provedor de sustento dos demais membros, independentemente do sexo;

Famílias de casais homoafetivos com ou sem criança são as famílias formadas por pessoas do mesmo sexo, vivendo maritalmente, como por exemplo, dois homens ou duas mulheres;

Famílias reconstruídas após o divórcio: são famílias formadas por pessoas (apenas um ou o casal) que foram casadas, que podem ou não ter crianças do outro casamento. Compreendemos que é a estrutura familiar originada do casamento ou da união estável de um casal, na qual um ou ambos de seus membros tem pelo menos um filho de um vínculo anterior;

Famílias de várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo são famílias formadas por pessoas que moram juntas e que, mesmo sem ter a consanguinidade, são ligadas fortemente por laços afetivos. Nesse tipo de núcleo familiar compreendemos que é formado por pessoas de sexo, idades, etnias diferentes, sem nenhum vínculo biológico ou cosanguíneo, com ligações afetivas.

Portanto, em nossa sociedade contemporânea, existe uma vasta gama de configurações de família. Feito esses esclarecimentos sobre como são configuradas as famílias, é importante lembrarmos que as pessoas alcoolistas estão inseridas nessas mais diversas configurações de família, supracitadas.

Nesse contexto, Fernandes (1998) analisa que o consumo abusivo do álcool por um ou mais membros da família, existe uma conexão causal entre pobreza e alcoolismo que ocorre quando a caída do *status* socioeconômico e a entrega à bebida se desenvolvem simultaneamente, gerando assim, uma inter-relação continuada entre ambos, em forma de um círculo causal fechado: à medida que se declina bebe mais, e à medida que se bebe mais se expõe a declinação.

Refletindo sobre o que o autor expôs compreendemos que fatores socioeconômicos levam as pessoas a consumirem bebidas de álcool, com o passar do tempo a bebida por si só acarreta o aumento do consumo da mesma desse tipo de substância. Portanto, existe uma relação entre exclusão socioeconômica e o consumo abusivo de álcool.

Segundo Fernandez (1998) o que ocorre com os indivíduos alcoolistas é uma dessocialização. Um processo dinâmico que vai tomando diversas formas, dentre essas destacamos a: dessocialização familiar e relacional, profissional e escolar, e marginalização, com distintas referências básicas: de um lado, a exclusão de instituições como: serviços sociais e médicos, educacionais, etc. E de outro o estilo de vida, muitas vezes devido ao *status* socioeconômico sensivelmente mais baixo e a conduta de violência ou delinquência.

Para Maluf e Pires (2006), o uso abusivo de álcool nas famílias, onde o responsável por manter financeiramente a família for um alcoolista, independentemente de ser homem ou uma mulher, os autores observaram que o cônjuge passa a ser responsável por todas as tarefas paternas e funcionais, e o alcoolista deixa de ser considerado como membro adulto e responsável da mesma. Nos casos em que o cônjuge não trabalhava esse passa trabalhar, tendo em vista que, o indivíduo que era responsável por manter economicamente a família não o faz mais. Diante disso, segundo os autores:

O cônjuge gradativamente irá assumir sozinho a administração da família e uma nova organização familiar, que procurará minimizar a influência perturbadora do alcoolista irá se desenvolver. Assim, a formação de papéis e regras adequadas dentro do casamento será distorcida, e conseqüentemente, o consumo abusivo de drogas irá interferir nas tarefas dessa fase do ciclo de vida. O que pode ou não levar o alcoolista e o cônjuge a separação (MALUF; PIRES, 2006, p. 110).

Como pode ser observado por meio das palavras dos autores, acima, paulatinamente os alcoolistas vão perdendo o papel que ocupavam dentro de seu núcleo familiar, já que, já não desempenham suas tarefas, de tal modo que, gradativamente os indivíduos alcoolistas acabam por “destruírem” o núcleo familiar, podendo ou não levar a separação. Cabe lembrar nesse momento que, diante disso ainda devemos ter em mente a questão de gênero, quando os autores mencionam a questão dos “papéis” de cada indivíduo dentro da família, pois esse tema, como pode ser observado está inserido nas famílias independentemente das mesmas terem ou não em sua composição indivíduos alcoolistas.

Perante essa situação, torna-se comum nas famílias: o isolamento social, as disfunções sexuais, levando a um acúmulo de papéis, fazendo com que um

observador menos atento possa ser tentado a traçar um perfil geral e único da família de alcoolistas (MALUF; PIRES, 2006).

Portanto, ainda segundo os mesmos autores, não existe um tipo de família alcoólica, e de esposa de alcoolista, mas sim diferentes situações determinadas não só pelas diferentes personalidades envolvidas, como também pela fase da história familiar a partir da qual passaram a incidir os problemas com o álcool. Maluf e Pires (2006, p. 267) afirmam que: “a resposta disfuncional em relação ao uso de drogas se apresenta de forma diferente, dependendo em que momento a família se encontra no ciclo vital”.

Alcoolizações com consequentes distúrbios de conduta produzem inúmeros sentimentos numa família, tais como: a vergonha, a raiva, a ansiedade, dentre outros, que por sua vez levam a culpa e a negação. Isso acaba por determinar o isolamento social, bem como um ambiente familiar conturbado permeado por constantes brigas e ressentimentos. Os familiares geralmente ficam confusos em relação às atitudes que devem tomar, e muitas vezes tendem a proteger e a sentir pena do alcoolista, outros apresentam mecanismos de negação, ou seja, “fecham os olhos” (MALUF; PIRES, 2006).

Como pode ser observado o comportamento adotado pelos indivíduos alcoolistas produzem nas famílias uma série de sentimentos, dentre esses os autores destacam: a vergonha, a raiva, a ansiedade, os quais geram desconfortos entre os membros das famílias e até mesmo brigas, pois não sabem como se portar diante da atitude tomada pelos alcoolistas.

Assim, a negação acaba se tornando um mecanismo de defesa para o reconhecimento da crescente falta de controle que ocorre tipicamente nos níveis emocional e funcional. Os feitos do alcoolismo, tanto distorcem como destroem a autoconfiança e autoestima da família. Quando os indivíduos alcoolistas são adultos e/ou pais de família acabam por levar os filhos a assumirem papéis paternos precocemente (MALUF; PIRES, 2006).

Compreende-se que, segundo os mesmos autores, que a negação é uma das formas dos indivíduos alcoolistas se portarem diante da doença, além disso, acaba por interferir de forma negativa na autoconfiança, bem como na autoestima da própria família.

Para Stronach (2004), de um modo geral os problemas decorrentes de indivíduos alcoolistas em seu núcleo familiar levam a: problemas sociais e interpessoais (conflitos familiares e perda de relacionamentos pessoais); problemas no ambiente de trabalho (perda de produtividade, absenteísmo, acidentes, problemas financeiros); problemas com a Justiça, pois esses indivíduos acabam se envolvendo com delitos relacionados a comportamentos agressivos; violência doméstica, onde o consumo abusivo de álcool pode atuar como desencadeante ou facilitador de todo tipo de violência; negligência familiar; e mudanças na personalidade, desgaste na vida emocional, falta de interesses no desenvolvimento de atividades da vida diária, diminuição da motivação para a participação na social, perda da capacidade de planejamento e organização, entre outros.

Portanto, observamos, por meio dos autores supracitados, que independentemente de quais disfunções, as pessoas alcoolistas venham a adquirir, certamente, esses comportamentos irão afetar a qualidade das relações interpessoais e o estilo de vida, desse grupo de indivíduos e por consequência irá comprometer de forma significativa todo o núcleo familiar que o mesmo pertence.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS A POPULAÇÃO ALCOOLISTA E SEUS FAMILIARES

Neste capítulo tratamos sobre as políticas públicas destinadas aos indivíduos alcoolistas e seus familiares. Vale salientar que, no percurso teórico construído neste capítulo levamos em consideração os pressupostos de Laranjeira e Dualibi (2007), os quais afirmam que, são consideradas políticas do álcool aquelas que se referem à relação entre álcool, segurança, saúde e bem-estar social. Definindo-as como qualquer esforço ou decisão de autoridades governamentais ou de Organizações Não Governamentais (ONG) para minimizar ou prevenir problemas relacionados ao consumo do álcool.

Para tanto, criamos o tópico denominado: “Políticas Públicas direcionadas para os indivíduos alcoolistas e seus familiares”, onde discorreremos, de forma sucinta, um pouco da trajetória das políticas públicas, sobre drogas, pois conforme apresentado ao longo deste capítulo, no Brasil, tais políticas possuíam seu foco nas drogas ilícitas.

3.1 Políticas Públicas direcionadas para os indivíduos alcoolistas e seus familiares

Segundo Oliveira (2004), as primeiras iniciativas governamentais destinadas a responder a questão das drogas, no Brasil, estavam voltadas prioritariamente para as substâncias psicoativas ilícitas, visto que eram baseadas na política repressiva norte-americana.

A partir da afirmativa da autora, acima, compreendemos que apesar da relevância que o consumo do álcool e suas implicações sociais possuem, no Brasil, as políticas públicas, principalmente em relação à saúde pública, estiveram em segundo plano, pois a prioridade do governo brasileiro era o combate as drogas ilícitas.

Oliveira (2004) enfatiza que, somente a partir dos anos de 1980, foram criados os primeiros órgãos governamentais designados à questão das drogas no Brasil, abrangendo as esferas federal, estadual e municipal, por meio da

Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Com base nessa lei foram criados o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), e os Conselhos Estaduais de Entorpecentes (Conens), vinculados respectivamente ao Ministério da Justiça e às Secretarias de Justiça e dos estados.

A referida lei, que originou os órgãos governamentais, possuía como norte ações conduzidas por estes órgãos que visavam prioritariamente reprimir a produção, o consumo e a comercialização de substâncias psicoativas ilícitas.

Oliveira (2004) relata que em 1998 foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas, vinculada a Casa Militar da Presidência da República, que expressava a preocupação do governo brasileiro de mostrar para a comunidade internacional, que estava assumindo com prioridade o combate às drogas. Por outro lado, tomando as substâncias ilegais como alvo principal da política pública brasileira, enquanto as drogas lícitas mais consumidas no país (o tabaco e o álcool) eram deixadas em segundo plano.

No ano de 2000, com base na Lei nº 6.368/76, por meio do Decreto nº 3.696/00, foi criado, o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), passando a serem atribuídas às atividades de repressão e prevenção do uso indevido de drogas, ao mesmo. Salientando que, o Sisnad é composto pelos seguintes órgãos: Conselho Nacional Antidrogas (Conad), o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), o Ministério da Justiça e o Departamento da Polícia Federal (BRASIL, 2000).

À SENAD foi atribuída às seguintes funções: planejamento, coordenação, supervisão e controle das atividades relacionadas à repressão, à prevenção ao uso indevido, o tratamento, a recuperação e a reinserção social do dependente (BRASIL, 2000).

Analisando esse novo sistema de combate as drogas (Sisnad) compreendemos que, a partir desse momento, o Brasil, deu um novo rumo ao combate as drogas, pois redefiniu sua estrutura para o enfrentamento da questão das drogas, agora não mais baseada apenas no foco da repressão. Todavia faz-se necessário salientarmos que, mesmo após essa reestruturação das políticas

antidrogas, percebe-se uma priorização pelo estado brasileiro na abordagem das substâncias ilícitas como foco principal.

De acordo com Bucher (1992 apud Oliveira, 2004, p. 182), que critica a política sobre drogas brasileira:

Esquece-se que as drogas ilícitas, alvo das investidas repressivas, não são as mais consumidas, nem as que mais geram dependências; que a procura por drogas não está ao alcance de mecanismos de intimidação repressiva; que a presença de fatores de risco na população é uma questão de saúde pública e de educação e assim deve ser tratada.

Analisando as afirmações, acima, é possível afirmarmos que, muito embora a política sobre drogas, no Brasil, tenha sido reestruturada a partir dos anos 2000, a mesma continua com seu foco direcionado as drogas ilícitas, haja vista que, a mesma foi concebida com base na Lei nº 6.368/76.

Com relação uma política específica sobre drogas, Oliveira (2004) afirma que, muito embora, a criação de uma política nacional antidrogas, esteve incluída na pauta do governo federal desde os anos de 1980, a formulação da mesma só foi concretizada no ano de 2001, a partir da Política Nacional Antidrogas (PNAD), apresentada pelo então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, durante o Fórum Nacional Antidrogas, a qual possui uma abordagem mais ampla, focando as seguintes temáticas: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão, estudos, pesquisas e avaliações. Além disso, é importante que se ressalte que, a partir daí a PNAD, passou a mencionar também as drogas lícitas, o álcool e o tabaco.

Segundo Oliveira (2004), que analisa a PNAD, o resultado final da construção desta política se deu com a participação da sociedade civil no seu processo de elaboração da mesma, iniciado no I Fórum Nacional Antidrogas, quando o meio científico e a sociedade foram consultados sobre a condução do país a respeito desse tema.

No que concerne ao álcool, a partir da PNAD, o Ministério da Saúde, no ano de 2002, elaborou a Política para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, assumindo assim, o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (BRASIL, 2002).

Vale colocar que como forma de materializar a Política para a Atenção

Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, o Ministério da Saúde, publicou a Portaria GM/816/02, a qual cria o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas no SUS (BRASIL, 2002).

De acordo com esse documento, o programa considerou a variedade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos estados e Distrito Federal e as diferenciações acerca da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, para propor a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

Para Oliveira (2004) que faz uma análise da Portaria GM/816/02, que criou os CAPS AD expansão dessa rede obedeceu aos desígnios da Reforma Psiquiátrica, buscando viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental, ainda predominante hospitalocêntrico, por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares.

Portanto, ao observarmos as colocações de Oliveira (2004), compreendemos que a Reforma Psiquiátrica alterou o modelo de atendimento à saúde quando comparado ao modelo anterior hospitalocêntrico, onde o atendimento se dava basicamente por meio dos hospitais.

Conforme a Portaria GM/816/02, o objetivo dos CAPS AD é oferecer atendimento diário nas modalidades intensivas, semi-intensiva, e não intensiva, possibilitando o atendimento terapêutico dentro de uma perspectiva de evolução contínua e intervenções precoces, buscando limitar o estigma associado ao tratamento, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade (BRASIL, 2002).

Ainda de acordo com a mesma Portaria, os CAPS AD, devem propiciar atenção psicossocial em ambiente comunitário, integrado à cultura local e articulado com toda rede de cuidados em álcool e drogas, e saúde mental (ambulatórios, leitos psiquiátricos em hospital-geral, hospitais-dia e outras práticas de atenção comunitária, como internação domiciliar, dentre outros) (BRASIL, 2002).

Nessa política o álcool é abordado com ênfase bem maior, reconhecendo-se que as intervenções voltadas para minimizar os problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas devem dedicar mais atenção às

drogas de uso lícito, especialmente o álcool. Também trata da intersectorialidade, da atenção integral, da proteção e promoção à saúde (OLIVEIRA, 2004, p. 188).

Como pode ser observado a partir dessa Portaria o Governo Federal passou a reconhecer que essas articulações são fundamentais para a defesa e promoção de direitos e controle social. A promoção à saúde referida pela autora está ligada à educação em saúde sendo consideradas as práticas de vida diária dos indivíduos.

Correlacionando as palavras de Oliveira (2004) com tudo o que foi discorrido até o presente momento podemos afirmar que, anteriormente a essa nova metodologia adotada pelo Estado, historicamente, o uso abusivo de álcool era tratado predominantemente por meio de uma abordagem, psiquiátrica ou médica. A partir dessa nova concepção os indivíduos alcoolistas bem como as famílias desses, passaram a serem tratados levando-se em consideração aspectos sociais, psicológicas e econômicos, na compreensão global do problema.

Segundo Stronach (2004), que também faz uma análise sobre a nova abordagem da política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, a mesma quando foi elaborada se baseou na estratégia de redução de danos definida pela Associação Internacional de Redução de Danos a qual define redução de danos como:

Políticas e programas que tentam principalmente reduzir para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento (STRONACH, 2004, p.31).

Deste modo, a estratégia da redução de danos possui seu foco principal no tratamento das consequências do uso abusivo de drogas, ao invés de enfatizar apenas a redução do consumo de uma determinada substância. Portanto, a abordagem por meio da redução de danos, engloba tanto os danos causados pelos usuários a si mesmo quanto os danos causados as suas famílias e a sociedade.

Portanto, comparando com o modelo hospitalocêntrico existente anteriormente as mudanças são visíveis, pois a partir da estratégia de redução de danos o foco passou para o tratamento ao uso abusivo de drogas e não apenas na redução do consumo.

Stronach (2004) afirma ainda que essa abordagem leva em consideração a singularidade de cada usuário, possibilitando assim, traçar com cada indivíduo estratégias que estão voltadas para melhorar sua qualidade de vida e não apenas para alcançar a abstinência. Portanto, a abordagem da redução de danos se caracteriza como uma alternativa para aqueles que não se encontram em condições de interromper, de imediato o uso da droga, devido a fatores inerentes a sua singularidade, oferecendo-se como um método não excludente de outros, aumentando o grau de liberdade e de corresponsabilidade daquele que está se tratando.

Compreendendo a colocação de Stronach (2004), associada a nossa observação, no CAPS AD Casa da Liberdade, é possível afirmarmos que por meio dessa abordagem, primeiramente busca-se reconhecer as características e necessidades dos usuários, em um segundo momento são resgatados os vínculos com os familiares desses indivíduos para que possam ser construídos, em conjunto com os usuários e familiares, estratégias de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades.

Com relação à existência de uma política pública especificamente direcionada ao álcool, segundo Laranjeira e Dualibi (2007), no ano de 2005, o Brasil, com o apoio institucional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), organizou a Primeira Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool.

É importante deixarmos registrado que, para os mesmos autores, a referida Conferência, foi um passo importante para o desenvolvimento de uma estratégia continental, sendo recomendado que os países das Américas implementassem políticas, programas, e estratégias eficazes capazes de reduzir e prevenir os danos relacionados ao consumo de álcool. O documento final dessa Conferência, enfatiza que as estratégias nacionais devem incorporar uma lista culturalmente apropriada de políticas baseadas em evidências, estudos científicos e sistemas de informação.

Mais recentemente, houve outros avanços em relação a políticas públicas relacionadas ao uso abusivo de álcool. No ano de 2007, por meio do Decreto nº 6.117/07, foi aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, a qual dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade.

Segundo o Art. 1º, da mesma lei:

Fica aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, consolidada a partir das conclusões do Grupo Técnico Interministerial instituído pelo Decreto de 28 de maio de 2003, que formulou propostas para a política do Governo Federal em relação à atenção a usuários de álcool, e das medidas aprovadas no âmbito do Conselho Nacional Antidrogas (BRASIL, 2007).

Como pode ser observado, atualmente há perspectivas positivas de avanços na legislação nacional, pois, está consolidada após quatro anos de discussão, a partir das conclusões do Grupo Técnico Interministerial, medidas aprovadas no âmbito do Conselho Nacional Antidrogas.

Ressaltamos, ainda em relação a essa política que, a implementação da mesma será através da Secretaria Nacional Antidrogas, que articulará e coordenará este processo, que terá início com a implantação das medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade (BRASIL, 2007).

Dentre as 20 diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool, disposta no (APÊNDICE C), deste trabalho, destacamos 8:

Estabelecer ações descentralizadas e autônomas de gestão e execução nas esferas federal, estadual, municipal e distrital; nessa diretriz, primeiramente, destacamos as ações descentralizadas que devem ser executadas nas três esferas Federal, Estadual e Municipal. Portanto, a Política pretende com isso um grau elevado de ações a esse respeito já que as três esferas deverão elaborar ações.

A segunda diretriz que nos chamou a atenção se refere a: “[...] lógica ampliada do conceito de redução de danos [...] para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todos os níveis de governo” (BRASIL, 2007).

Essa diretriz propõe um modelo diferenciado para as políticas de combate ao uso abusivo de álcool, por meio de ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todos os níveis de governo. Portanto, o conceito de redução de danos é ampliado para diversas políticas públicas, perpassando a área da saúde.

A terceira diretriz: “Ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2007).

Assim, esta diz respeito à ampliação e ao fortalecimento das redes locais de atenção integral a essa população, por meio do Sistema Único de Saúde, abrangendo assim, todos os níveis. Portanto, por meio desse Decreto o Estado propõe ampliar o combate ao uso de álcool por meio de uma ampliação do atendimento, utilizando como meio o SUS.

A quarta diretriz que nos chamou a atenção se refere a promoção de: “[...] comunicação, educação e informação relativas às consequências do uso do álcool” (BRASIL, 2007). Portanto, busca atingir o mercado de venda de bebidas alcoólicas, já que prevê ações de comunicação, educação e informação a respeito dos malefícios que o uso abusivo de álcool provocam na população brasileira.

Quinta diretriz que nos chamou a atenção se refere à promoção de acesso a população de à alternativas culturais que não incentivem o consumo de álcool. Na íntegra essa diretriz propõe promover e facilitar: “[...] o acesso da população à alternativas culturais e de lazer que possam constituir alternativas de estilo de vida que não considerem o consumo de álcool” (BRASIL, 2007). Portanto, essa medida visa mudar a cultura do consumo do álcool nos mais diversos locais de entretenimento destinados à população.

A sexta ação afeta a comercialização de bebidas alcoólicas, já que prevê regulamentação e a fiscalização da propaganda que incentivam o consumo desse tipo de substância. Na íntegra essa diretriz se propõe:

Incentivar a regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, de modo a proteger segmentos populacionais vulneráveis ao consumo de álcool em face do hiato existente entre as práticas de comunicação e a realidade epidemiológica evidenciada no País (BRASIL, 2007).

A sétima medida propõe uma atuação exatamente sobre a comercialização de bebidas alcoólicas, por meio de restrições a pontos de venda e consumo. Portanto, o que se propõe além do combate ao consumo também a oferta desse tipo de substância. Pois a mesma diretriz dispõe estimular e fomentar: “[...] medidas que restrinjam, espacial e temporalmente, os pontos de venda e consumo de bebidas

alcoólicas, observando os contextos de maior vulnerabilidade às situações de violência e danos sociais” (BRASIL, 2007).

Por fim, a oitava medida que destacamos trata da criação de estímulos a inclusão de ações de prevenção ao uso desse tipo de substância nas escolas de ensino fundamental e médio, portanto, uma ação direcionada as crianças e adolescentes. Na íntegra a mesma se propõe: “Estimular a inclusão de ações de prevenção ao uso de bebidas alcoólicas nas instituições de ensino, em especial nos níveis fundamental e médio” (BRASIL, 2007).

Além disso, compreendemos que, pela primeira vez no país, o consumo de bebidas alcoólicas tem a oportunidade de ser tratado devidamente como um grave problema de saúde pública, objetivando adotar iniciativas voltadas a reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e acidentes associados ao uso abusivo do álcool pela população brasileira. Pois tais diretrizes abrangem a sociedade como um todo, inclusive as crianças e adolescentes, tendo em vista que, a referida política propõe ações de prevenção nas escolas de nível médio e fundamental.

Ainda refletindo sobre tudo o que foi discorrido observamos que, muito embora, o Brasil, tenha construído importantes avanços no que diz respeito às políticas públicas sobre drogas em especial o álcool, na maneira de intervir e compreender essa questão, ainda há uma longa trajetória a ser percorrida, haja vista que a cultura do consumo abusivo do álcool encontra-se enraizada em nossa sociedade.

Devemos ter em mente que, ainda existe a necessidade de projetos que trabalhem a desconstrução de visões reducionistas, moralistas, preconceituosas e dogmáticas, que ainda permeiam inúmeros discursos antidrogas, presentes em nossa sociedade.

Por fim, a partir dos pressupostos teóricos levantados até o presente momento neste trabalho adentramos no campo da pesquisa a fim de respondermos o objetivo desta pesquisa como segue.

4 FORTALEZA: O ATENDIMENTO DO CAPS AD CASA DA LIBERDADE, AOS FAMILIARES DOS INDIVÍDUOS ALCOOLISTAS

O presente capítulo discorre sobre o histórico do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Casa da Liberdade, onde retratamos sobre o funcionamento bem como os recursos humanos disponíveis nesse importante equipamento social. Para tanto, criamos o tópico: “Conhecendo o CAPS AD Casa da Liberdade”.

Finalizamos este capítulo transcrevendo as entrevistas com a equipe multiprofissional que atendem indivíduos que fazem uso abusivo de álcool bem como seus familiares. Com base nessas falas correlacionamos as mesmas com o referencial teórico construído no transcorrer deste trabalho monográfico. Para tanto, elaboramos o tópico denominado: “Relatos e vivências do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional, no CAPS AD Casa da Liberdade, junto aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e seus familiares”.

4.1 Conhecendo o CAPS AD Casa da Liberdade

Antes de adentrarmos no histórico do equipamento social, Casa da Liberdade, é importante que se deixe registrado que os CAPS são instituições destinadas:

[...] a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 09).

Os CAPS são importantes equipamentos sociais que foram criados para atender uma lacuna a partir da reforma psiquiátrica, pois esses são agora responsáveis por atender as demandas da população com problemas mentais, portanto, que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Feita essa breve, porém importante colocação, adentramos no histórico propriamente dito do CAPS AD Casa da Liberdade. Assim, o CAPS que se constitui no campo desta pesquisa está localizado na Rua Salvador Correia de Sá, 1296, no Bairro Sapiranga, fazendo parte da Secretaria Regional VI (SER VI), submetido a Coordenaria de Proteção Especial da Secretaria Municipal da Saúde, da cidade de Fortaleza/CE.

As informações que seguem acerca do campo de pesquisa deste trabalho, foram prestadas pela Coordenadora desse equipamento social. Desse modo, o Centro, foi criado em dezembro de 2006, atendendo, das 8 às 17 horas, de segunda a sexta uma média 30 usuários por dia, de ambos os sexos que são dependentes químicos, como por exemplo, crack, cocaína, maconha, álcool e tabagismo.

Segundo relatos da Coordenadora⁸ do CAPS AD Casa da Liberdade, o atendimento ocorre da seguinte forma:

Quando uma mãe, pai, ou um vizinho chega aqui dizendo que fulano está fazendo uso de drogas, então a equipe multiprofissional faz uma visita domiciliar para conversar com o usuário, tentar sensibilizar para ele vir fazer o tratamento aqui. Mas se ele não quiser, não se faz o tratamento com o mesmo, forçando, pois a demanda é espontânea. Só faz o tratamento aqui quem quiser. Antigamente a gente tinha vários grupos: o Lamark que era para usuários de crack; o grupo para alcoolistas. Um grupo bem específico, então a gente juntou todo mundo e reavaliou e foi dividindo em três grupos terapêuticos. **O grupo do Acolhimento, o grupo de Manutenção e o do Álcool.** No grupo do Acolhimento, são aqueles que chegam agora, que não conhecem o CAPS, que está em uso realmente contínuo se ele tem trabalhado algumas questões no grupo, se ele diminui o uso. A gente não trabalha na perspectiva da abstinência, que tem que parar de usar drogas não. Nós trabalhamos com redução de danos, se ele quer usar a cocaína dele, a gente faz com que ele possa usar sem causar danos a saúde dele. Ele passa pelo grupo de acolhimento vai para o grupo de manutenção e posteriormente ao grupo do álcool. São três grupos: o grupo de acolhimento é o único, quando ele está "bem", consegue controlar o uso, consegue reduzir o dano que a droga está causando. Entende como é o funcionamento, entende que ele quer realmente para com o uso da droga, da substância, ele vai para o grupo de manutenção. Então a facilitadora do grupo fala com ele, pois não é do tipo que passa 3 meses no acolhimento, 4 meses no grupo de manutenção. Não tem isso, vai depender de pessoa para pessoa. Então, quando termina o tempo dele, aqui, já deu, ele atinge os objetivos dele, e também o objetivo que a facilitadora está querendo. Ele está conseguindo desenvolver melhor, vai para o grupo de manutenção, é trabalhado algumas questões, também vai para o grupo de alta. Então tem novamente uma assistente social que vai na casa dele. Ela vai conhecer o bairro dele, o que tem nos arredores. [...] O tratamento aqui, não tem o tempo certo, depende de pessoa para pessoa, mas a alta é a partir de 2 anos, ou em abstinência ou de uso controlado que a pessoa usa ainda a droga, mas consegue voltar para o trabalho, para atividades. Mas enquanto

⁸ A entrevista com a Coordenadora do CAPS AD Casa da Liberdade ocorreu em 11/10/2016.

isso, ele fica ainda sendo paciente no processo de tratamento aqui. (Grifos nosso).

Compreendendo o relato da Coordenadora do CAPS AD Casa da Liberdade, é possível afirmarmos que o tipo de atendimento oferecido naquele Centro, está em consonância com o que está disposto na Portaria GM/816/02, que criou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas no SUS. Tendo em vista que, o Centro atende além dos usuários e seus familiares que se dirigem até o CAPS, a equipe multiprofissional se desloca até as comunidades onde esses indivíduos residem.

Portanto, o atendimento dado pelos profissionais que lá atuam, levam em consideração os aspectos sociais, psicológicas e econômicos, na compreensão do problema, uma estratégia da política que está embasada na estratégia de redução de danos.

Outro aspecto abordado no depoimento da Coordenadora que nos chamou atenção, e grifamos, diz respeito ao trabalho de sociabilidade, por meio dos procedimentos, que ocorrem por meio de grupos que são divididos em: Grupo do Acolhimento, Grupo de Manutenção e Grupo do Álcool. Destacamos ainda que o período máximo que os usuários são acompanhados é de dois anos.

Finalizando nossa análise da fala da Coordenadora, destacamos a questão da dificuldade desses indivíduos após concluírem o acompanhamento no CAPS, de se desvincularem. Destacamos que, o CAPS recebe indivíduos de diversas religiões, evangélicos, católicos e os mesmos sentem a necessidade de partir de grupos como, por exemplo, o A.A, com receio de sofrerem recaídas após se desvincularem do Centro.

Conforme as próprias palavras da Coordenadora:

[...] Se ele é evangélico, ou católico, se tem necessidade de participar do A.A, ou do grupo N.A, pois muitas vezes eles ficam institucionalizados, achando que eles têm que ficar no CAPS, se sair do CAPS podem voltar a beber, a fumar, a usar drogas. A nossa finalidade é fazer com que eles voltem para a sociedade, voltem para o trabalho, para sua vida normal (Grifos nosso).

Portanto, observamos que, no CAPS, quando os usuários buscam atendimento, essa população possui a sua disposição uma equipe multiprofissional

que procurar apoiar as iniciativas de superação e autonomia desses indivíduos. Para tanto, o CAPS AD Casa da Liberdade fornece atendimento coletivo e individualizado, para os usuários e familiares que fazem uso abusivo de álcool e drogas.

Desse modo, observamos que, os atendimentos se dão de forma individual e posteriormente em grupos que reúnem indivíduos que possuem algo em comum, podendo ser a religião, a vontade de participar do A.A ou do N.A.

O objetivo do Centro é oferecer atendimento à população em geral respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas que garantam atendimento especial às necessidades das pessoas que procuram o CAPS, realizando acompanhamento clínico e psiquiátrico, fortalecendo a reinserção social dos sujeitos através do acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis dentre outros.

Este equipamento tem a finalidade de dar suporte terapêutico na travessia de sofrimento psíquico de usuários de álcool e drogas, estando assim articulado com uma ampla rede de atendimento psicossocial, possuindo em sua estrutura organizacional uma equipe técnica multidisciplinar, voltada para a formação de uma rede assistencial em construção e ainda não consolidada nos municípios.

Quanto aos recursos humanos disponível, o equipamento social conta com uma equipe multidisciplinar composta por: 4 enfermeiras, 2 assistente sociais, 4 psicólogas, 1 médico clínico geral, 2 auxiliares de enfermagem, 2 terapeutas ocupacional, 2 farmacêuticas, 1 auxiliar de farmácia, 1 dentista, 2 auxiliar de serviços gerais, 1 cozinheira e 5 auxiliar administrativo.

Observamos que, o número total de profissionais que atuam no CAPS é 29, dentre os profissionais que lá atuam nos chamou a atenção o fato de existir apenas 1 médico e 2 assistentes sociais atuando. Lembrando que, o Centro possui uma grande demanda de usuários que se dirigem até o equipamento social em busca de atendimento. Dessa forma acreditamos que para um atendimento mais eficaz seria necessário um numero maior de profissionais.

Portanto, compreendemos, por meio de nossa observação quando estivemos em campo que, existe uma grande demanda pelos serviços oferecidos pelo Centro, desse modo nos parece que o número de funcionários não seja suficiente para atender toda a demanda.

A respeito da estrutura física do Centro, o mesmo possui dois andares. No primeiro andar estão localizadas: a farmácia, biblioteca, recepção, uma sala de grupo, dois consultórios, uma sala de enfermagem, uma cozinha e três banheiros, exclusivos para os funcionários. No segundo andar o CAPS AD conta com uma sala da direção, uma sala da secretaria e uma sala de reuniões. Além disso, o Centro disponibiliza dois banheiros para os usuários, duas salas onde são realizadas as oficinas de músicas, trabalhos manuais, atividades física, jogos, dentre outros.

Após termos percorrido como é o trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuam no CAPS AD Casa da Liberdade, passamos aos relatos e vivências dos colaboradores junto aos indivíduos e as famílias, descrito no tópico abaixo.

4.2 Relatos e vivências do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional, no CAPS AD Casa da Liberdade, junto aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e seus familiares

As entrevistas onde tivemos a oportunidade de observar e ouvir os relatos⁹ das vivências cotidianas de uma assistente social, uma psicóloga e uma enfermeira, que atuam no CAPS AD Casa da Liberdade, as quais foram identificadas apenas pela profissão, como meio de respeitar o sigilo e Código de Ética profissional. Vale colocar ainda que, inicialmente antes de adentrarmos nos relatos propriamente ditos, iniciamos às entrevistas, indagando as mesmas sobre o perfil profissional, possibilitando assim, compreender melhor a visão das mesmas acerca do trabalho junto aos usuários, família e comunidade, desse modo construímos um perfil profissional das mesmas como segue na Tabela 1.

⁹ A entrevista as profissionais que compõem a equipe multiprofissional foram realizadas no dia 16/09/2016.

Tabela 1 – Perfil das Profissionais

Profissionais	Idade	Tempo que atua na área da saúde	Possui Especialização
Assistente Social	34	10 anos ¹⁰¹¹	Saúde da Família
Psicóloga	32	9 anos	Gestão Empresarial; Saúde Mental e Mestrado em Saúde Coletiva
Enfermeira	33	2 anos ¹²	Saúde Pública

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Como pode ser observado na Tabela 1, acima, as participantes desta pesquisa possuem idade superior a 30 anos. A assistente social está atuando na área há uma década, já a psicóloga está a 9 anos e a enfermeira atua na área da saúde a “muito tempo”, no CAPS AD Casa da Liberdade a 2 anos, mas já atuou no CAPS Geral I por 1 ano além de hospitais. Quanto às profissionais terem curso de especialização na área da saúde, como pode ser observado todas possuem especialização, sendo que, nos chamou a atenção o fato da psicóloga possuir além de especialização mestrado em Saúde Coletiva.

A respeito dos relatos da equipe multiprofissional sobre os atendimentos aos familiares de indivíduos que fazem uso abusivo de álcool, a primeira pergunta feita aos profissionais foi: qual a importância das famílias no tratamento dos alcoolistas atendidos no CAPS Álcool e Drogas Casa da Liberdade. Os mesmos responderam da seguinte forma:

Na verdade a **família é um dos eixos** que a gente faz o acompanhamento. Primeiro o usuário, pela vontade dele participa, foge da família e da comunidade. A família não é o eixo principal. **Não adianta o paciente só querer se a família não ajuda, não colabora, ou não percebe que é uma doença**, que precisa chegar junto, deixar de fazer alguns comportamentos que muitas vezes incentivavam muito a continuidade do uso (Profissional, assistente social. Grifos nosso).

A **família que eu compreendo é a que o usuário se relaciona afetuosamente**, que tem algum afeto. Porque a vida dele acontece lá fora, não é aqui na instituição. **Então a gente está tornando também dependente da instituição**. Então é a mesma coisa que trocar uma droga

¹⁰ A assistente social informou que atua na área da saúde há 10 anos, sendo que no CAPS AD Casa da Liberdade há 9 meses.

¹¹ A enfermeira nos relatou que no CAPS AD Casa da Liberdade está a 2 anos atuando, no entanto, já atuou também por 1 ano no CAPS Geral I e na área hospitalar “muitos anos”.

pela outra, e isso não é bom para ninguém. Então, a ideia é a gente forçar esse trabalho em conjunto, exatamente com a família para que ele tenha um suporte no território dele (Profissional, psicóloga. Grifos nosso).

É essencial, porque muitos alcoolistas, **as famílias abandonam**, porque já sofreram muito do uso abusivo do álcool e outros que a família não desistiu a gente vê que **quando tem o familiar ajudando o tratamento se torna mais fácil**, eles aderem mais fácil (Profissional, enfermeira. Grifos nosso).

Como pode ser observado, de um modo geral todas as entrevistas afirmaram que a participação das famílias é extremamente importante, independentemente do tipo de núcleo familiar, como deixa claro, a psicóloga ao colocar que família para a mesma é: “[...] a que o usuário se relaciona afetuosamente”. Quanto a assistente social, ressaltou a importância da participação da família colocando que: “[...] não adianta o paciente só querer se a família não ajuda, não colabora, ou não percebe que é uma doença. [...] De qualquer forma a família é muito importante. O que demonstra para essa profissional o papel relevante que a família possui no tratamento dos indivíduos alcoolistas”.

A respeito do papel fundamental, da família, no tratamento dessas pessoas, colocado por todas as entrevistadas, vale retomarmos as colocações de Stronach (2004), pois o mesmo afirma que a partir do momento em que o Ministério da Saúde, criou a Política para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, baseada na estratégia de redução de danos o foco dos equipamentos sociais disponíveis para o atendimento dessa demanda passaram a ser não apenas nos alcoolistas mas também na família.

Dessa forma retomando as palavras da assistente social é exatamente isso que o CAPS AD Casa da Liberdade está trabalhando, pois:

[...] O principal é o usuário, mas a família é um dos eixos que sempre tem que estar atuando, seja nos grupos de família, seja no acompanhamento individual. A família faz parte desse tripé digamos assim, para o tratamento. [...] Depois da vontade do paciente em buscar ajuda a família é muito importante.

Como pode ser observado, no CAPS AD, existe um trabalho sendo feito da forma que prevista pela Política para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, do ano de 2002, criada pelo Ministério da Saúde, que passou a englobar

tanto os danos causados pelos usuários a si mesmo, quanto os danos causados as suas famílias e a sociedade.

Já a psicóloga, além de colocar que a família tem muita importância para a recuperação dos alcoolistas, destacamos três fatos importantes: a questão da família, estar adoecida, devido ao problema do alcoolismo que vêm passando; as mais diversas configurações de família; e a questão de muitos alcoolistas se tornarem dependentes da instituição.

Segundo as próprias palavras da profissional:

[...] Eu compreendo que **a família faz parte do processo de tratamento de cada usuário** aqui, não só do alcoolista, mas com qualquer um que venha procurar o serviço. Bem, **é um braço** nos termos aqui, que ele tanto pode funcionar como parceira do tratamento, do alcoolista, **ou também, pode, a família estar adoecida**. Então, a família é fundamental no tratamento do alcoolista (Profissional Psicóloga. Grifos nosso).

Desse modo, às três questões levantadas pela psicóloga, sobre a família estar adoecida devido a ter um membro da mesma alcoolista, recordamos as afirmações de Maluf e Pires (2006), que retratam exatamente essa situação. Segundo os mesmos, não existe um tipo de família alcoólica, e de esposa de alcoolista, mas sim diferentes situações determinadas não só pelas diferentes personalidades envolvidas, mas também pela fase da história familiar.

Portanto, analisando as afirmações dos autores é possível afirmarmos que a família está ou não adoecida por ter um membro alcoolista vai depender muito de uma série de fatores, dentre esses destacamos o momento, singular, que cada um dos membros que compõem o núcleo familiar estiverem vivendo da própria história de cada família.

A segunda questão levantada pela psicóloga, a respeito das diferentes configurações de família a mesma afirmou que:

[...] A família que eu compreendo é a que o usuário se relaciona afetuosamente, que tem algum afeto. A família que eu entendo não necessariamente, a família biológica, seja pai, mãe, parente, ou alguém com algum laço afetivo de sangue. Pode ser um vizinho, pode ser um amigo. Enfim, aquela pessoa que lhe dê um suporte quando ele precisa. Então, assim, é fundamental que essa extensão seja construída, que ela exista. Pois se o usuário não tiver essa referência familiar, é importante que a gente tente, junto com ele, construir.

A respeito das colocações da psicóloga, Saraceno (1992), Mito (1997) e Szumanski (2002), que tratam dessa temática, são unânimes, para compreendermos o conceito de família devemos ter uma visão ampliada e atual de família, pois as pessoas que convivem em uma ligação afetiva podem ser um homem e uma mulher e seus filhos biológicos, mas também pode ser um casal do mesmo sexo, ou apenas a mulher com seus filhos legítimos ou adotados, desse modo primeiramente antes de fazermos qualquer análise sobre o conceito de família devemos ter em mente que os arranjos são assimétricos.

Quanto à terceira questão levantada pela psicóloga: “[...] a gente está tornando também dependente da instituição”, nos parece que após esses indivíduos passarem um longo período na instituição os mesmos se tornarem dependentes da mesma, o que é uma preocupação para os profissionais, conforme colocado pela psicóloga.

Desse modo, percebemos que muitos indivíduos se tornam dependentes da instituição por medo, por acharem que se pararem de frequentar, o Centro, não terão mais o suporte da mesma e assim, terão recaídas.

Já as respostas da enfermeira sobre nossa primeira indagação, o que nos chamou a atenção foi o fato da mesma afirmar que muitas famílias abandonam os alcoolistas e como é importante o papel desta na recuperação desses indivíduos, pois: “[...] o tratamento se torna mais fácil. [...] Outros vêm porque já perderam tudo. Aqueles que têm os familiares se sentem mais protegidos, mais acolhidos e com vontade de realmente fazer o tratamento para não usar mais”.

Sobre essa questão Stronach (2004) afirma que, de um modo geral os problemas decorrentes de indivíduos alcoolistas em seu núcleo familiar levam a: problemas sociais e interpessoais, como por exemplo, o abandono de sua própria família. Muitas famílias, não possuem suporte emocional e/ou econômico para suportar os problemas causados pelo seu familiar alcoolista, desestruturando assim, sua própria família.

A segunda indagação feita aos profissionais foi: quais as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares dos usuários no processo de desenvolvimento do tratamento do alcoolista. Os mesmo assim relataram:

Então a **dificuldade dos familiares** eu acho que tem **inúmeras, a questão financeira** mesmo, **de acompanhar**, de vir, **de compreender que é uma doença**, de que é uma limitação, não é por má vontade, porque ele não presta, porque não quer. A **dificuldade** mesmo **de se responsabilizar pelo tratamento** do familiar porque acha que é o CAPS que vai se responsabilizar, e não é (Profissional, assistente social. Grifos nosso).

Geralmente o que eles relatam aqui são diversas perdas: **financeiras e perda do próprio vínculo com a família**. Usuário acaba se distanciando da família, e a família pode se distanciar dele, pela questão da **mudança de comportamento**. [...] geralmente quando as pessoas procuram o serviço, quando os usuários estão já nas últimas, então vem à questão do **cuidado não só com o usuário, mas também com a família** (Profissional, psicóloga. Grifos nosso).

Ao analisarmos as respostas das três entrevistas, sobre as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares, observamos que as mesmas possuem muitos pontos em comum e/ou se complementam. As principais questões que nos chamaram a atenção foram: 1. A questão financeira; 2. Acompanhar e compreender que é uma doença; e 3. Os sujeitos alcoolistas devem se responsabilizar pelo tratamento, por uma mudança de comportamento, pois em primeiro lugar depende do próprio alcoolista admitir que esteja doente.

Refletindo sobre essa questão compreendemos que muito embora, devido a situação insustentável em suas famílias, os parentes próximos acabam encaminhando esses alcoolistas ao Centro, o tratamento em si depende, independentemente de outros fatores, primeiramente do alcoolista, em segundo plano vem as questões socioeconômicas, dentre essas destacamos a família e problemas financeiros.

Observamos nesse momento que é exatamente isso que ocorre segundo as próprias palavras da assistente social ao afirmar que: “[...] Então a dificuldade dos familiares eu acho que tem inúmeras, a questão financeira, [...] de acompanhar, de vir, de compreender que é uma doença. [...] de se responsabilizar pelo tratamento do familiar”.

Entretanto destacamos que a assistente social afirmou ainda que, não existe nenhuma pesquisa baseada nas principais dificuldades sofridas pelos famílias, segundo as próprias palavras da profissional: “[...] a gente não tem nenhuma pesquisa baseada nisso, nem dado específico com relação a isso”.

Ao analisarmos as principais dificuldades enfrentadas pelas famílias, correlacionamos com o que afirma Fernandez (1998): o que ocorre com os indivíduos alcoolistas e é percebido pelos seus familiares é uma dessocialização. Um processo dinâmico que vai tomando diversas formas de dessocialização: familiar e relacional e profissional.

Segundo a psicóloga que discorre também sobre essa questão: “[...] às vezes pode vir uma agressividade, tem vários fatores. Então põem dificuldades e esse vínculo, acaba sendo quebrado, bem desgastados, o que dificulta realmente”.

Para Maluf e Pires (2006) que também tratam do problema enfrentado pelas famílias de alcoolistas, a negação da doença pelos mesmos, acaba se tornando um mecanismo de defesa para o reconhecimento da crescente falta de controle que ocorre tipicamente nos níveis emocional e funcional.

Nesse momento trazemos a fala da enfermeira que retrata exatamente essa questão. Segundo suas próprias palavras:

Eu vejo que a primeira dificuldade **é o alcoolista admitir que é doente**. Os que vêm acompanhado dos familiares vêm, e dizem que estão vindo porque estão acompanhados com a mulher. Eles dizem que ta vindo por causa da mulher, que bebe só quando quer. Ai eles começam a participar dos grupos e eles com o passar do tempo eles veem que realmente são dependentes do álcool e precisam de tratamento (Profissional, enfermeira. Grifos nosso).

Diante disso, é importante colocar, ainda segundo os mesmos autores que, os efeitos do alcoolismo, tanto distorcem como destroem a autoconfiança e autoestima da família, levando ao seu afastamento.

Observamos que a questão do afastamento é tão evidente que, segundo as palavras da assistente social a família quer se livrar do alcoolista, nas próprias palavras da mesma: “[...] todo mundo tem suas responsabilidades [...] Muitas vezes a família quer impor a sua vontade e desrespeita o que é vontade do paciente. [...] querer se tratar é uma vontade do paciente a gente não tem como obrigar”.

A terceira pergunta de nosso roteiro de entrevistas foi: como é a relação dos alcoolistas com seus familiares. A assistente social, a psicóloga e a enfermeira responderam, respectivamente da seguinte forma:

Depende muito de cada paciente, tem paciente que tem família, tem paciente que se dá bem com a família, tem paciente que não se dá bem com a família. **Não existe um perfil generalizado de que os pacientes alcoolistas tem um bom relacionamento ou tem um mau relacionamento** (Profissional, assistente social. Grifos nosso).

A idéia é fazer contato com as famílias, tentar levar também familiares para participar de grupos existentes no CAPS, realizando **visitas domiciliares** para aproximá-los, pois às vezes, os **laços estão rompidos. São várias as consequências do uso abusivo do álcool, consequências clínicas, sociais, familiares, relacionamentos diversos** (Profissional, psicóloga. Grifos nosso).

Alguns relatam que bebem porque já **não aguentam a mulher**, que enche o saco. Já outros relatam que **estão aqui porque sua mulher** não merece esse sofrimento. Os pacientes tem muito apoio, mas outros já **culpam a família** (Profissional, enfermeira. Grifos nosso).

Compreendendo as falas dos sujeitos que aceitaram fazer parte deste trabalho, percebemos que as respostas dos mesmos circundam na mesma órbita, no entanto, uma questão levantada pela assistente social nos chamou especial atenção, o fato de não existir um modelo pois cada família é singular, segundo a fala da própria entrevistada: “[...]depende muito de cada paciente [...]. Não existe um perfil generalizado de que os pacientes alcoolistas tem um bom relacionamento ou tem um mau relacionamento”.

Assim, analisando as afirmações das entrevistadas é possível correlacionar tal situação com o que discorre Maluf e Pires (2006) que elucidam o problema, pois segundo os mesmos as alcoolizações com consequentes distúrbios de conduta produzem inúmeros sentimentos numa família, tais como: a vergonha, a raiva, a ansiedade, a brigas e ressentimentos. O sentimento vai depender do perfil de cada família, o que leva muitas vezes a necessidade de receber tratamento, primeiro, a família.

Segundo as afirmações da psicóloga: “[...] às vezes, os familiares estão mais adoecidos do que o próprio usuário. Tem situações que precisamos tratar primeiro os familiares, pois suas relações estão rompidas pelo sofrimento vivido em seu lar”.

Para Maluf e Pires (2006), os familiares geralmente ficam confusos em relação às atitudes que devem tomar, e muitas vezes tendem a proteger e a sentir pena do alcoolista, outros apresentam mecanismos de negação, ou seja, “fecham os olhos”.

Outra questão que nos chamou a atenção diz respeito à fala da psicóloga ao colocar que por meio das visitas domiciliares busca reconstruir os laços rompidos entre o alcoolista e sua família o que demonstra a profundidade do problemas de relacionamento com a famílias.

Tal fato também possui relação com o que afirmou a assistente social, pois cada caso é um caso, existem peculiaridades de cada família, segundo a mesma: “[...] a gente tem pacientes de todos os perfis, tem família que participa, tem família que não participa, que a bebida é dentro de casa, tem que a bebida é fora, então, não existe um perfil específico”.

A penúltima pergunta que fizemos as três profissionais do CAPS AD Casa da Liberdade foi: quais as principais demandas da família no processo de tratamento do alcoolista, acompanhadas aqui pelo Centro. A assistente social e a psicóloga responderam respectivamente da seguinte forma:

A principal demanda é em **busca por internação**. [...] Demandas muitas vezes pessoais, de **não saber como lidar com aquele paciente**, de não saber entender de que às vezes é um sintoma de abstinência e não é “frescura”, “sem-vergonhice”, como eles colocam. (Profissional, assistente social. Grifos nosso).

A família chega com a ideia, “**resolvam o meu problema**”, “toma que o filho é teu”, “preciso de ajuda”, “eu não aguento mais essa pessoa nesse estado”. Fulano era tão bom, tão gente boa. Muita queixa nesse sentido. A família vem com a perspectiva de que haja **uma mudança radical, que a pessoa volte a ser o que era antes** de se tornar um dependente de álcool (Profissional, psicóloga. Grifos nosso).

De um modo geral, observamos por meio da fala das duas entrevistadas que o principal problema das famílias é a busca pela solução do “problema”, ou melhor, dizendo da doença, que está atingindo inclusive a família. De acordo com a assistente social, somente depois que o indivíduo já está em processo de tratamento que a família vai descobrindo que é uma doença, e passa a querer saber como lidar com a mesma.

Nas próprias palavras da assistente social: “[...] Depois quando eles conhecem o trabalho do CAPS, quando eles entendem como a gente trabalha, eles apresentam outras demandas”.

Entretanto, para a psicóloga ocorre outro fato que é importante destacarmos, a busca pela “cura”, por uma forma que possa levar essa pessoa, que passou a

fazer uso abusivo de álcool, a voltar a ser o indivíduo que era antes de se tornar alcoolista.

A respeito da mesma questão nos chamou a atenção e destacamos aqui a fala da assistente social, pois também seguiu a mesma linha de pensamento da psicóloga por afirmou que: “[...] primeiramente busca de internação, porque no primeiro momento eles querem se livrar da pessoa [...] depois eles querem saber como lidar com a situação, como faz para ajudar. Essas são as maiores demandas”.

A enfermeira foi à única entrevistada que respondeu a mesma indagação de forma diferente. Para a enfermeira, a principal demanda das famílias está ligada a informações a respeito das doenças decorrentes do uso abusivo de álcool. Nas palavras da entrevistada: “Já seria no caso do alcoolista, uso de outras drogas associada ao álcool, doenças que o uso do álcool causou. As doenças que vem do uso abusivo do álcool”.

A partir de uma análise reflexiva sobre a demanda dos familiares em desejarem que o “problema” deles seja resolvido ou de quererem saber como lidar com o problema, correlacionamos, o trabalho de informação dos profissionais que atuam no CAPS AS Casa da Liberdade com uma das diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool, criada no ano de 2007, qual seja: “[...] promover ações de comunicação, educação e informação relativas às consequências do uso do álcool” (BRASIL, 2007).

Portanto, as profissionais que atendem as demandas, no Centro, por meio de ações com as famílias educam e informam os familiares dos alcoolistas sobre os problemas que o uso abusivo de álcool acarreta.

Por fim, encerrando as entrevistas, perguntamos quais as políticas públicas direcionadas a essa população e, em especial, aos familiares que são atendidos pelo Centro. A psicóloga e a enfermeira responderam, respectivamente, da seguinte forma:

A gente tem várias políticas públicas, mas a dificuldade é de realmente implementar. O próprio CAPS passa por uma dificuldade enorme de implementação de acordo com sua portaria. Por exemplo, a gente **não tem serviço de chamada de CAPS.** E tem ainda um desafio muito grande de implementar com a atenção psicossocial, que a nossa **visão ainda é muito manicomial, nossa visão é muito medicamentosa, sendo a perspectiva de que há um remédio para resolver todos os problemas,** e aqui a idéia é o foco no diagnóstico, ou então, na doença especificamente, ou então na

droga x ou y. Mas o foco, é o que há de bom naquela pessoa que a gente tem que incentivar isso e não alimentar mais doença, ou então tornar alguém mais doente, acaba criando um círculo. Tem política que a gente vê isso em relação aqui ao serviço. **A gente tenta trazer a família mais junto, a gente faz visita domiciliar, isso tudo com autorização do usuário, a gente tem grupos de famílias também para fazer este trabalho em conjunto, são políticas de agregar, de juntar, unir esses laços, que já vem partidos** (Profissional, psicóloga. Grifos nosso).

Depois da reforma psiquiátrica com a construção do CAPS, **nós não só fazemos tratar os pacientes, mas também com as famílias.** Realizamos grupos com as famílias (Profissional, enfermeira. Grifos nosso).

As respostas da psicóloga e da enfermeira seguem uma lógica que para compreendermos precisamos retroceder na histórica da saúde pública brasileira, pois ambas as profissionais, resgataram um fato importante sobre a trajetória da saúde pública brasileira, qual seja, o tratamento oferecido aos dependentes químicos, que foram tratados em hospitais psiquiátricos, portanto sendo utilizada uma abordagem manicomial. Retomando as próprias palavras da psicóloga: “[...] um desafio muito grande de implementar [...] a atenção psicossocial, [...] a nossa visão ainda é muito manicomial”.

A esse respeito o Manual elaborado pelo Ministério da Saúde, intitulado: “Saúde Mental, no Sistema Único de Saúde (SUS): os Centros de Atenção Psicossocial”, do ano de 2004, retrata exatamente essa questão levantada pelas profissionais.

Segundo esse Manual, até a década de 1970, o Brasil, tratava a população usuária de substâncias químicas, como por exemplo, os indivíduos que faziam uso abusivo de álcool em manicômios ou hospitais psiquiátricos. A Lei da Basaglia¹², a qual foi destaque, no ano de 1973, pela OMS, como exemplo, pois previa a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outros dispositivos de cuidado e assistência (BRASIL, 2004).

¹² Segundo Machado (2005), na Itália, na década de 1970, teve início o Movimento da Psiquiatria Democrática liderado por Franco Basaglia. Este psiquiatra defendia a antipsiquiatria, que se contrapunha ao ambiente hospitalar e afirmava que o hospício tinha como propósito controlar e reprimir pessoas que haviam perdido a capacidade de responder aos interesses produtivos do capitalismo e que o tratamento aplicado não passava de uma camisa de força alienante. Vale destacar que o referido psiquiatra foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, ao criar uma nova rede de serviços e estratégias para atender as pessoas com sofrimento mental. Além das modalidades substitutivas, foram criados ambientes de caráter social e cultural, como cooperativas laborais, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas. A experiência de Basaglia se tornou referência mundial para a reformulação da assistência em saúde mental, sendo de fundamental importância para a aprovação da Lei italiana 180, em 1978, também conhecida como Lei Basaglia, que previa a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outros dispositivos de cuidado e assistência a saúde mental.

No Brasil, ainda de acordo com o mesmo Manual, a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e a crítica ao modelo manicomial que emergia pelos profissionais, atrelado as propostas da psiquiatria comunitária desenvolvidas nos Estados Unidos e na Europa, serviram de inspiração para a reforma psiquiátrica, iniciada na década de 1970 (BRASIL, 2004).

Portanto, dentro dessa nova dinâmica de atendimento aos usuários de substâncias químicas, foram criados, pelo Governo Federal, a partir de 1986, os Centros de Atenção Psicossocial. É importante colocarmos ainda que, por meio da técnica observação e pelas falas das profissionais entrevistadas que, os Centros oferecem serviços de saúde à população com transtornos mentais severos e persistentes como também a população que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, onde é feito o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através de diversas atividades ocorridas no caso, no CAPS AD Casa da Liberdade.

Todavia, é de extrema relevância ressaltamos que, segundo Oliveira (2004), muito embora tenha ocorrido essa mudança no modelo de atendimento, a política antidrogas brasileira, ainda esteve até o ano de 2000, muito ligada repressão. A da Política Nacional Antidrogas (PNAD), criada no ano de 2001, a abordagem passou a ser mais ampla, focando além da repressão, a prevenção, o tratamento, a recuperação, a reinserção social, a redução de danos sociais e à saúde.

É importante registrarmos ainda, em relação às falas das entrevistadas que muito embora o modelo manicomial não seja mais abordado, parte da visão de atendimento do mesmo ainda permanece.

Ainda em relação a nossa última pergunta, de nosso roteiro de entrevistas, conforme relatado pela assistente social, em relação as políticas públicas direcionadas a essa população, a mesma respondeu que:

Que eu conheça, **não tem nenhuma política pública específica para os familiares, no CAPS**, aqui, a gente tem o grupo de famílias que a gente atende semanalmente, é um grupo aberto, pode ser para pacientes. Nos territórios eles acessam outros equipamentos o CRAS o CREAS, de outras políticas, mas não necessariamente focado no álcool, mas por alguma outra demanda que a família tem. Mas política específica para o álcool não (Profissional, assistente social. Grifos nosso).

Ao observarmos a fala da assistente social, nos parece que a mesma não possui conhecimento sobre o atendimento específico as famílias dos alcoolistas,

pois a mesma afirmou desconhecer a existência de políticas públicas direcionadas as famílias.

Por fim, conforme foi discorrido ao longo do capítulo anterior e em especial, correlacionado as políticas públicas com as falas das demais entrevistadas podemos afirmar que existem, pois as famílias fazem parte da estratégia de atendimento da redução de danos, modelo adotado pelo CAPS AD Casa da Liberdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ponderando sobre o que foi construído ao longo do percurso até a concretização deste trabalho observamos que o trabalho desenvolvido no CAPS AD Casa da Liberdade, além de atender os usuários de álcool e drogas, também busca contribuir para o fortalecimento dos vínculos familiares dessa população que se dirige até o Centro, por meio da estratégia de redução de danos adotada a partir da criação da Política para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no ano de 2002.

De um modo geral, ao buscarmos respostas a nossa pergunta de partida, observamos que o Estado e a sociedade, tem se demonstrado engajados na luta ao combate a dependência química, quando comparado ao modelo manicomial anteriormente adotado. Todavia, faz-se necessário lembrarmos que, muito embora, seja fato consumado, quando se trata de prevenção, devemos ter em mente que a questão do uso do álcool, por ser uma droga lícita, muitas vezes a legislação cede às pressões do mercado.

A esse respeito vale deixarmos registrado que a partir da criação da Política Nacional sobre Álcool, criada no ano de 2007, o governo, passou a desenvolver ações que buscam atingir a comercialização de bebidas alcoólicas, para tanto, prevê regulamentação e a fiscalização da propaganda que incentivam o seu consumo.

Além disso, é importante destacarmos que por meio da mesma Política o governo também prevê restrições a pontos de venda e consumo e estímulos a inclusão de ações de prevenção ao uso desse tipo de substância, com foco nas crianças e adolescentes, através de ações nas escolas.

Entretanto, é importante deixarmos registrado que, a sociedade, ainda convive com a tolerância com a venda, a propaganda e pressões do mercado de bebida. Existe assim, uma passividade diante do problema de saúde pública e com a intolerância com os usuários que precisam de tratamento.

Acreditamos que além de políticas públicas voltadas para a área da saúde que atenda essa demanda latente, é preciso que ocorram avanços, no sentido de se criar políticas públicas, que tenham o objetivo de mudar os padrões de consumo de álcool.

Vale lembrar que a sociedade trata, os indivíduos que fazem uso abusivo de álcool como doença, algo a ser curado, retirado, limpado, pois até antes de 1970, os pacientes ficavam em manicômios. Agora a sociedade busca uma integração, uma humanização, por meio dos equipamentos sociais, dentre esses destacamos os CAPS.

É importante colocarmos que ao adentrarmos no campo da presente pesquisa, percebemos o quanto essa realidade é desafiadora, para os profissionais da área da saúde diante das diversas situações que levam os indivíduos à dependência do álcool. Fatores esses que perpassam a questão econômica e adentram na vida pessoal dessa população bem como de seus familiares.

Dessa forma acreditamos que o governo, deveria criar cartilhas informativas, direcionadas as famílias no sentido de auxiliá-las a lidar com os problemas decorrentes do uso abusivo do álcool tendo em vista que muitas vezes em decorrência desse problema os laços existentes entre seus membros acabam se fragilizando dificultando o tratamento dos indivíduos alcoolistas.

Por fim, acreditamos, por meio desse trabalho, termos contribuído para futuros estudos, relacionados à temática, principalmente, no âmbito do Serviço Social, dada as implicações da questão social que envolve o problema, atingindo os alcoolistas e suas famílias. Portanto, existe uma relação direta da temática abordada pelo presente trabalho, com a área das Ciências Humanas, em especial, do Serviço Social.

Assim, possuímos a pretensão, ao abordarmos esta temática, de contribuir para futuros estudos a respeito do alcoolismo e as possíveis soluções que possam diminuir esse fenômeno. Acreditamos que a partir de trabalhos acadêmicos, possam ser criadas vozes que representem esse problema e assim ecoem na sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T.M.; ESPINHEIRA, C. G. D. **A Presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira.** Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/obid/biblioteca/documentos>. Acesso em: 08 de set. 2015.

ACSELRAD, Gilberta et al. **Consumo de Bebidas Alcoólicas no Brasil: Estudo com base em fontes secundárias.** Faculdade LatinoAmericana de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, 2012.

Associação Brasileira de Estudo do Álcool e Outras Drogas (ABEAD). **Programa de valorização da vida.** MEC/FNDE: Brasília, 1990.

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

BLUME, S. B.; ZILBERMAN, M. L. Violência doméstica e abuso de álcool e outras drogas. **Revista Brasil Psiquiatria.** 2005; 27(Supl II): S51-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política o Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm. Acesso em: 10 de outubro de 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 6.117, de maio de 2007.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm. Acesso em: 16 de outubro de 2016.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas.** Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Acesso em: 13 de outubro de 2016. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf.

>

_____. Ministério da Saúde(BR). **Portaria nº 816/2002**. Instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília (DF); 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUCHER, R. A abordagem preventiva do uso indevido de drogas In: Bucher R. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Universidade de Brasília, 1992.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informação s sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID , Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; MOURA, Y. G.; SANCHEZ, Z. V. D. M. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas P sicotrópicas – CEBRID, Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARDOSO FILHO, Pedro. **Álcool e Drogas Ilícitas**. João Pessoa, 2001.

CARVALHO, A. A. **Bebidas alcoólicas – problema de saúde pública – Álcool, tabaco e jogo: do lazer aos casos de risco**. Coimbra: Quarteto, 2003

COTRIM, Beatriz Carlini. **DROGAS: Mitos e Verdades**. Editora Ática. São Paulo, 1997.

DAUMAS, J. S. P. **As dificuldades enfrentadas pela estratégia saúde da família no cuidado à saúde do dependente químico**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2012.

_____. **Família, pobreza e gênero: o lugar da dominação masculina**. Fortaleza: EDUECE, 2001.

EDWARDS, Griffith. O alcoolismo e a família. In: EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E.Jane; COOK, Cristopher. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. Porto alegre: Artes Médicas, 1999.

FILZOLA, Carmen Lúcia Alves et al. **Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de auto ajuda Al-Anon**. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro , v. 58, n. 3, 2009 .

FIDELIS DIAS, I. Usos de abusos de bebidas alcoólicas segundo os povos indígenas do Uaçá, In LABATE, B. et al, **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Ed. EDUFBA, 2008.

FERNANDEZ, Francisco Alonso. **Los secretos Del alcoholismo: mujer, trabajo y juventud**. Madrid. Ediciones Libertárias, 1998.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUIMARÃES, R. F.; ALMEIDA, S.C.G. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez\PUC-SP-IEE, 20 10.

GUIMARAES, L.A.M. & GRUBITS, S. **Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira**. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), pp. 45-51, jan/abril 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**. Capital Financeiro, Trabalho e Questão Social, 6ª edição. Editora Cortez, 2012.

JESUS, Isabel Silva de. **Percepção de estudantes do ensino fundamental e médio sobre vulnerabilidade e proteção para o uso de drogas**. Jequié, UESB, 2013. Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.

KALINA, Eduardo. **Os efeitos da droga no cérebro humano**. São Paulo: Bezerra, 1997.

KLEIN, Hans. **Alcoolismo: lidando com o problema na família**. União Cristã. Blumenau: 1998.

LARANJEIRA, Ronaldo; DUALIBI, Sérgio. Políticas públicas relacionadas ao álcool. **Revista Saúde Pública**. Unidade de Pesquisa em Álcool e outras Drogas. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2007.

LAZO, D. M. **Alcoolismo: O que você precisa saber**. 6ª. Ed. São Paulo: Paulinas, 2008.

LINO, T.A.L.R. **Alcoolismo da Causa à Doença**. São Paulo: Scipione, 2006.

LONDON, J. **Memórias alcoólicas**. São Paulo: Ed. Paulicéia, 1993.

MACHADO, K. Como anda a reforma psiquiátrica? **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 11-19, out. 2005.

MALUF, Thaís Grace; PIRES, Eugênia Koutsantonis. Orientação familiar: uma perspectiva do ciclo de vida familiar. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier; MOREIRA,

Fernanda Gonçalves. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MANSUR, Jandira. **O que é alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

_____. J. **O que é toxicomania**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MARINS, D. B. **Alcoolismo Cura Através da Conscientização**. São Paulo: Cefa, 2009.

MATOS, Maria Izilda de. **Meu lar e o botequim: alcoolismo e masculinidade**. São Paulo: Nacional, 2000.

MELO, Zélia Maria de. et al. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. Maringá: **Revista Psicologia em Estudo**, 2005.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.

_____. Maria Cecilia (org.) **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 7. Ed. Petrópolis. – RJ: Vozes, 1997.

MIOTO, R. C. T. **Família e serviço social: contribuição para o debate**. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.55, p.115-130, 1997.

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

STRONACH, Bill. Álcool e redução de danos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para os países em transição**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

SZUMANKI, H. **Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafio de um mundo em mudanças**. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 71, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Genebra). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2004.

RAMINELLI, R. Da etiqueta canibal: comer antes de beber In VENÂNCIO, R.P.; CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005.

RIBEIRO, C.T. **Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade**. *Rev. ágora (Rio de Janeiro)*.n.2, p.333-346, 2009.

SÁAD, A. C. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. (Org.). **Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001. p. 11-32.

SARACENO, C. **Sociologia da família**. Lisboa: Estampa, 1992.

SARTI, C. Famílias enredadas. In (orgs.). ACOSTA, Ana Rojas. VITALE, Maria A. Faller (org.) **Família: Redes, laços e políticas públicas**. Ed. 4. São Paulo: Cortez, 2010.

SAVATER, F. **Ética como amor-próprio**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2000.

SILVA, Maria de Lourdes. **Alcoolismo: um problema com o qual muitos convivem, porém poucos conhecem**. São Paulo: Edicon, 1986.

TOSCANO JR., A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, Sergio D.; TOSCANO JR., Alfredo (Ed.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 181-190.

VARGAS, Divane de. LUIS, Margarita Antônia Villar. Álcool, Alcoolismo e Alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de Unidades Básicas Distritais de Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2008 maio-junho; 16(especial). Artigo Original. Disponível em: Online. <http://rlae.eerp.usp.br/>. Acesso em: 26/08/2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista

Roteiro referente à pesquisa: O significado da família no tratamento do alcoolista: um olhar sobre as narrativas da equipe multiprofissional que atua no CAPS AD Casa da Liberdade no município de Fortaleza – CE.

Data:

I - PERFIL DO PROFISSIONAL

I - Perfil dos Profissionais

1. Idade:
2. Profissão:
3. Especialização:
4. Tempo que atua na área:

II – Relatos da equipe multiprofissional sobre os atendimentos aos familiares de indivíduos que fazem uso abusivo de álcool

1. Qual a importância das famílias no tratamento dos alcoolistas atendidos no CAPS Álcool e Drogas Casa da Liberdade?
2. Quais as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares dos usuários no processo de desenvolvimento do tratamento do alcoolista?
3. Como é a relação dos alcoolistas com seus familiares?
4. Quais as principais demandas da família no processo de tratamento do alcoolista, acompanhadas pelo CAPS AD Casa da Liberdade?
5. Quais as Políticas Públicas direcionadas a essa população e, em especial, aos familiares que são atendidos pelo Centro?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: O significado da família no tratamento do alcoolista: um olhar sobre as narrativas da equipe multiprofissional que atua no CAPS AD Casa da Liberdade no município de Fortaleza – CE, por Ivoneide Maria Costa de Oliveira. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof^a. Ms^a. Diocleciana Paula da Silva, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) _____. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, compreender a importância das famílias no tratamento dos alcoolistas atendidos no CAPS Álcool e Drogas Casa da Liberdade, situado no município de Fortaleza – CE. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

_____ Assinatura

da testemunha:

APÊNDICE C – Decreto Nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 6.117, DE 22 DE MAIO DE 2007.

Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe
sobre as medidas para redução do uso indevido
de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, consolidada a partir das conclusões do Grupo Técnico Interministerial instituído pelo Decreto de 28 de maio de 2003, que formulou propostas para a política do Governo Federal em relação à atenção a usuários de álcool, e das medidas aprovadas no âmbito do Conselho Nacional Antidrogas, na forma do Anexo I.

Art. 2º A implementação da Política Nacional sobre o Álcool terá início com a implantação das medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade a que se refere o Anexo II.

Art. 3º Os órgãos e entidades da administração pública federal deverão considerar em seus planejamentos as ações de governo para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

Art. 4º A Secretaria Nacional Antidrogas articulará e coordenará a implementação da Política Nacional sobre o Álcool.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 22 de maio de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Tarso Genro

Fernando Haddad

Marcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli

Marcio Fortes de Almeida

Jorge Armando Felix

Este texto não substitui o publicado no DOU de 23.5.2007.

ANEXO I

POLÍTICA NACIONAL SOBRE O ÁLCOOL

I - OBJETIVO

1. A Política Nacional sobre o Álcool contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

II - DA INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO DA POPULAÇÃO QUANTO AO CONSUMO DO ÁLCOOL

2. O acesso e recebimento de informações sobre os efeitos do uso prejudicial de álcool e sobre a possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e de orientações voltadas para o seu uso responsável, é direito de todos os consumidores.

3. Compete ao Governo, com a colaboração da sociedade, a proteção dos segmentos populacionais vulneráveis ao consumo prejudicial e ao desenvolvimento de hábito e dependência de álcool.

4. Compete ao Governo, com a colaboração da sociedade, a adoção de medidas discutidas democraticamente que atenuem e previnam os danos resultantes do consumo de álcool em situações específicas como transportes, ambientes de trabalho, eventos de massa e em contextos de maior vulnerabilidade.

III - DO CONCEITO DE BEBIDA ALCOÓLICA

5. Para os efeitos desta Política, é considerada bebida alcoólica aquela que contiver 0.5 grau Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0.5 grau Gay-Lussac. IV - DIRETRIZES

6. São diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool:

1 - promover a interação entre Governo e sociedade, em todos os seus segmentos, com ênfase na saúde pública, educação, segurança, setor produtivo, comércio, serviços e organizações não governamentais;

2 - estabelecer ações descentralizadas e autônomas de gestão e execução nas esferas federal, estadual, municipal e distrital;

3 - estimular para que as instâncias de controle social dos âmbitos federal, estadual, municipal e distrital observem, no limite de suas competências, seu papel de articulador dos diversos segmentos envolvidos;

4 - utilizar a lógica ampliada do conceito de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas relativas ao uso de álcool, em todos os níveis de governo;

5 - considerar como conceito de redução de danos, para efeitos desta Política, o conjunto estratégico de medidas de saúde pública voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool;

6 - ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

7 - estimular que a rede local de cuidados tenha inserção e atuação comunitárias, seja multicêntrica, comunicável e acessível aos usuários, devendo contemplar, em seu planejamento e funcionamento, as lógicas de território e de redução de danos;

8 - promover programas de formação específica para os trabalhadores de saúde que atuam na rede de atenção integral a usuários de álcool do SUS;

9 - regulamentar a formação de técnicos para a atuação em unidades de cuidados que não sejam componentes da rede SUS;

10 - promover ações de comunicação, educação e informação relativas às consequências do uso do álcool;

11 - promover e facilitar o acesso da população à alternativas culturais e de lazer que possam constituir alternativas de estilo de vida que não considerem o consumo de álcool;

12 - incentivar a regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, de modo a proteger segmentos populacionais vulneráveis ao consumo de álcool em face do hiato existente entre as práticas de comunicação e a realidade epidemiológica evidenciada no País;

13 - estimular e fomentar medidas que restrinjam, espacial e temporalmente, os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas, observando os contextos de maior vulnerabilidade às situações de violência e danos sociais;

14 - incentivar a exposição para venda de bebidas alcoólicas em locais específicos e isolados das distribuidoras, supermercados e atacadistas;

15 - fortalecer sistematicamente a fiscalização das medidas previstas em lei que visam coibir a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir;

16 - fortalecer medidas de fiscalização para o controle da venda de bebidas alcoólicas a pessoas que apresentem sintomas de embriaguez;

17 - estimular a inclusão de ações de prevenção ao uso de bebidas alcoólicas nas instituições de ensino, em especial nos níveis fundamental e médio;

18 - privilegiar as iniciativas de prevenção ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas nos ambientes de trabalho;

19 - fomentar o desenvolvimento de tecnologia e pesquisa científicas relacionadas aos danos sociais e à saúde decorrentes do consumo de álcool e a interação das instituições de ensino e pesquisa com serviços sociais, de saúde, e de segurança pública;

20 - criar mecanismos que permitam a avaliação do impacto das ações propostas e implementadas pelos executores desta Política.

ANEXO II

Conjunto de medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira

1. Referente ao diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil:
 - 1.1. Publicar os dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo do Álcool na População Brasileira, observando o recorte por gênero e especificando dados sobre a população jovem e a população indígena;
 - 1.2. Apoiar pesquisa nacional sobre o consumo de álcool, medicamentos e outras drogas e sua associação com acidentes de trânsito entre motoristas particulares e profissionais de transporte de cargas e de seres humanos.
2. Referente à propaganda de bebidas alcoólicas:
 - 2.1. Incentivar a regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, de modo a proteger segmentos populacionais vulneráveis à estimulação para o consumo de álcool;
3. Referente ao tratamento e à reinserção social de usuários e dependentes de álcool:
 - 3.1. Ampliar o acesso ao tratamento para usuários e dependentes de álcool aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS);
 - 3.2. Articular, com a rede pública de saúde, os recursos comunitários não governamentais que se ocupam do tratamento e da reinserção social dos usuários e dependentes de álcool.
4. Referente à realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas:
 - 4.1. Apoiar o desenvolvimento de campanha de comunicação permanente, utilizando diferentes meios de comunicação, como, mídia eletrônica, impressa, cinematográfico, radiofônico e televisivo nos eixos temáticos sobre álcool e trânsito, venda de álcool para menores, álcool e violência doméstica, álcool e agravos da saúde, álcool e homicídio e álcool e acidentes.
5. Referente à redução da demanda de álcool por populações vulneráveis:
 - 5.1. Intensificar a fiscalização quanto ao cumprimento do disposto nos arts. 79, 81, incisos II e III, e 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente;
 - 5.2. Intensificar a fiscalização e incentivar a aplicação de medidas proibitivas sobre venda e consumo de bebidas alcoólicas nos campos universitários;
 - 5.3. Implementar o “*Projeto de Prevenção do Uso de Álcool entre as Populações Indígenas*”, visando à capacitação de agentes de saúde e de educação, assim como das lideranças das comunidades indígenas, para a articulação e o fortalecimento das redes de assistência existentes nas comunidades e nos municípios vizinhos;
 - 5.4. Articular a elaboração e implantação de um programa de prevenção ao uso de álcool dirigido à população dos assentamentos para a reforma agrária, bem como o acesso desta população aos recursos de tratamentos existentes na rede pública e comunitária.
6. Referente à segurança pública:

6. 1. Estabelecer regras para destinação de recursos do Fundo Nacional de Segurança Pública (FNSP) e do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) para os Municípios que aderirem a critérios pré-definidos pelo CONAD para o desenvolvimento de ações que visem reduzir a violência e a criminalidade associadas ao consumo prejudicial do álcool.

7. Referente à associação álcool e trânsito:

7.1. Difundir a alteração promovida no Código de Trânsito Brasileiro pela Lei nº 11.275, de 7 de fevereiro de 2006, quanto à comprovação de estado de embriaguez;

7.2. Recomendar a inclusão no curso de reciclagem previsto no artigo 268 do Código de Trânsito Brasileiro, de conteúdo referente às técnicas de intervenção breve para usuários de álcool;

7.3. Recomendar a revisão dos conteúdos sobre uso de álcool e trânsito nos cursos de formação de condutores e para a renovação da carteira de habilitação;

7.4. Recomendar a inclusão do tema álcool e trânsito na grade curricular da Escola Pública de Trânsito;

7.5. Elaborar medidas para a proibição da venda de bebidas alcoólicas nas faixas de domínio das rodovias federais.

8. Referente à capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública:

8.1. Articular a realização de curso de capacitação em intervenção breve para profissionais da rede básica de saúde;

8.2. Articular a realização de curso de prevenção do uso do álcool para educadores da rede pública de ensino;

8.3. Articular a realização de curso de capacitação para profissionais de segurança de pública;

8.4. Articular a realização de curso de capacitação para conselheiros tutelares, dos direitos da criança e do adolescente, de saúde, educação, antidrogas, assistência social e segurança comunitária;

8.5. Articular a realização de curso de capacitação para profissionais de trânsito;

8.6. Articular a realização de curso de capacitação em prevenção do uso do álcool no ambiente de trabalho.

9. Referente ao estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais:

9.1. Apoiar a fiscalização dos estabelecimentos destinados à diversão e lazer, especialmente para o público jovem no que se refere à proibição de mecanismos de indução ao consumo de álcool: 9.1.1. Incentivar medidas de proibição para a consumação mínima, promoção e degustação de bebidas alcoólicas;

9.1.2. Incentivar medidas de regulamentação para horário de funcionamento de estabelecimentos comerciais onde haja consumo de bebidas alcoólicas;

9.2. Apoiar os Municípios na implementação de medidas de proibição da venda de bebidas alcoólicas em postos de gasolina;

9.3. Incentivar o estabelecimento de parcerias com sindicatos, associações profissionais e comerciais para a adoção de medidas de redução dos riscos e danos associados ao uso indevido e ao abuso de bebidas alcoólicas:

9.3.1. Incentivar a capacitação de garçons quanto à proibição da venda de bebidas para menores e pessoas com sintomas de embriaguez;

9.3.2. Estimular o fornecimento gratuito de água potável nos estabelecimentos que vendem bebidas alcoólicas;

9.4. Promover e facilitar o acesso da população a alternativas culturais e de lazer que possam constituir escolhas naturais e alternativas para afastar o público jovem do consumo do álcool.