

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**MINTER/DINTER-CAPEB**

**EXPECTATIVAS DE FAMILIARES DE ALCOOLISTAS EM  
DIFERENTES ESTÁGIOS DE TRATAMENTO ACERCA DAS  
INTERVENÇÕES DO CAPS ad**

**MARIA DE FÁTIMA ALVES AGUIAR CARVALHO**

**PETROLINA**

**2010**

**MARIA DE FÁTIMA ALVES AGUIAR CARVALHO**

**EXPECTATIVAS DE FAMILIARES DE ALCOOLISTAS EM  
DIFERENTES ESTÁGIOS DE TRATAMENTO ACERCA DAS  
INTERVENÇÕES DO CAPS ad**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Projeto Minter-Dinter com a Universidade Federal do Vale do São Francisco, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre, sob a orientação do Professor Dr. Paulo Rogério Meira Menandro.**

**PETROLINA**


**2010**

**EXPECTATIVAS DE FAMILIARES DE ALCOOLISTAS EM  
DIFERENTES ESTÁGIOS DE TRATAMENTO ACERCA DAS  
INTERVENÇÕES DO CAPS AD**

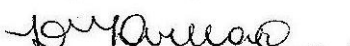
**Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho**

**Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal do Espírito – Mestrado Interinstitucional com a  
Universidade Federal do Vale do São Francisco, como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre em Psicologia.**

**Aprovada em 28 de outubro de 2010**

  
**Professor Dr. Paulo Rogério Meira Menandro (Orientador/UFES)**

  
**Professor Dr. Antônio Marcos Tosoli Alves (UERJ)**

  
**Professora Dr<sup>a</sup> Luziane Zacché Avellar (UFES).**

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família: meu marido Juscelino e minhas filhas Ana e Iza, pelo amor, incentivo e proteção;

Ao professor Paulo Rogério Meira Menandro, meu orientador, por ter me dispensado parte do seu preciosíssimo tempo e pelo conhecimento concedido nas orientações, pelo seu exemplo de pesquisador, fica aqui registrado minha admiração;

À minha irmã espiritual Margaret Olinda, companheira de mais de vinte anos de jornada e grande incentivadora;

Aos companheiros de MINTER/DINTER, em especial Michelle, Sued e Suzane pela convivência estimulante e pelas muitas oportunidades de aprendizagem compartilhada;

À professora Luziane Zacche Avellar, pela valiosa contribuição no exame de qualificação deste trabalho;

À equipe do CAPS ad de Petrolina, pela atenção e informações concedidas;

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, pelo espaço para realização deste mestrado;

Às famílias participantes desta pesquisa, que mesmo sem compreender a dimensão desta, estavam dispostas a colaborar, agradeço pela confiança em tornar público suas histórias;

À Deus, por ter proporcionado-me mais essa existência, meu guia, minha força e luz.

Obrigada!

## **ORAÇÃO DA FAMÍLIA**

Que nenhuma família comece em qualquer de repente  
Que nenhuma família termine por falta de amor  
Que o casal seja um para o outro de corpo e de mente  
E que nada no mundo separe um casal sonhador!  
Que nenhuma família se abrigue debaixo da ponte  
Que ninguém interfira no lar e na vida dos dois  
Que ninguém os obrigue a viver sem nenhum horizonte  
Que eles vivam do ontem, do hoje, e em função de um depois!  
Que a família comece e termine sabendo onde vai  
E que o homem carregue nos ombros a graça de um pai  
Que a mulher seja um céu de ternura, aconchego e calor  
E que os filhos conheçam a força que brota do amor!

**Abençoa, Senhor, as famílias! Amém!**

**Abençoa, Senhor, a minha também (bis)**

Que marido e mulher tenham força de amar sem medida  
Que ninguém vá dormir sem pedir ou sem dar seu perdão  
Que as crianças aprendam no colo, o sentido da vida  
Que a família celebre a partilha do abraço e do pão!  
Que marido e mulher não se traiam, nem traiam seus filhos!  
Que o ciúme não mate a certeza do amor entre os dois!  
Que no seu firmamento a estrela que tem maior brilho,  
seja a firme esperança de um céu aqui mesmo e depois

Compositor: Padre Zezinho

## RESUMO

**Carvalho. M.F.A.A. (2010). Expectativas de familiares de alcoolistas em diferentes estágios de tratamento acerca das intervenções do CAPS ad. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Projeto MINTER/DINTER com a Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, PE.**

A dependência do álcool há muito deixou de ser vista como problema de natureza individual, passando a ser concebida como um grave problema de saúde pública, cujas repercussões negativas cada vez mais volumosas podem ser constatadas em diversos setores da sociedade. Suas implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são enormes e devem ser consideradas na sua forma global. O presente trabalho é um estudo descritivo e exploratório, desenvolvido na perspectiva qualitativa, que investigou as expectativas dos familiares de alcoolista acerca das intervenções do CAPS ad de Petrolina-PE, em diversos estágios de tratamento. Foram entrevistados integrantes de 09 famílias nucleares que convivem com membro alcoolista, o que incluiu as 9 esposas desses alcoolistas e 17 de seus filhos(as). Essas famílias representam três grupos, cada um deles constituído por três famílias. O primeiro grupo é composto por familiares de usuários ingressantes (com até 3 meses de tratamento). O segundo grupo é composto por familiares de usuários intermediários (aqueles que estão em tratamento por período entre 7 e 10 meses). O terceiro grupo reúne familiares de usuários veteranos em termos de vínculo com o CAPS ad (aqueles que estão em tratamento há mais de um ano). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada individual. Na análise dos dados obtidos foram empregados procedimentos de análise de conteúdo. Verificou-se que nas famílias estudadas, as expectativas dos familiares que aderiram às atividades realizadas pelo CAPS ad se revelaram predominantemente positivas. Com o passar do tempo em que o alcoolista continua no tratamento, essas expectativas foram se fortalecendo, pois nesses casos passou a existir a abstenção ou um padrão de beber eventual, sob controle, sendo minimizados os danos decorrentes do beber abusivo (que podem ser diferentes em cada caso, ainda que alguns aspectos sejam verificados em todas as famílias). Entre as nove famílias participantes, houve apenas uma que demonstrou não acreditar na recuperação do dependente. Conclui-se que em função da diversidade de fatores que afetam a vida pessoal, familiar e social do alcoolista, das limitações que as famílias encontram para lidar com a questão em seu próprio âmbito, e considerando o fato de que a percepção dessas famílias sobre a atuação do CAPS ad é bastante positiva, pode ser um caminho promissor pensar em ações intersetoriais de atenção integral, articuladas com vários segmentos da sociedade, possibilitando assim a formação de uma rede de atenção com capacidade resolutiva ampliada.

**Palavras chave: dependência; álcool; serviço; família; tratamento**

## **ABSTRACT**

**Carvalho. M.F.A.A. (2010). Expectations of family members of alcoholics at different stages of treatment interventions at the CAPS ad. Master's Thesis of the Post Graduate Program in Psychology, Universidade Federal do Espírito Santo, a MINTER / DINT project with the Universidade Federal do Vale do Sao Francisco, Petrolina, PE.**

Alcohol dependence has long ceased to be seen as a problem of individual nature, but should be conceived as a serious public health problem, whose increasingly voluminous negative repercussions can be seen in various sectors of society. Its social, psychological, economic and political implications are enormous and must be considered globally. The present paper is a descriptive study, developed on a qualitative perspective, which investigated the expectations of family members of alcoholics about the operations of CAPS ad in several stages of treatment. Nine members of nuclear families living with an alcoholic member were interviewed, which included the wives of alcoholics and nine of their 17 children. These families represent three groups, each consisting of three families. The first group consists of family members of incoming users (up to 3 months of treatment). The second group consists of families of intermediate users (those who are undergoing treatment for a period between 7 and 10 months). The third group consists of family members of veterans in terms of bonding with the CAPS ad (those who are in treatment for over a year). Data collection was conducted through semi-structured individual interview. Content analysis procedures were employed in the obtained data analysis. We verified that in the studied families, the expectations of family members who have joined the activities performed by CAPS ad revealed predominantly positive. As time goes by and the alcoholic continues in treatment, these expectations were getting stronger because in these cases there was an abstention or a pattern of eventual drinking, under control, with damage from abusive drinking being minimized (which may be different in each case, although some aspects are verified in all families). Among the nine participating families, there was only one which did not believe in the recovery of the dependent. We conclude that because of the diversity of factors that affect personal, family and social life of the alcoholic, of the constraints that the families find to deal with the issue in its own sphere, and considering the fact that the perception of these families about the role of CAPS ad is quite positive. It may be a promising way to think of intersectoral integral action, combined with various segments of society, thus enabling the formation of a care network with expanded resolving capacity.

**Key Words: alcoholism, CAPS ad, family, treatment.**

## LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas

OMS – Organização Mundial de Saúde

MS – Ministério da Saúde

AA – Alcoólicos Anônimos

GT – Grupo Terapêutico

TR – Técnico de Referência

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

PTI – Projeto Terapêutico Individual

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SENAD – Secretaria Nacional de Álcool e Outras drogas

PSF – Programa Nacional de Saúde da Família

OIT – Organização Internacional do Trabalho



## LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Caracterização dos membros entrevistados, de acordo com vínculo, idade, escolaridade, estado civil e religião - Famílias do grupo ingressante

Tabela 2: Caracterização dos membros entrevistados, de acordo com vínculo, idade, escolaridade, estado civil e religião - Famílias do grupo intermediário

Tabela 3: Caracterização dos membros entrevistados, de acordo com vínculo, idade, escolaridade, estado civil e religião - Famílias do grupo veterano

Tabela 4: Unidades e Subunidades de análise de temas emergentes da entrevista com mulheres e filhos (as) – A convivência e a estrutura familiar

Tabela 5: Unidades e subunidades de análise de temas emergentes da entrevista com mulheres e filhos (as) – Expectativas sobre ações do CAPS ad

Quadro 1: Estilos de intervenções no CAPS ad – Famílias do grupo ingressante

Quadro 2: Estilos de intervenções no CAPS ad – Famílias grupo intermediário

Quadro 3: Estilos de intervenções no CAPS ad – Famílias do grupo veterano

# SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	11
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	15
1.1	O Alcoolismo no Contexto Social.....	15
1.2	O Alcoolismo no Contexto Familiar.....	18
1.3	O CAPS ad.....	25
<b>2</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	31
2.1	Caracterização do estudo.....	31
2.2	Cenário da Pesquisa.....	32
2.3	Processos de seleção dos participantes.....	35
2.4	Critérios de Inclusão dos participantes.....	36
2.5	Percurso metodológico.....	37
2.6	Participantes da pesquisa.....	38
2.7	Instrumentos e coleta de dados.....	39
2.8	Aspectos éticos.....	42
2.9	Tratamento e análise dos dados.....	44
<b>3</b>	<b>Apresentação e discussão dos resultados.....</b>	45
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	98
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	104
<b>6</b>	<b>APÊNDICES.....</b>	110

## APRESENTAÇÃO

É fato já bastante conhecido que o alcoolismo é considerado importante problema de Saúde Pública e que pode provocar graves distúrbios e sequelas em seus usuários e familiares. A complexidade da interação dos diversos fatores que podem estar na origem do problema justifica o fato de novas vertentes de discussão e novas abordagens teóricas e de intervenção sobre o tema surgirem periodicamente. A bebida alcoólica é uma droga lícita em inúmeros países, seu uso é sancionado ou ao menos tolerado em muitas sociedades (entre elas a brasileira).

No Brasil o consumo de bebidas alcoólicas está disseminado e culturalmente consolidado, as razões que levam ao seu uso são bastante corriqueiras e facilmente observáveis pelas novas gerações, sem que haja demarcação claramente identificável de limites que devem ser observados por quem bebe, o que contribui para dificultar tanto a prevenção como o tratamento para o beber abusivo e para a dependência.

Portanto os motivos que levam ao alcoolismo são multifatoriais, sendo diversas as causas associadas à sua predisposição, entre elas as hereditárias, as decorrentes da história familiar e aquelas associadas a certos aspectos do contexto sociocultural. As pesquisas concentram a maior parte de suas análises no alcoolista e nas lesões biológicas que podem decorrer da ação do álcool, havendo menos interesse no impacto do alcoolismo sobre a família. Ocorre que lidar com a complexidade do alcoolismo exige ações intersetoriais, atenção integral, articuladas com vários segmentos da sociedade, possibilitando assim a formação de uma rede

de atenção com capacidade resolutive que venha subsidiar não só o dependente, mas também a família.

Minha primeira experiência profissional com o alcoolismo se deu numa clínica psiquiátrica privada (modelo tradicional), onde me chamou atenção o elevado índice de internações por transtornos ligados ao consumo de álcool (representava em torno de 50% dos clientes atendidos). Sabemos que as internações do alcoolista em hospitais e clínicas psiquiátricas apresentavam/apresentam inúmeras desvantagens para a recuperação desses, contribuindo para sua estigmatização e de certa forma, exclusão social.

Como docente da UNIVASF - Universidade Federal do Vale do São Francisco, tive a oportunidade de participar como instrutora/supervisora da atividade de Extensão “Projeto de Reorganização das Ações de Saúde Mental no Vale do São Francisco”, no período de 2005 a 2006. Acompanhei de perto o processo de implantação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) nos municípios das macrorregiões de Petrolina - PE e Juazeiro - BA.

Vivenciando esse contexto da proposta do CAPS como estratégia substitutiva dos ambulatorios e hospitais psiquiátricos, interessei-me em estudar o alcoolismo nesse modelo assistencial que se diferencia dos demais serviços de saúde.

Dentre as questões suscitadas, focalizo as famílias, propondo-me analisar as expectativas de mulheres e filhos (as) de alcoolistas acerca das intervenções do CAPS ad. Como parte de tal proposta é possível destacar alguns objetivos adicionais que tentarei alcançar: descrever a convivência familiar com o usuário alcoolista; identificar os tipos de intervenções oferecidas aos alcoolistas e familiares; comparar as expectativas das famílias em diferentes estágios de tratamento no

CAPS ad e posteriormente discutir o nível de envolvimento dos familiares no tratamento.

O fenômeno do uso/dependência do álcool não deve ser visto como uma problemática exclusiva do sistema de saúde, devendo as suas múltiplas causas serem levadas em consideração. Assim, ao estabelecer diretrizes e metas a perspectiva transversalizadora deve ser construída em interface com outros setores da sociedade. Na perspectiva da Saúde Pública, o planejamento das ações deve contemplar a participação da população, de forma que a abstinência ao álcool não seja a única alternativa possível aos usuários. Quando se trata de vidas humanas temos que lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades de escolhas que são feitas, levando-se em conta as diversidades.

Este estudo não adota uma perspectiva teórica única, mas uma abordagem descritiva e exploratória condizente com a realidade de uma investigação, envolvendo a exploração do conjunto de relações que interessam ao assunto.

Foram analisados três grupos de familiares, de acordo com o tempo de tratamento: O primeiro de ingressantes (0 a 3 meses) caracterizado pelo período de adaptação do usuário ao serviço; o segundo de intermediários (7 a 10 meses), período previsto para o estabelecimento do vínculo de confiança entre usuário/profissional/serviço; e o terceiro de veteranos, usuários com mais de um ano de tratamento, período em que normalmente é atribuído autonomia ao alcoolista, onde usualmente passam da modalidade de tratamento intensivo para não intensivo. Cada grupo foi constituído por três famílias, das quais foram entrevistados mulheres e filhos (as).

A idéia de comparar os resultados dos diferentes grupos permitiu discutir os efeitos das intervenções do CAPS ad, indicando se a situação mudou, sempre

partindo das informações fornecidas pelos entrevistados em conjunto com informações a respeito dos procedimentos adotados no CAPS ad na qual a pesquisa se desenvolveu.

As comprovadas conseqüências negativas do uso abusivo de bebida alcoólica e o fato de tal uso abusivo ocorrer freqüentemente por parte de muitas pessoas instigam a procura de respostas para o enfrentamento dos danos decorrentes do consumo dessa substância, acrescentando-se a tal quadro a certeza de que a magnitude do problema é grande, tornando esta pesquisa de relevância social e científica.

A dissertação inicia-se com uma introdução na qual estudos sobre alcoolismo são examinados e as principais idéias que veiculam são descritas, enfatizando-se o alcoolismo no contexto social e familiar, destacando as características e o papel do Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas- CAPS ad na realidade em que o estudo se desenvolveu (o que exigiu a apresentação de informações essenciais sobre essa realidade, também na seção de Introdução). O texto prossegue com o relato dos procedimentos metodológicos que foram adotados e com a caracterização dos participantes. Na parte final são apresentados e discutidos os resultados, buscando-se sistematizar a contribuição que trazem para ampliar o conhecimento sobre o assunto.

# 1 - INTRODUÇÃO

## 1.1 – O alcoolismo no contexto social

A Organização Mundial de Saúde recomenda a substituição do termo “alcoolismo” por “síndrome da dependência de álcool” e recomenda a adoção do termo “consumo prejudicial de álcool” para abarcar conceitos de uso freqüente como “abuso de álcool”, “uso prejudicial de álcool” ou “problemas relacionados ao álcool”. Por consumo prejudicial entende-se o uso de bebidas alcoólicas que traz danos à saúde e ao bem-estar das pessoas e do ambiente social. Dependente de álcool é o usuário que necessita da droga para sobreviver e manter “equilíbrio” corporal e emocional, não conseguindo viver sem ela.

Para o Ministério da Saúde bebida alcoólica é toda bebida que contiver em sua composição 0.5 grau Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo-se as bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, considerando-se até mesmo as preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico maior ou igual a esse.

Aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas (OMS, 2004). O uso do álcool (valendo ressaltar que a palavra álcool será usada diversas vezes ao longo do texto com o mesmo sentido de bebida alcoólica, para evitar o excesso de repetições do termo completo) é cultural, utilizado em quase todas as sociedades do mundo, sendo associado às comemorações, ao lazer, às recreações sociais e também como bálsamo para o alívio das angústias da vida.

É difícil imaginar sua total ausência em nossas vidas, inclusive considerando que nos meios de comunicação, mesmo utilizando a discreta advertência “beba com moderação”, as bebidas alcoólicas ainda são apresentadas

de forma bastante positiva e relacionadas às situações de felicidade, descontração e aceitação social (Gorgulho, 2004), dificultando a conscientização quanto aos danos que podem resultar de seu uso.

A Lei 11.705, “lei seca” de 19 de Junho de 2008 que altera o Código de Trânsito Brasileiro, não permite qualquer nível de concentração de álcool no sangue de quem estiver dirigindo veículos automotores. Pretende-se, assim, provocar alterações nos hábitos da população brasileira disciplinando o consumo de álcool com medidas de punição, promoção e prevenção. Entretanto, ainda não passou tempo suficiente para avaliar sua eficácia, enquanto isso as pessoas são incentivadas pela mídia a adotarem medidas alternativas como “beba e tome um táxi” ou “ beba e pegue carona com um amigo que não bebeu”. É de se notar a subsistência da ideia “dê um jeito, mas não deixe de beber”.

O alcoolismo é a modalidade mais difundida de dependência química na humanidade, e está presente na vida cotidiana de muitos povos, independentemente de etnia, idade, religião, gênero e condição social. A incidência é maior entre homens do que entre mulheres. Também é maior entre os mais jovens, especialmente aqueles na faixa etária dos 18 a 29 anos, declinando com o avanço da idade (Laranjeira et al., 2003).

É freqüente o atendimento de casos nos serviços de urgência e emergência psiquiátrica. Seu abuso acarreta danos psicológicos, sociais, culturais, jurídicos, políticos e econômicos, gerando perdas no processo produtivo e nas relações afetivas e familiares (Miranda, Simpson, Azevedo & Costa, 2006).

No Brasil o consumo de bebidas alcoólicas está classificado entre os dez comportamentos de maior risco à saúde. É a segunda maior causa de mortes



relacionadas às drogas psicoativas (Gorgulho, 2004). Como um dos maiores problemas sociais, acarreta uma série de prejuízos, tanto individuais como sociais.

O 1º levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, desenvolvido nas 107 principais cidades do País, estimou que 11,2% da população brasileira com idade entre 12 e 65 anos são dependentes de álcool (Carlini, Galduróz, Noto e Nappo, 2002). Esses dados constataam informações publicadas pela Organização Mundial do trabalho – OIT, de que 10% a 12% da população economicamente produtiva, acima de 14 anos, têm problemas de uso abusivo ou dependência de álcool (Duarte, 2004).

A vulnerabilidade para o uso prejudicial de álcool é maior em indivíduos que estão insatisfeitos ou tensos com algum aspecto de sua vida, possuem fácil acesso à substância e não estão devidamente integrados na comunidade em que vivem. Vale ressaltar que, assim como existem fatores de risco que predispõem à ocorrência do uso indevido de álcool, também existem fatores específicos de proteção para este mesmo uso. Estes fatores de risco e de proteção são identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, na família, em seus pares, na escola e na comunidade, e em qualquer outro nível de convivência (Gorgulho, 2004). Assim sendo, se as manifestações do uso prejudicial do álcool encontram seu lugar na comunidade, é na própria comunidade que encontrarão as práticas terapêuticas, preventivas e educativas.

A reafirmação do papel nocivo do álcool força a busca de respostas políticas e sociais para o enfrentamento dos problemas decorrentes do seu consumo, confirmando a amplitude do problema, que é enorme, e exigindo somar forças de usuários, familiares, profissionais, gestores públicos, enfim, de toda a sociedade.

## 1.2 – O alcoolismo no contexto familiar

O beber abusivo influencia as relações familiares que, em via de mão dupla, também influenciam o comportamento do bebedor, de modo que se cria uma espécie de dependência comportamental.

Como influência entende-se as mudanças no comportamento e nas atitudes de um indivíduo que resultam da interação com outro indivíduo ou grupo. Os relacionamentos se afetam mutuamente, assim como afetam e são afetados pela estrutura sócio-cultural e ambiental (Hinde, 1979; Ventorini & Garcia, 2004). Na família do alcoolista todos os integrantes são influenciados e isso se dá com conotação bastante negativa.

Os filhos não são sujeitos passivos do processo, pelo contrário, participam dele ativamente e, possivelmente, são os mais atingidos. Não só pais, filhos e familiares acabam envolvidos no contexto, mas até os vizinhos, os amigos e a comunidade onde a família vive. Por isso, focar a análise em um único ator ou atriz é perder de vista a peça como um todo (Edwards, Marshall & Cook, 2005; Andrade, 2006).

A presença do dependente de álcool no contexto familiar enfraquece a idéia de que é possivelmente no lar que se encontra um ambiente de proteção, em que relações afetivas deverão estar presentes protegendo seus habitantes de elementos externos. Possibilita a inserção de perigos normalmente “circunscritos à esfera da rua”, entre eles a violência, a insegurança, a confrontação e o respeito (Garcia, 1995; Andrade, 2006). É principalmente no contexto familiar que ocorrem a promoção da saúde e a prevenção de doença, influenciando fortemente os comportamentos de saúde dos seus membros.

O álcool é apontado como elemento não desejado, considerado negativo, gerador de crises e conflitos. O consumo abusivo acarreta grandes transformações na família, trazendo conseqüências para os membros, inclusive para as crianças e os adolescentes que acabam por ser os mais afetados, uma vez que estão em momento de formação pessoal e psicológica (Melo, Caldas, Carvalho & Lima, 2005). Famílias alcoolistas são caracterizadas pela baixa coesão, pouca ligação entre seus membros, conflitos e pobreza nas habilidades de resolução de problemas. Por ser o grupo mais próximo do alcoolista, sofre repercussões imediatas. Com ele convivem familiares que estabeleceram relações afetivas, amorosas, de admiração, e de respeito, às vezes muito antes do problema se concretizar. Tais pessoas podem reagir de forma que, sem ter tal objetivo, acabam contribuindo para manter o processo de dependência (Zenalatto & Rezende, 2006).

Uma forma de proteger a própria família de interferências externas que a exporiam demasiadamente é a negação do problema. É difícil acreditar que alguém que está vivendo situação que implica sofrimento negue o fato de estar passando por tal situação, porém existem motivos para essa negação. O membro da família que "ama" aquela pessoa que se tornou alcoolista pode se sentir culpado por seu comportamento, ou pode ter vergonha de pedir ajuda, ou porque muitas vezes, e isso é freqüente, não tem informação mais precisa sobre a doença e acredita em promessas de mudança por parte do protagonista, ou as velhas justificativas do tipo "eu não sou dependente, quando quiser eu paro de beber" (Garcia, 1995; Andrade, 2006).

Os familiares vão se sentindo confusos. Cônjuges e filhos são os mais diretamente afetados. Os efeitos do álcool se revelam muito graves para a família, assim como para o alcoolista, caracterizando o fenômeno descrito como co-

dependência. A co-dependência de familiares do alcoolista é interesse de investigação de diversos autores, dentre os quais podem ser destacados Beattie (2004), Zampieri (2004) e Lucena (2006), que destacam a complexidade da situação vivenciada pelos dependentes e seus familiares. O relacionamento dessas pessoas passa a ser envolvido por reações emocionais associadas a estresse e a compulsão, envolvendo experiências dolorosas e debilitantes, afetando o bem-estar de todos (Beattie, 2004). Essas reações variam de pessoa para pessoa, uma vez que não são todas afetadas da mesma forma, estando em jogo as condições que cada indivíduo tem de reagir às dificuldades vividas no contexto, em cada momento (Zampieri, 2004).

Ainda de acordo com pesquisas de Zampieri (2004, p.105), os co-dependentes sofrem e também fazem sofrer nos seus relacionamentos. A autora classifica a questão da co-dependência como “uma condição emocional, psicológica e comportamental, um padrão relacional e um transtorno da não identificação do *self*”. Ela defende a importância do envolvimento familiar nas abordagens terapêuticas, pois esse vínculo de amor entre as partes é o principal estímulo para o fortalecimento de relações saudáveis e se, o indivíduo “sentir-se em geral amado, compreendido e aceito pode ser um fator altamente influente, senão determinante em relação à saúde psíquica”. Afirma ainda que, mesmo não tendo sido reconhecida como doença, a co-dependência já tem sido admitida como uma construção social, fato que contribuiu para focalizar o contexto familiar da dependência química.

Na família alcoolista, de certa forma, a convivência passa a ser regulada pelo comportamento do usuário de álcool, todos agindo com o foco na tentativa de controlar o problema. Em geral, por vergonha, procura-se negar o fato, sem

perceber que esse comportamento é prejudicial para a relação, ampliando a problemática, e resultando na manutenção do alcoolismo autodestrutivo. A resistência só é vencida quando a situação fica insustentável e a família começa a perceber que a estrutura que a caracteriza está próxima de ser destruída (Andrade, 2006). A capacidade de discernimento fica prejudicada e os gastos com manutenção do consumo da bebida traz problemas concretos na esfera financeira (gastos de recursos indispensáveis para outras finalidades, dificuldades crescentes no trabalho, culminando com o desemprego).

Segundo Sarti (2003), nas famílias de classe popular ainda estão presentes relações hierarquizadas, onde o homem exerce a função de chefe da família e a mulher o de chefe da casa. Comparativamente, nas famílias de classe média encontramos maior democratização e igualdade na relação entre os conjugues, tanto na questão financeira como na manutenção do lar.

Entretanto a problemática do desemprego acarreta prejuízo estrutural em qualquer classe social, apesar de ser mais expressiva na popular. Influencia o cotidiano das famílias, intensificando as crises alterando as relações estabelecidas. As famílias respondem a essa realidade buscando outras alternativas para manutenção das despesas do lar (Mello, 2003). Em tal cenário o alcoolista discute constantemente com a esposa na frente dos filhos, na maioria das vezes por motivos banais, podendo chegar à violência física em relação à esposa e aos filhos.

Nos casos em que o contexto não favorece a separação conjugal, a organização familiar acaba se ajustando à nova realidade vivida e alguns de seus integrantes assumem responsabilidades distintas das que tinham antes, em decorrência dos atos do alcoolista, o que, mesmo que seja inevitável para a sobrevivência da família, de certa forma abre caminho para a continuidade das

ações do dependente, uma vez que, do seu ponto de vista, tudo continua “funcionando” no âmbito da família. É comum ocorrer inversão de papéis e funções, como quando, por exemplo, a esposa assume todas as responsabilidades de casa em decorrência do alcoolismo do marido, ou o filho mais velho passa a trabalhar para ajudar nas despesas e a irmã passa a cuidar dos irmãos mais novos.

Os familiares tendem ainda a desenvolver diferentes maneiras de lidar com o problema, assumindo papéis que oscilam entre a vítima, o perseguidor e o salvador, podendo esses papéis serem vivenciados pelo alcoolista ou por qualquer membro da família. Quando o alcoolista é percebido na posição de vítima, não é considerado responsável por seus atos, sendo necessário todo cuidado da família para minimizar os efeitos abusivos do álcool. Quando visto como perseguidor é aquele que, de várias formas, tira a tranquilidade dos que convivem diretamente com ele. O salvador será o alcoolista que optar pela abstinência, naqueles casos em que está cristalizada a concepção segundo a qual todos os problemas da família são decorrentes do alcoolismo (Knight, 1991; Andrade, 2006).

Para os filhos, crescer em uma família com pai alcoolista é uma realidade difícil, repleta de desafios. Filhos de alcoolistas apresentam maior risco para transtornos emocionais e dificuldades escolares (Souza, 2004). Apresentam forte tendência para consumir bebidas alcoólicas ou buscar alívio em outros tipos de drogas, em comparação com casos nos quais não há alcoolismo na família (Knight, 1991; Mylant, 2002). Filhos criados em famílias alcoólicas também apresentam maior chance para o desenvolvimento de depressão, ansiedade, transtorno de conduta e dificuldades de entrosamento com colegas e com as demais pessoas à sua volta (Mylant, 2002; Andrade, 2006).

Em resumo, os filhos cuja convivência familiar ocorre num ambiente alcoólico sofrem com os conflitos e abusos existentes na casa, visto que há brigas constantes e os problemas não são resolvidos através de diálogos entre pais e filhos. Fatores como falta de disciplina, falta de intimidade no relacionamento de pais e filhos, e baixa expectativa dos pais em relação à educação e às aspirações dos filhos, também contribuem para o desenvolvimento de problemas emocionais, bem como para o aumento do risco de consumo de substâncias químicas psicoativas (Knight, 1991; Andrade, 2006).

Estudos apontam a relação da violência familiar com o alcoolismo, sendo que os filhos muitas vezes são as testemunhas da violência entre o casal, sendo eles próprios, com frequência, alvos de violência verbal, psicológica ou física (Minayo, 1994; Osiatynska, 2004).

Filhos de dependentes de álcool podem apresentar dificuldades no desenvolvimento cognitivo e habilidades verbais uma vez que a sua capacidade de expressão geralmente é prejudicada. Este empobrecimento cognitivo, em geral, se dá pela falta de estimulação no lar, gerando dificuldades em conceitos abstratos, exigindo que estas crianças tenham explicações concretas e instruções específicas para acompanhar o ritmo dos demais alunos em sala de aula (Souza, 2004). Entretanto segundo o autor, é importante salientar que grande parte dos filhos de dependentes de álcool é acentuadamente bem ajustada, desde que possuam referências familiares (ou similares) e sociais que os ajudem a sair do ciclo vicioso do alcoolismo. É evidente que diversas instituições sociais, governamentais ou não, podem ser um referencial de apoio e ajuda para crianças e famílias vítimas dos distúrbios causados pelo alcoolismo.

É muito improvável que uma família aja com descaso em relação a um membro alcoolista. Será contraproducente fazê-lo, em todos os aspectos, já que sem o suporte da mesma qualquer intervenção fica mais difícil. A inclusão dos familiares no processo terapêutico tende a contribuir para uma maior adesão ao tratamento, e para abstinência ou redução do consumo de álcool pelo alcoolista (Meyers et al., 2002; Andrade, 2006). Eles são o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas importantes no sucesso do tratamento (Brasil – Ministério da Saúde, 2004b). O alcoolismo implica sofrimento para o dependente e para todos aqueles que lhe são próximos afetivamente. Portanto, o problema não é só do alcoolista, mas também do “sistema familiar”, pois todos que o integram são afetados, o que exige que o tratamento envolva a todos.

Diante da magnitude do problema e do reconhecimento de suas conseqüências na família, tem se buscado compreender e planejar intervenções de forma a reduzir as condições de vulnerabilidade de famílias que vivenciam a experiência. O diagnóstico precoce melhora o prognóstico para dependência e consumo nocivo de bebida alcoólica (Laranjeira et al., 2003). Aqueles que apresentam padrão nocivo de consumo devem ser motivados a adotarem padrões mais “saudáveis”. Para aqueles com diagnóstico de dependência do álcool, recomenda-se o encaminhamento para um serviço de tratamento adequado.

O Ministério da Saúde propõe o CAPS ad como modelo de referência para esse tipo de atendimento. O serviço oferece um trabalho junto a usuários e familiares que aborda os fatores de proteção para o uso de substâncias psicoativas e a diminuição do estigma e do preconceito em relação às referidas substâncias, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (Filizola, Perón, Nascimento, Pavarin & Filho, 2006). Trata-se, portanto, de um dispositivo assistencial que se



propõe ser resolutivo, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados flexíveis, dentro da perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde.

### **1.3 – O CAPS ad**

No Brasil, a partir da década de 70, o movimento político e social da Reforma Psiquiátrica, propôs a mudança da assistência psiquiátrica através da implantação de um novo modelo de atenção psicossocial, diferente do modelo manicomial então vigente, que segregava e excluía o indivíduo em sofrimento mental. Assim, a subjetividade do indivíduo tornou-se foco das ações de saúde, enfatizando a sua singularidade e as suas dimensões familiares e socioculturais (Lavall, Olschowsky & Kantorski, 2009).

A necessidade da definição de estratégias específicas para o enfrentamento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reinserção social, levou o Ministério da Saúde, via portaria GM/816, de 30 de Abril de 2002, a formular uma Política Nacional Específica para Álcool e Drogas com o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários, determinando a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Assim sendo o usuário de álcool não mais deve ser atendido no CAPS tradicional, onde são tratados todos os outros transtornos mentais.

Os primeiros CAPS ad no Brasil foram implantados em 2002. Hoje são 198 oficializados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES, 2010), número ainda insuficiente para atender a grande demanda de usuários de álcool e outras drogas. Constituem a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica,

visando fortalecer a rede de atenção à saúde, oferecendo atendimento à população, em uma área de abrangência definida, com atividades terapêuticas e preventivas.

Os CAPS ad têm as seguintes finalidades:

- Atender diariamente aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;

Vale registrar aqui que reduzir danos significa diminuir as conseqüências danosas que podem surgir do consumo de álcool. Os danos podem ser orgânicos, afetando a saúde do consumidor, ou de outras naturezas, como uma série de riscos aos quais o consumidor se expõe e pode expor outros. Reconhece cada indivíduo na sua singularidade, traça com ele alternativas que estão voltadas não para abstinência, mas para a defesa da vida (Brasil – Ministério da Saúde, 2003).

- Gerenciar e planejar os atendimentos, oferecendo cuidados singulares e personalizados;
- Oferecer as três modalidades de atendimento, intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, assegurando que os usuários de álcool recebam atenção e acolhimento no serviço;
- Assegurar condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial dos usuários que necessitem de tais cuidados;
- Acolher aos familiares dos usuários dos serviços;
- Promover a reinserção social dos usuários, utilizando recursos inter-setoriais, envolvendo educação, esporte, cultura e lazer;

- Envolver usuários e familiares na busca dos fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, visando minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- Trabalhar na busca da diminuição do estigma e do preconceito relativos ao uso do álcool;

Como símbolo dos serviços comunitários de saúde mental, serviço aberto, não autoritário, encara os usuários não como objetos de uma técnica pré-estabelecida, mas como sujeitos. Tratar como sujeito significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Isso implica também o estabelecimento de vínculos por parte dos profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos na vida do usuário (Brasil- Ministério da Saúde, 2004b). Essa qualidade de atendimento é rara na área da saúde e inclui na sua “terapêutica” a habilidade social especial. Constrói a cada dia, com seus envolvidos (clientes, profissionais, familiares e comunidade), um coletivo como condição *sine qua non* para alcançar seus objetivos (Rabelo, Mattos, Coutinho & Pereira, 2005).

É um serviço ambulatorial territorializado que integra a rede de atenção a saúde e tem como princípio a redução de danos e a reinserção social. É importante esclarecer sobre o termo “territorializado”, apresentado acima, cuja concepção inclui elementos que ultrapassam a simples natureza geográfica ou denominação de solo. Devendo ser visto como o lugar do exercício da existência do sujeito, onde ele cidadão, estabelece toda rede de relações existenciais na comunidade. A lógica adotada propõe que o CAPS seja de fato um serviço “local” e não “regional” (Rabelo et al., 2005).

O CAPS realiza ações de assistência (medicação, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar), de prevenção e capacitação de profissionais para lidar com o dependente. Atua de forma articulada a outros serviços assistenciais em saúde mental como ambulatorios, hospital-geral, hospitais-dia e à rede básica de saúde como a Estratégia Saúde da Família. Articula-se ainda com outros dispositivos de apoio social já existente na comunidade formando redes flexíveis de cuidado que possam responder por um determinado território populacional, e que se remodelam de forma dinâmica, mediante a necessidade de inclusão/exclusão de novos serviços e formas de cuidado, em acordo com a demanda assistencial (Brasil - Ministério da Saúde, 2003).

A política de atenção ao álcool e outras drogas prevê a constituição de uma rede de serviços articulada e fortalecida. Tais serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos como eixo central do atendimento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas, ou seja, o tratamento deve estar pautado na realidade de cada caso, o que não quer dizer que a abstinência deve ser a meta para todos os casos. É importante ressaltar que apenas são atendidos os pacientes que buscam ajuda, já que o tratamento é aberto, isto é, não há internação ou qualquer outro procedimento decidido contra a vontade do dependente.

Nesse processo de formação de rede de apoio necessária para o fortalecimento das ações, torna-se imprescindível a formação de rede de apoio social que não seja somente referente à saúde ou de natureza institucional. Devem ser considerados os vínculos entre o indivíduo e as pessoas emocionalmente significativas para ele (família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho). A identificação dessa rede possibilita sua utilização como recurso no âmbito do cuidado, gerando uma parceria entre todos na atenção ao usuário em tratamento.

Pode ser definida como a soma de todas as relações na sociedade, corresponde às relações interpessoais do indivíduo e contribui para o reconhecimento de sua auto-imagem (Lavall, Olschowsky & Kantorski, 2009).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Célia Maria, de Petrolina, localiza-se à travessa Pernambuco nº 19, Vila Mocó. Funciona de 8:00 às 17:00 hs. Há quatro anos presta serviços à comunidade, tendo sido implantado em 28 de maio de 2006. Atualmente acompanha 230 usuários de álcool e outras drogas psicoativas. É um estabelecimento especializado que atende em diferentes níveis de cuidado: intensivo (diariamente), semi-intensivo (duas a três vezes por semana) e não-intensivo (duas vezes ao mês), onde os usuários geralmente permanecem no período da manhã. As tardes são reservadas para visitas domiciliares aos faltosos, reuniões e atendimento aos familiares.

Uma das principais dificuldades para o melhor funcionamento dos CAPS no Brasil - e Petrolina não foge a esta realidade, é a escassez de médicos generalistas treinados para trabalhar em saúde mental e o pequeno número de psiquiatras. Essa realidade tem revelado problemas, pois tais profissionais, em sua maioria, têm outras atividades, não dedicando tempo suficiente ao CAPS. Com isso, realizam um atendimento burocrático, pouco comprometido com a proposta de implantação de uma clínica psicossocial, o que dificulta qualquer integração multidisciplinar (Rabelo, Mattos, Coutinho e Pereira, 2005).

A atuação de socialização que o CAPS pretende ter, deve ser construída em sua dinâmica de funcionamento, em seu dia-a-dia. É balizadora de tal atuação a relação com o usuário como sujeito, à qual é inerente a noção de liberdade em todas as atividades intra e extramuros e da qual todos os profissionais envolvidos deverão se imbuir. Nesse sentido não é aconselhável haver distinção formal de identificação

do profissional (como uso de jalecos), nem dos usuários (uniformes ou fardas). A distinção será dada pela singularidade da maneira como cada qual se relaciona dentro da função definida institucionalmente.

Em se tratando do CAPS ad, por sua recente implantação, as produções científicas são ainda em número bastante reduzidas, mas a tendência de ascensão é evidente, considerando-se o próprio processo de expansão desse serviço, pois tem o papel organizador da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, atribuído pela atual política do ministério da saúde (Alves, 2009). Portanto analisar as expectativas de familiares produzidos a partir desse novo serviço torna-se de grande relevância para a consolidação do modelo de atenção voltado para o usuário de álcool e outras drogas. Nesta conjuntura, a presente pesquisa delineou os objetivos descritos a seguir:

**Objetivo Geral:**

Analisar as expectativas de mulheres e filhos (as) de alcoolistas acerca das intervenções do CAPS ad.

**Objetivos Específicos:**

Descrever a convivência familiar com o usuário alcoolista;

Identificar os tipos de intervenções oferecidas aos alcoolistas e familiares;

Comparar as expectativas das famílias em diferentes estágios de tratamento no CAPS ad;

Discutir o nível de envolvimento dos familiares no tratamento do alcoolista.

## **2- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 - Caracterização do Estudo**

A pesquisa adota caráter descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, que permite a observação direta das ações do indivíduo, grupo ou instituição e experimenta a realidade pesquisada em seu ambiente e contexto social (Goldenberg, 1999).

O estudo descritivo procura observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos (variáveis), sem que o pesquisador interfira ou manipule os fatos. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno. O estudo exploratório tem como objetivo o aprimoramento de proposições explicativas a serem verificadas com a continuidade dos estudos ou a descoberta de possíveis nexos entre fenômenos presentes no contexto investigado. Busca desnudar todos os aspectos possíveis, a fim de que cada detalhe contribua para a compreensão do problema. Envolve desde as fases iniciais de levantamento bibliográfico até a análise dos dados obtidos a partir de observações, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de casos e exemplos que estimulem a compreensão do fato estudado (Richardson, 1999).

A pesquisa qualitativa privilegia o ambiente natural, não construído artificialmente pelo pesquisador, envolvendo a observação de situações reais do cotidiano. Trabalha a construção menos estruturada dos dados e busca significados da ação social pela ótica dos sujeitos pesquisados. Compreende-se que é no ambiente cotidiano que ocorrem as relações face a face, quando as pessoas lidam

com seus interesses, concebem e realizam sonhos. Portanto quando falamos do indivíduo, não falamos somente de individualidades, mas de sujeitos sociais, cujas ações possuem estreitos vínculos sociais (Deslandes, 2008).

## **2.2 - Cenário da Pesquisa**

A pesquisa envolveu os familiares dos usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Célia Maria de Petrolina- PE. A equipe é composta por profissionais de enfermagem (01 Enfermeira e 02 Técnicos de Enfermagem), 02 Psicólogos e 01 Médico Psiquiatra. No momento não dispõe de Médico Generalista, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional. Uma das psicólogas exerce a função de coordenadora do serviço. Todos os profissionais trabalham oito horas por dia, com exceção do psiquiatra, que atende dois dias na semana por meio período. Uma profissional de nível médio da Secretaria de Educação é cedida 12 horas durante a semana para exercer a função de oficinaira, na qual realiza oficinas de expressão (para estimulação da imaginação, da criatividade, da expressão artística e estética) com artesanatos, flores, pinturas, desenhos e construção de pufes (banquinho de garrafa plástica).

Quanto à estrutura física, o CAPS ad está instalado em uma casa ampla, de dois pisos. No andar inferior existe uma garagem grande, onde são realizadas as oficinas de expressão e palestras; uma sala de espera anexa à sala de refeições; uma sala de enfermagem com dois leitos de repouso; uma cozinha; uma lavanderia; uma sala que funciona como farmácia e arquivo dos prontuários e uma sala para pequenas reuniões e acolhimento. Entende-se por acolhimento o primeiro contato do usuário com a equipe técnica e a instituição, este deve se constituir de uma estratégia para criar vínculo do mesmo com o serviço. O quintal também funciona



como espaço para oficinas. No piso superior há três consultórios para atendimento individual e uma sala da coordenação e apoio administrativo. Nas paredes estão expostos vários trabalhos artísticos feitos pelos usuários nas oficinas e painéis com fotos de eventos comemorativos do próprio CAPS.

O serviço dispõe de projeto terapêutico global da unidade, mas os profissionais têm dificuldades em implementar o projeto terapêutico individual – PTI, assim como de estabelecer um técnico de referência - TR para cada usuário, justificado pelo acúmulo de atividades e o número bastante reduzido de profissionais. Para Rabelo et al. (2005), dentro da filosofia do CAPS, o PTI e o TR são imprescindíveis para a boa organização das atividades técnicas, dividindo melhor as atribuições. Além disso, cada usuário deve ter sua referência para melhor se situar dentro do serviço, observando-se o maior ou menor vínculo técnico/usuário. No serviço em questão, a psicóloga e a enfermeira são as referências para toda a demanda, e quem estiver disponível no momento realiza o atendimento necessário. Por PTI - entende-se a atenção e a prescrição terapêutica individualizada dos usuários, como parte integrante do projeto técnico do CAPS, devendo constar no prontuário, além do projeto global da unidade. Faz parte da política do modelo assistencial, como forma de preservar a singularidade do sujeito.

As intervenções oferecidas compreendem as seguintes atividades:

- Atendimento individual: diariamente é realizada triagem com novos usuários e familiares pela psicóloga ou pela enfermeira. Posteriormente passam por um atendimento com o psiquiatra. Os atendimentos individuais de psicologia e de enfermagem encontram-se bastante reduzidos pela sobrecarga de atividades dessas profissionais. Hoje, basicamente, estão restritos à triagem e ao acolhimento;

- Atendimento em grupo: em média 15 usuários discutem semanalmente com a psicóloga temáticas como relacionamentos intrafamiliar, interpessoal e social;
- Grupo da Assembléia: reunião que acontece duas vezes ao mês, na qual os usuários discutem entre eles os seus problemas e fazem reivindicações à coordenação, ressaltando-se que nesses encontros os profissionais da equipe não participam;
- Atendimento em grupos dos não intensivos: acontece duas vezes ao mês, com os usuários não intensivos, coordenado pela psicóloga e/ou pela enfermeira, tendo por finalidade o processo de desinstitucionalização do alcoolista;
- Grupo de Educação em Saúde: ocorre semanalmente com a enfermeira, e nele são abordados temas referentes às patologias decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, além de outros temas de interesse do usuário;
- Atendimento à família: realizado semanalmente com os familiares, sem a presença do usuário;
- Visitas domiciliares aos faltosos: realizado sempre que necessário pela enfermeira ou psicóloga. No momento as visitas encontram-se suspensas pelo acúmulo de atividades das profissionais;
- Atividades no parque: semanalmente os usuários participam de caminhadas, brincadeiras e jogos, acompanhados de profissionais do CAPS.

Toda semana, às sextas-feiras, acontecem palestras educativas com convidados de outras instituições como grupo de AA, previdência social, instituições religiosas, entre outras.

Os atendimentos em grupos chamados “Grupos terapêuticos” - GT são procedimentos técnicos, dentro da “clínica psicossocial” que tem por finalidade substituir os atendimentos individuais, principalmente as consultas com o psiquiatra, considerando as devidas exceções. Neles os usuários discutem entre si e com o profissional. Os GT oferecem alternativa clínica em um sentido mais amplo, estimulam a auto-estima, a solidariedade grupal e a construção do coletivo institucional, incentiva a participação de todos com vistas a compartilhar sofrimentos e experiências com os demais membros do grupo (Rabelo et al., 2005).

Os dados da pesquisa foram coletados no período de julho de 2009 a janeiro de 2010.

### **2.3 - Processo de Seleção de Participantes**

Após a realização de contatos prévios com o CAPS ad de Petrolina, para apresentação da pesquisa e conhecimento da equipe e da instituição, as famílias participantes foram selecionadas a partir de informações do serviço de arquivo médico (SAME) da instituição, obedecendo aos critérios de inclusão. Foram escolhidas 09 famílias de usuários para os grupos: 03 de ingressantes (até 3 meses de tratamento) para o primeiro; 03 de intermediários (7 a 10 meses) para o segundo, e para o terceiro, 03 de veteranos, com mais de um ano de tratamento.

Vale registrar a dificuldade encontrada na seleção das famílias do grupo ingressante. Os prontuários foram selecionados, mas logo se constatou que o alcoolista já não freqüentava o CAPS ad. Detectou-se grande número de desistências logo nos primeiros meses de acompanhamento. Inicialmente, foram

pré-selecionados 33 prontuários, mas 21 (63,63%) destes usuários já haviam abandonado o tratamento, sendo caracterizados como desistentes.

Para o serviço, o fato de o usuário deixar de freqüentar as atividades por mais de um mês sem autorização de um membro da equipe, configura desistência, e se ele resolver retornar terá que ser readmitido. Outro fato percebido diz respeito ao abandono familiar. Entre os 12 prontuários de usuários que não haviam abandonado o tratamento, registramos 09 casos (75%) de ocorrência recente de separação da família, com relatos no prontuário de que estavam procurando ajuda para recuperar o que haviam perdido, normalmente fazendo referência à família.

Essas dificuldades não foram encontradas nos grupos intermediário e veterano. Para o segundo, 07 prontuários foram selecionados, dos quais 04 (57,14%) foram excluídos por desistência. No terceiro, 04 foram selecionados e somente um foi descartado, não por abandono do tratamento, mas por impossibilidade de se entrevistar os filhos que moram em outro município.

Percebeu-se, portanto, que à medida que decorrem os meses e os usuários adaptam-se as intervenções, ganham confiança no serviço e nos profissionais formando-se um vínculo, o que reduz significativamente o número de abandonos ao tratamento.

#### **2.4 - Critérios para inclusão de participantes**

- Serem familiares de alcoolistas cadastrados no CAPS ad de Petrolina;
- Serem familiares de usuários do sexo masculino;
- Serem familiares de usuários ingressantes (0 a 3 meses), intermediários (7 a 10 meses) e veteranos, com mais de um ano de tratamento;

- Ter pelo menos 01 filho (a), com idade mínima de 12 anos;
- Compor a família nuclear (entendendo-se como família de estrutura nuclear aquela composta por mãe, pai e filhos, biológicos ou adotados), preferentemente com todos convivendo na mesma residência;
- Não participar de qualquer outro tipo de intervenção e/ou grupo de acompanhamento;
- Não ser usuário de drogas ilícitas;
- Nas famílias com mais de dois filhos foram selecionados, preferencialmente, um filho de cada sexo;
- Concordância em participar da pesquisa (inclusive o membro alcoolista), após

conhecerem os objetivos e as condições de realização da mesma.

## **2.5 - Percursos metodológicos**

Após a seleção das famílias, manteve-se um primeiro contato de aproximação com o usuário, no qual foram apresentados os objetivos da pesquisa e solicitado a concordância na participação dos familiares. Os usuários, apesar de não participarem diretamente da pesquisa, precisaram concordar com a participação das esposas e filhos (as).

A coordenação do serviço solicitou que o contato inicial com os possíveis participantes fosse realizado na instituição, como forma de mostrar que não estavam transgredindo as regras do sigilo acordadas entre as partes - usuário e serviço.

Havendo concordância dos usuários, solicitou-se que conversassem com os familiares. Em seguida eles foram contatados, para saber de sua concordância e disponibilidade em participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos usuários, em casas de parentes e no próprio CAPS. As realizadas nas casas sempre transcorreram em “clima” bastante atribulado, havendo constantes interrupções por parte de vizinhos, amigos, filhos, netos, telefones e algumas vezes pelo próprio alcoolista que ficava rondando o ambiente. Apesar de não ter havido qualquer episódio de encontrar algum alcoolista efetivamente alcoolizado no momento das entrevistas.

Em uma das famílias do terceiro grupo, a casa tinha apenas dois pequenos cômodos que se comunicavam, pois não havia portas. O usuário encontrava-se deitado no sofá assistindo televisão, demonstrando querer participar da entrevista, apesar de ter sido informado que seriam individuais. Foi sugerido à esposa a realização da entrevista no quintal, embaixo de uma árvore, onde posteriormente também foram entrevistadas as filhas. Mesmo assim, foram interrompidas várias vezes em função do aparecimento do alcoolista, sempre solicitando alguma coisa como desculpa para ouvir a conversa.

Uma família do segundo grupo preferiu ser entrevistada no próprio CAPS, e neste caso foi providenciado um ambiente tranqüilo, sem barulhos e interrupções.

## **2.6 - Participantes da pesquisa**

Foram entrevistadas 09 famílias acompanhadas no CAPS ad. Participaram diretamente da pesquisa mulheres e filhos (as) de alcoolistas. Não foram entrevistados a mãe, o pai ou qualquer outro familiar. Nas famílias com mais de dois

filhos, sempre que possível foi entrevistado um de cada sexo, priorizando-se os que residiam na mesma casa que os pais ou aqueles com maior convivência no espaço familiar. Foram realizadas 26 entrevistas, 09 com esposas, 06 com filhos e 11 com filhas:

- Grupo Ingressante - 03 esposas, 03 filhos e 03 filhas;
- Grupo Intermediário - 03 esposas, 01 filho e 04 filhas;
- Grupo Veterano - 03 esposas, 02 filhos e 04 filhas.

## **2.7 - Instrumento e Coleta de Dados**

As entrevistas de coleta de dados foram realizadas individualmente, com base em roteiro pré-estabelecido (entrevista semi-estruturada), foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Este tipo de entrevista permite conhecer opiniões e práticas dos entrevistados (evidentemente, as práticas tal como relatadas), sempre considerando os objetivos da investigação. Tal modalidade de entrevista tem como característica a utilização de questões abertas que são levadas à situação da entrevista como forma de guia para que os entrevistados as respondam fornecendo espontaneamente informações que considerem relevantes (Flick, 2004).

O roteiro foi testado em duas entrevistas (esposa e filho), realizadas em agosto de 2009, e como não se mostrou adequado para obter respostas esclarecedoras relativas às opiniões sobre o CAPS ad, foi readaptado para esta finalidade.

Todos os participantes concordaram em participar da entrevista e assinaram termo de consentimento (apêndice A), no qual estão esclarecidos os objetivos da pesquisa e a garantia do anonimato.

Foram utilizadas duas variações de roteiros, conforme o tempo de tratamento no serviço, de acordo com os grupos: A primeira para mulheres e filhos (as) de Ingressante e a segunda para mulheres e filhos (as) dos grupos intermediário e veterano. Portanto foi utilizada a mesma variação para mulheres e filhos (as).

As variações das entrevistas tiveram em comum a abordagem de alguns pontos principais, buscando proporcionar comparações apropriadas dos dados referentes às famílias em diferentes estágios de tratamento, que são eles: a) a convivência familiar antes e depois do CAPS ad; b) como ficaram sabendo do CAPS ad; c) acompanha o tratamento dele no CAPS ad; d) as expectativas dos familiares a partir das intervenções do CAPS ad. Os roteiros constam do apêndice C e D.

Os roteiros das entrevistas serviram como guia em todos os casos, mas isso não impossibilitou que outras perguntas fossem elaboradas em decorrência do desdobramento do conteúdo de algumas respostas, possibilitando maior exploração e enriquecimento dos assuntos abordadas.

A primeira variação foi empregada para as mulheres e filhos (as) do grupo ingressante no CAPS e incluiu seis questões norteadoras:

- 1) Relate o relacionamento da família nesses anos de convivência.
- 2) Fale o que a/o incomoda no fato de ter um marido/pai alcoolista.
- 3) Diga o que você faz para ajudá-lo.
- 4) Conte como ficaram sabendo do CAPS ad
- 5) Comente como acompanha o tratamento dele no CAPS ad



6) Fale o que gostaria que acontecesse na convivência de vocês agora que ele começou a freqüentar o CAPS ad.

Os mesmos questionamentos foram elaborados para mães e filhos, partindo-se de aspectos considerados essenciais para o desenvolvimento da pesquisa. Com o primeiro ponto “Relate o relacionamento da família nesses anos de convivência” permitiu-se introduzir a temática alcoolismo, com mães e filhos discorrendo sobre o cotidiano, contando como o álcool interferiu no contexto familiar. Com o segundo ponto - “Fale o que a/o incomoda no fato de ter um marido/pai alcoolista” - pretendeu-se explorar a possibilidade de segredos escondidos e negados, sentimentos morais de vergonha, culpa, humilhação dentre outros que geralmente permeiam a família alcoolista. A terceira questão “Diga o que você faz para ajudá-lo” busca colher elementos que contribuem para o conhecimento da dinâmica familiar, da condição motivacional, do nível de envolvimento e interesse entre as partes. O ponto quarto “Conte como ficaram sabendo do CAPS” introduz ao foco central da pesquisa. Possibilita uma primeira impressão do serviço, considerando que quem indicou ou recomendou o tratamento possivelmente tem alguma referência de aspecto positivo. O item “Comente como acompanha o tratamento dele no CAPS” demonstra mais uma vez o nível de envolvimento familiar e interesse dos mesmos em participar dessa conquista. Mostra também como o serviço contempla a participação dos familiares em suas intervenções. O sexto ponto “Fale o que gostaria que acontecesse na convivência de vocês agora que ele começou a freqüentar o CAPS ad” permite o desfecho do estudo, busca colher elementos que permitirão analisar as expectativas dos familiares em relação às intervenções oferecidas no serviço.

A segunda variação do roteiro foi empregada para mulheres e filhos (as) dos grupos intermediário e veterano e também inclui seis questionamentos semelhantes ao primeiro. O item diferente é “comente a convivência familiar após o CAPS ad”, esse permite a possibilidade de mulheres e filhos falarem de aspectos positivos ou negativos depois de decorridos alguns meses de tratamento. Os roteiros são similares para que as entrevistas favoreçam o desdobramento da pesquisa, permitindo assim a comparação das expectativas dos familiares em diferentes estágios acerca das intervenções do CAPS ad.

As entrevistas duraram em média 30 minutos para as esposas e 15 minutos para os filhos (as). Não houve variação significativa de um grupo para o outro. Ocorreram somente dois casos em que as filhas (irmãs) falaram mais do que a mãe. Em relação aos filhos, observou-se que as mulheres sempre falaram mais que os homens, esses foram mais sucintos e reticentes, na maior parte do tempo detiveram-se ao ponto em questão, e somente em um caso o irmão falou mais que a irmã.

Os dados referentes às intervenções ofertadas aos usuários e familiares na instituição foram coletados nos prontuários. Utilizou-se também a observação do cotidiano do CAPS durante seis meses de frequência, de julho de 2009 a janeiro de 2010.

## **2.8 - Aspectos Éticos**

Inicialmente houve uma solicitação de autorização junto à Secretaria de Saúde do Município para manuseio dos prontuários e seleção das famílias no CAPS ad, através de carta de anuência.

Como o projeto envolveu diretamente seres humanos, foi encaminhado para análise e posteriormente aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do

Vale do São Francisco. Dessa forma, foram respeitados os aspectos éticos e legais para o estudo, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que norteia as práticas em pesquisa com seres humanos.

Como já foi mencionado antes, os entrevistados concordaram em participar da pesquisa e assinaram um termo de consentimento, no qual estão explicitados a garantia de anonimato e os esclarecimentos acerca dos objetos do estudo, além de outros aspectos éticos

A pesquisa não acarretou danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural, ou espiritual dos entrevistados, por não apresentar método invasivo, constituindo-se da coleta de opiniões e impressões que terão sigilo e anonimato respeitados, não causando a pesquisa, portanto, agravo imediato ou tardio, direto ou indireto ao participante, desse modo entende-se que não será oferecido qualquer tipo de indenização, e sendo o participante declarante de voluntariedade não caberá a esse nenhum tipo de remuneração. Afirmamos ainda que os participantes não tiveram qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, seja de qualquer natureza: transporte, alimentação, taxas e outras. Foi permitida a saída do participante em qualquer momento da pesquisa.

Com relação aos filhos menores de 18 anos, a mãe assinou termo de consentimento autorizando a participação do menor.

Como também já foi mencionado, o alcoolista não participou diretamente, ou seja, não foi entrevistado, mas foi esclarecido a respeito dos objetivos da pesquisa e precisou concordar com a participação dos familiares para que as entrevistas fossem iniciadas.

## 2.9 - Tratamento e Análise dos Dados

A análise dos dados foi desenvolvida em uma perspectiva qualitativa, que segundo Minayo (1994, p. 20), “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Foi empregada a técnica de análise de conteúdo temática, descrita por Bardin (2006), com elaboração a *posteriori* das categorias de interesse para a investigação.

Para Bardin a técnica de análise de conteúdo apresenta três etapas: a pré-análise, que é a fase de organização do material e elaboração dos indicadores que embasarão a interpretação; a fase da exploração do material, que envolve a análise aprofundada e a codificação; a terceira é a etapa de interpretação dos resultados categorizados, consistindo na classificação dos elementos pelas suas semelhanças e regularidade de associação.

Os entrevistados foram identificados por número. As esposas foram numeradas de 1 a 9, considerando os grupos: ingressante (1 a 3); intermediário (4 a 6) e veterano (7 a 9). Os filhos (as) também foram numerados de 1 a 17, conforme os grupos: ingressante (1 a 6); intermediário (7 a 11) e veterano (12 a 17).

Em consultas aos prontuários, identificou-se o regime de acompanhamento, o tempo de tratamento e as atividades de que participam os usuários, de acordo com os dias da semana que freqüentam o serviço.

### **3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados obtidos por meio das entrevistas passam a ser apresentados a partir deste momento, seguidos de comentários analíticos. Sempre que possível é realizado uma aproximação com dados ou processos identificados por outros pesquisadores na literatura pertinente.

Inicialmente as nove famílias envolvidas na pesquisa foram caracterizadas. Prosseguindo, foram apresentadas informações básicas de identificação dos 26 participantes. Segue-se um conjunto de informações acerca do CAPS ad, como tipo de intervenções, tempo de tratamento, modalidade do nível de cuidado de cada usuário de acordo com o grupo e família em que está inserido. Dando continuidade apresenta-se em forma de unidades e subunidades de análises as informações especialmente relevantes sobre temas emergentes, obtidas dos entrevistados. Tais dados permitem ampliar o estudo, fazendo com que este não fique restrito somente à concepção da esposa, mas contemple também o olhar dos filhos (as) do alcoolista.

A seguir apresenta-se a caracterização e aspectos da história familiar das nove famílias de acordo com o grupo no qual estão classificadas.

## **Caracterização e história familiar**

### **Grupo ingressante**

#### **Família 1**

Composta pela mãe, pai e duas filhas. O casal convive maritalmente há 18 anos. A mãe tem 39 anos, católica não praticante, estudou até a 8ª série e trabalha como auxiliar de serviços gerais em uma universidade pública. Assume a responsabilidade da manutenção das despesas da casa.

O pai é autônomo, faz serviço de pedreiro, marceneiro e pintor. Atualmente, por causa da bebida, está sem trabalhar, somente fazendo “bicos”. O dinheiro que ganha gasta com bebida. Começou a freqüentar o CAPS há três meses por insistência da mulher e da irmã, mas continua bebendo quase diariamente.

As filhas têm 16 e 12 anos e são estudantes. A mais velha cursa a 8ª série e a mais nova a 5ª. Essa última ao contrário dos outros membros que são católicos é evangélica e freqüenta regularmente a igreja com a vizinha.

A mãe relata que conheceu o companheiro quando trabalhou na casa da sogra como doméstica. Foram se conhecendo e com a convivência começaram a namorar. A família dele não queria o namoro, dizia que era por causa da bebida, falavam que ela não agüentaria conviver com a bebedeira dele. De fato, o consumo abusivo da bebida se agravou com o decorrer dos anos, tornando o relacionamento cada vez mais difícil.

#### **Família 2**

Composta pela mãe, pai e dois filhos (casal), estão casados há 25 anos. A mãe tem 43 anos, ensino médio, católica praticante e não trabalha. Deixou de fazer

faxina para fora pensando ficar próxima do marido e ajudar no tratamento. Soube do CAPS através de uma amiga que tem um filho que faz acompanhamento lá.

O pai é autônomo, tem uma pequena oficina que conserta eletrodomésticos em um ponto adjacente à residência. Começou a freqüentar o CAPS há dois meses e desde então não bebeu mais. Assume financeiramente a manutenção da casa, conta com a ajuda da filha.

O filho tem 23 anos, ensino médio, católico praticante. Trabalha como vendedor em uma loja de eletrodomésticos. Casou há oito meses e mora na mesma rua dos pais. Relata que ele e a irmã amadureceram muito cedo, pois tiveram que apoiar a mãe e ajudar nas tarefas da casa. Informa ainda que teve muitos atritos com o pai por causa da bebida. Assumiu o papel de homem da casa muito cedo. Mesmo casado, faz as refeições diárias com a mãe e afirma participar diretamente de todas as decisões importantes da família.

A filha tem 18 anos, ensino médio, solteira, católica praticante. Trabalha como vendedora em uma loja de roupa e contribui com as despesas da casa. A noite faz curso pré vestibular, pretende fazer engenharia, ainda não decidiu qual.

Segundo a mãe a convivência familiar até os primeiros sete anos de casados foi muito tranqüila, moravam em São Paulo e ele bebia pouco. Mesmo depois que mudaram para Petrolina, bebia socialmente. Passou a beber abusivamente quando perdeu o emprego e resolveu com o dinheiro da rescisão instalar um bar. A partir daí passou a beber quase todos os dias, começou a implicar com todos, depois passou a ser violento. Como católica praticante convence-o a ir à igreja com ela. Chegaram a participar de encontros de casais, ele melhorou um pouco, mas depois voltou a beber como antes.

### **Família 3**

Composta pela mãe, pai e três filhos (todos do sexo masculino), sendo dois casados e um solteiro. Estão casados há 31 anos. A mãe tem 58 anos, ensino médio, católica praticante e trabalha como auxiliar de creche. Contribui com a maior parte das despesas da casa. O filho solteiro participa com a outra parte do orçamento doméstico.

O pai está desempregado há mais de dez anos, reingressou no CAPS há um mês. Já havia freqüentado o serviço em 2008, mas desistiu antes de completar um mês. Retornou ao tratamento por insistência dos filhos e está abstinente desde que reiniciou o tratamento.

Nessa família o filho casado de 27 anos não foi entrevistado. O filho mais velho tem 29 anos, ensino médio, católico não praticante e trabalha como moto taxista. Está casado há cinco anos, tem dois filhos (4 e 2 anos) e reside em um bairro próximo à casa dos pais. Sempre que possível leva o pai ao CAPS, e geralmente é o encarregado dessa tarefa.

O filho mais novo tem 26 anos, solteiro, ensino médio, católico não praticante, e trabalha como vendedor em uma loja de peças de automóveis. Relata que tem boa convivência com o pai, apesar do alcoolismo, conversam bastante, mas quando o pai bebe geralmente o agride com palavras. Confessa que também gosta de beber, mas procura manter o controle da situação.

A mãe informa que o marido sempre bebeu, mas socialmente. Começou a beber abusivamente depois que perdeu o emprego há mais de 10 anos. Passou a não respeitá-la, chamar palavrões e a agredir a família com palavras. Diz estar sem paciência para lidar com ele, entregou essa tarefa ao filho solteiro e a Deus.



## **Grupo intermediário**

### **Família 1**

Composta pela mãe, pai e nove filhos (5 mulheres e 4 homens). Somente um filho é solteiro e reside com os pais. Estão casados há 42 anos.

A mãe tem 71 anos, analfabeta, evangélica e não trabalha fora. Mudaram recentemente para a área urbana da cidade, visando facilitar o tratamento do marido e agora do filho, que também começou a freqüentar o CAPS. Antes moravam na roça e nos dias de tratamento ficavam hospedados na casa da filha mais velha. Quando moravam na roça, ela ajudava o marido no cultivo e plantio da terra. Teve um filho assassinado há mais de dez anos.

O pai é aposentado, tinha uma pequena propriedade rural onde residiam há quarenta anos. Plantava e comercializava frutas e hortaliças. Hoje conta somente com o dinheiro da aposentadoria para manutenção das despesas doméstica, considerando que se desfez das terras para se instalar na cidade. Está em tratamento no CAPS há sete meses. Bebe eventualmente, em geral quando recebe dinheiro.

Dentre os nove filhos, somente dois foram entrevistados. Os escolhidos foram o solteiro e a filha mais velha.

A filha entrevistada tem 41 anos, casada, católica não praticante, tem dois filhos (17 e 13 anos), estudou até a 4ª série e trabalha como vendedora ambulante de cosméticos. É o principal suporte da mãe, geralmente é quem a mãe procura quando quer tomar decisões importantes, como a de morar na cidade, por exemplo, uma idéia que partiu dela.

O filho tem 29 anos, solteiro, estudou até a 3ª série do fundamental I. Diz não ter religião. Sempre ajudou os pais na roça, nunca trabalhou em emprego formal.

Atualmente está sem fazer nada. Segundo informações da mãe é usuário de álcool e outras drogas. Começou esta semana a fazer tratamento no CAPS.

A mãe relata que o marido quando não bebe é uma pessoa excelente, mas quando bebe fica insuportável. Confessa que já sofreu muito, passou fome e dificuldades para criar os filhos. Pensou várias vezes abandoná-lo, mas nunca teve coragem.

## **Família 2**

Composta pela mãe, pai e duas filhas. Estão casados há 29 anos.

A mãe tem 54 anos, católica praticante, formada em pedagogia com pós-graduação na área. Trabalha em uma escola da rede estadual e contribui com as despesas da casa quando necessário. É renal crônica, realiza hemodiálise duas vezes por semana. Aguarda cirurgia de transplante de rim, constando seu nome na lista de espera do SUS.

O pai trabalha na Secretaria de Saúde do município e tem vínculo com o setor público federal. Por muitos anos foi guarda de endemias da Fundação Nacional de Saúde, FUNASA. É o principal mantenedor das despesas da casa. Começou a fazer tratamento no CAPS há oito meses. Desde então tem se mantido abstinente.

A filha mais velha tem 26 anos, solteira, católica não praticante. Terminou o curso de psicologia há dois anos, atualmente não está empregada, pois está fazendo pós graduação. Saiu de casa cedo para estudar em Fortaleza. Segundo ela foi nesse período que o pai passou a beber abusivamente. Como vinha para casa somente nas férias, tinha notícias da bebedeira do pai através da mãe e da irmã. Relata que quando chegava em casa encontrava todos tristes e isso a incomodava demais, principalmente pelo fato da mãe ser doente, depender do tratamento da

hemodiálise e necessitar da tranqüilidade que o lar não oferecia. Foi a maior incentivadora do pai para fazer o tratamento no CAPS.

A segunda filha tem 24 anos, solteira, católica não praticante, recém formada em Fisioterapia, e trabalha prestando atendimentos em domicílios (*home care*). Relata que até por volta dos 12 anos tudo era muito tranqüilo em casa, o relacionamento era muito bom, o pai brincava, abraçava e beijava as filhas. Depois que passou a beber abusivamente tudo mudou, se isolou e ficou silencioso. Assim como a irmã também estudou fora, em Recife. O contato com o pai diminuiu bastante, mas sempre sabia notícias de casa através da mãe.

A mãe informa que quando o conheceu, ele só bebia socialmente, nos fins de semanas e em momentos festivos, depois perdeu o controle da situação e passou a beber quase diariamente. Vieram os problemas de convivência e as dificuldades financeiras. Temia que ele perdesse o emprego, mas felizmente isso não aconteceu.

### **Família 3**

Integrada pela mãe, pai e duas filhas, sendo que a mais nova tem somente 5 anos e é identificada como "filha de criação". Uma pessoa conhecida da família entregou a menina quando tinha dois anos de idade para o casal criar. Estão casados há 24 anos e moram no fundo da casa da mãe da esposa, em um "puxadinho" de dois cômodos.

A mãe tem 46 anos, católica praticante, estudou até a 8ª série e não trabalha fora do domicílio. Relata ter vários problemas de saúde, o que inclui epilepsia, hipertensão arterial e depressão. Há cerca de 8 anos sofreu um AVC (Acidente Vascular Cerebral) que paralisou um lado do seu corpo, mas conseguiu recuperar quase todos os movimentos. Sofria também com excesso de peso, caracterizado

obesidade mórbida, o que a impedia de realizar várias atividades no lar. Fez cirurgia de redução de estômago pelo SUS há dois anos e perdeu mais de 20 Kg.

O pai é pedreiro e pintor. No momento não tem vínculo empregatício, faz pequenos serviços em obras (“bicos”). Está em tratamento no CAPS há oito meses, mas continua bebendo, geralmente quando recebe algum dinheiro. Trabalhou em obras em Belém-PA e em São Paulo-SP e conseguia enviar dinheiro para as despesas de casa, mas desde que retornou à Petrolina não consegue se firmar em emprego por causa da bebida. Vivem com a ajuda financeira do sogro, que é pintor e de vez em quando arranja pequenos serviços para o genro.

A filha tem 22 anos, solteira, católica praticante, estudou até o 2º ano do ensino médio. No momento está desempregada, mas ajuda no orçamento doméstico quando possível. Relata que em decorrência das doenças da mãe passou parte da infância na casa dos avôs maternos. O relacionamento com o pai sempre foi distante, considerando que ele passou alguns anos trabalhando em outras cidades. No momento é conflituoso, ele por três vezes chegou a agredi-la fisicamente com tapas no rosto. Diz que ele se transforma quando bebe, às vezes chega a pensar que é outra pessoa. Quando não está alcoolizado fica carinhoso, querendo se aproximar, mas ela é que procura manter a distância. Assim como a mãe, também tem crises de depressão, faz tratamento no CAPS convencional e foi lá que ficou sabendo do CAPS ad.

A mãe relata que no início do relacionamento ele bebia socialmente, somente em festas, quando saíam. Passou a beber abusivamente quando foi para São Paulo trabalhar em obras. Quando perdeu o emprego e retornou, chegou bebendo sem controle. Desde então não conseguiu mais se firmar em emprego.

## **Grupo veterano**

### **Família 1**

Família constituída pela mãe, pai e seis filhos (3 homens e 3 mulheres). Estão casados há 47 anos, todos os filhos são casados e moram em suas respectivas residências. As três filhas moram no mesmo bairro, em residências próximas a dos pais. Uma neta de 11 anos mora com o casal e ajuda a avó nos serviços domésticos.

A mãe tem 64 anos, católica não praticante, estudou até a 3ª série do ensino fundamental I. Relata que hoje vive doente, tem problemas no coração e não consegue mais trabalhar fora. Antes vendia acarajé e verduras na feira livre, mas adoeceu há mais ou menos 5 anos e deixou de exercer tal atividade. Informa que engravidou 20 vezes, teve cinco abortos e pariu quinze filhos. Entre estes, nove morreram, quatro ainda na infância e cinco já adultos. Dos adultos, três morreram assassinados, uma filha morreu atropelada no trânsito e um filho enfartou no ano passado.

O pai é aposentado e não exerce qualquer atividade para complementar a renda doméstica. Frequenta o CAPS há mais de dois anos, foi encaminhado para lá pelo médico do programa saúde da família do bairro. Bebe eventualmente, em geral quando recebe a aposentadoria.

Dos seis filhos, somente duas filhas foram entrevistadas. Foram selecionadas por residirem na mesma rua dos pais e participarem ativamente do cotidiano familiar deles.

A primeira filha entrevistada é a mais velha das mulheres. Tem 38 anos, casada, católica não praticante, estudou até a 4ª série do ensino fundamental I. Tem três filhos (11, 7 e 3 anos). A filha de 11 anos mora com os avôs, mas mantém

contato diário com a mãe. É trabalhadora rural em uma fazenda de uva, normalmente tem atividade na safra (época da colheita) e fora desse período, para não ficar desempregada, trabalha como doméstica fazendo faxina. Relata que o pai bebeu durante toda a vida, era violento dentro de casa e batia na mãe. Sempre que possível o acompanha ao CAPS e participa das reuniões.

A outra filha é a caçula das mulheres, tem 32 anos, casada, católica não praticante, e assim como a irmã estudou até a 4<sup>o</sup> série do ensino fundamental I. Tem dois filhos (12 e 10 anos) e também exerce atividades de trabalhadora rural em uma fazenda de uva no período da safra. Ajuda a irmã a cuidar dos pais. Diz que lembra do pai sempre bebendo, quebrando as coisas dentro de casa e agredindo a mãe. Segundo ela, agora ele está menos agressivo, mas continua bebendo, pois é só pegar num trocado que corre para a venda, e às vezes ainda fica apelando por uma moeda.

A mãe relata que o marido sempre bebeu abusivamente, mas no início não era agressivo. Depois de um tempo de casados passou a quebrar as coisas dentro de casa e a agredi-la. Informa que ele não gostava quando ela trabalhava fora. Hoje vive doente e depende de muitos medicamentos, mas às vezes falta dinheiro para comprá-los, apesar dos filhos de vez em quando ajudarem financeiramente.

## **Família 2**

Composta pela mãe, pai e seis filhos (4 homens e 2 mulheres). Estão casados há 40 anos. Cinco filhos são casados. Moram com o casal somente o mais novo, que é solteiro, e o mais velho, que está recém-separado.

A mãe tem 57 anos, cursou o ensino médio e é artesã. Faz tapeçarias e crochês para vender. Apesar de ser católica praticante diz estar em busca de outra

religião, por estar insatisfeita com a sua. Relata que teve dezenove filhos, sendo que um parto foi de trigêmeos e dois de gêmeos, que, neste caso, morreram após o nascimento. Os outros morreram na infância, restando somente seis filhos vivos.

O pai é aposentado e tem uma oficina de borracharia adjacente a residência, onde trabalha com os filhos que moram em casa. É o principal mantenedor do orçamento doméstico. Em 2007 realizou tratamento no CAPS por dois meses, mas desistiu, retornando a beber abusivamente. Atualmente frequenta o CAPS há um ano e seis meses e desde então tem se mantido abstinente.

Somente dois dos filhos foram entrevistados. O primeiro foi o mais velho que reside atualmente com os pais. Tem 38 anos, estudou até a 8ª série, católico não praticante, casado com 4 filhos (2 meninos e 2 meninas, com 11, 9, 7, 5 anos). Saiu de casa há dois meses por beber abusivamente. Segundo informações da mãe, a esposa não agüentou a bebedeira. Ele também é usuário de outras drogas. Começou a fazer tratamento no CAPS há uma semana.

A filha entrevistada tem 25 anos, católica não praticante, cursou ensino médio, casada, tem 3 filhos (2 meninos e 1 menina, com 7 anos, 2 anos, e um recém-nascido há 1 mês). Trabalha como vendedora ambulante de roupas. Mora no mesmo bairro dos pais, próximo a casa deles, é o maior apoio da mãe. Informa que a convivência com o pai sempre foi ruim, e que desde que se entende por gente o pai bebe. Relata que três dos irmãos também bebem exageradamente, e culpa o genitor por isso. Informa que desde cedo ele levava os filhos para o bar e incentivava-os a beber. Seu marido também é alcoolista, violento, quebra as coisas dentro de casa. Diz que está incentivando-o a procurar o CAPS, e que caso não haja melhora não suportará a convivência.

A mãe informa que o relacionamento com o marido foi muito difícil. Ele sempre foi violento, quebrava as coisas dentro de casa, a acusava de ter outros homens e tinha várias mulheres. Apesar de estar sem beber há um ano e seis meses ainda estão em desequilíbrio financeiro, decorrente das dívidas da época. Segundo ela, mesmo sem beber ele continua bruto e ignorante, mas considera isso um problema hereditário, pois o sogro era assim e os irmãos dele também são grosseiros. Durante todos esses anos de casados o marido nunca soube pedir perdão ou desculpas. Sempre desejou ouvir dele palavras como “eu te amo”, mas nunca ouviu.

### **Família 3**

Composta pela mãe, pai e três filhos (duas mulheres e um homem). Estão casados há 42 anos. As duas filhas são solteiras e moram com o casal.

A mãe tem 71 anos, católica praticante, não foi alfabetizada e nunca trabalhou fora, tendo sempre cuidado da casa, dos filhos e do marido.

O pai é aposentado e não exerce qualquer outra atividade. Freqüenta o CAPS todos os dias, de segunda a sexta-feira, há um ano e seis meses. Desde então quase não bebe, somente em festas familiares.

A filha entrevistada foi a mais velha, 41 anos, solteira, espírita, tem 3º grau completo com pós-graduação em meio ambiente. É professora em uma escola da rede estadual. Sempre morou com os pais e participa das despesas do orçamento doméstico. Relata que o pai sempre bebeu, havendo fases melhores e fases piores. Ele às vezes a agride, não com atos, mas com palavras. Afirma que as recaídas acontecem somente nas festas como, por exemplo, natal e aniversário dele, mas



depois pára, não dá prosseguimento. Ele geralmente avisa o dia em que vai beber, deixando todos cientes.

O filho tem 36 anos, concluiu ensino médio, espírita, casado com um filho de dois anos. Trabalha como radialista numa rádio local e tem uma empresa de comunicação na internet. Apesar de morar em bairro distante dos pais, todos os dias passa para vê-los. Participa do tratamento do pai e geralmente é quem frequenta as reuniões familiares no CAPS. Informa que o pai sempre bebeu, mas nunca foi violento, nunca foi de bater em ninguém, o problema mais grave era as dívidas que contraía. Devia a todo mundo, não pagava as contas, e isso terminou interferindo na convivência familiar.

A mãe relata que o cônjuge não bebia na época do namoro, pois os pais dele não aceitavam que bebesse. Depois do casamento passou a beber, ir para festas sozinho e dormir fora de casa. Começou a contrair dívidas, gastava todo o salário em farras. Ela relata que passou fome com os filhos e muitas vezes dependeu da boa vontade dos vizinhos que ajudavam no que era possível.

A seguir as tabelas 1, 2 e 3, mostram a caracterização dos entrevistados que participaram do estudo.

**Tabela 1 - Caracterização dos membros entrevistados, de acordo com vínculo, idade, escolaridade, estado civil e religião - Famílias do Grupo Ingressante**

GRUPO – INGRESSANTE						
	Vínculo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Religião	
<b>Família 1</b>	Esposa	39	Fundamental II Incompleto	Casada	Católica	
	Filha	16	Fundamental II Incompleto	Solteira	Católica	
	Filha	12	Fundamental I	Solteira	Evangélica	
<b>Família 2</b>	Esposa	43	Ensino Médio	Casada	Católica	
	Filho	22	Ensino Médio	Casado	Católico	
	Filha	18	Ensino Médio	Solteira	Católica	
<b>Família 3</b>	Esposa	58	Ensino Médio	Casada	Católica	
	Filho	29	Ensino Médio	Casado	Católico	
	Filho	25	Ensino Médio	Solteiro	Católico	

**Tabela 2 - Caracterização dos membros entrevistados, de acordo com vínculo, idade, escolaridade, estado civil e religião - Famílias do Grupo Intermediário**

GRUPO INTERMEDIÁRIO						
	Vínculo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Religião	
<b>Família 1</b>	Esposa	71	lletrada	Casada	Evangélica	
	Filha	41	Fundamental I Incompleto	Casada	Católica	
	Filho	29	Fundamental I Incompleto	Solteiro	S/religião	
<b>Família 2</b>	Esposa	54	Ensino Superior	Casada	Católica	
	Filha	26	Ensino Superior	Solteira	Católica	
	Filha	24	Ensino superior	Solteira	Católica	
<b>Família 3</b>	Esposa	46	Ensino Fundamental II	Casada	Católica	
	Filha	22	Ensino Médio	Solteira	Católica	

**Tabela 3 - Caracterização dos membros entrevistados, de acordo com vínculo, idade, escolaridade, estado civil e religião - Famílias do Grupo Veterano**

GRUPO VETERANO						
	Vínculo	Idade	Escolaridade		Estado Civil	Religião
<b>Família 1</b>	Esposa	64	Fundamental I Incompleto		Casada	Católica
	Filha	38	Fundamental I Incompleto		Casada	Católica
	Filha	32	Fundamental I Incompleto		Casada	Católica
<b>Família 2</b>	Esposa	57	Ensino Médio		Casada	Católica
	Filho	38	Fundamental II		Separado	S/religião
	Filha	25	Ensino Médio		Casada	Católica
<b>Família 3</b>	Esposa	71	lletrada		Casada	Católica
	Filha	41	Ensino Superior		Solteira	Espírita
	Filho	36	Ensino Médio		Casado	Espírita

Nas famílias do grupo ingressante o número de filhos e filhas entrevistados foi equivalente (3 filhos e 3 filhas). Nos grupos intermediário e veterano predominou o sexo feminino: 1 filho e 4 filhas; e 2 filhos e 4 filhas, respectivamente, ainda que nas famílias com mais de dois filhos tenha se tentado a seleção de um filho de cada sexo. Isso exige o cuidado de considerar que as concepções sobre a questão alvo da pesquisa expressam, predominantemente, a percepção de mulheres.

Quanto à escolaridade, contatou-se menor nível nas esposas do que nos filhos. Das nove entrevistadas, uma tem ensino superior com curso de pós graduação (especialização), três alcançaram o ensino médio, uma concluiu o ensino fundamental II, duas não concluíram a 8ª série e duas não foram alfabetizadas e mal conseguem assinar o nome.

Dos dezessete filhos que participaram do estudo, três alcançaram o ensino superior, sete o ensino Médio, um concluiu o ensino fundamental II e seis não chegaram a concluir esse nível de ensino. Porém, é importante ressaltar que dois deles são menores, com idades de 12 e 16 anos.

Em todos os grupos houve famílias de diferentes níveis socioeconômicos. O nível de escolaridade constatado foi maior nas famílias em melhores condições sócio-econômicas. Dados similares também foram constatados por Andrade (2006) em estudos com famílias com as mesmas características.

Contudo, verificou-se que os filhos, em sua maioria, mesmo tendo cursado ensino médio, têm baixa qualificação profissional e realizam atividades laborais no comércio como vendedores ou em fazendas agrícolas de uva e manga como trabalhadores rurais. Neste aspecto os dados são concordantes com aqueles apresentados por Ramos e Pires (1997), que apontam que a maioria dos filhos de alcoolistas trabalha em empregos informais. Aspectos do contexto regional, no entanto, tornam problemática a confirmação dessa alegada relação. É importante assinalar que a fruticultura irrigada é uma atividade de importância na balança comercial do município, ofertando a maioria dos empregos na região, sejam eles formais ou informais.

Dos filhos entrevistados, 53% são solteiros e 41% são casados. A preferência foi dada aos solteiros residentes na casa dos pais. O critério para a escolha dos casados foi a maior convivência no espaço familiar. Um dos filhos é separado e mora com os pais. Relatou que o motivo da separação foi também o alcoolismo, pois como estava bebendo abusivamente a esposa exigiu que deixasse a casa. Havia começado a freqüentar o CAPS, junto com o pai há uma semana. Esta informação corrobora o que foi descrito anteriormente neste estudo, quando foi

destacada a dificuldade de selecionar prontuários que obedecessem aos critérios de seleção do grupo de familiares ingressante, pelo alto índice de desistência do tratamento e separação do casal.

Quanto a religião professada, oito das esposas são católicas, embora uma tenha relatado estar insatisfeita com sua opção e confessado estar a procura de outra religião, somente uma esposa é evangélica.

Dentre os dezessete filhos participantes, doze são católicos, dois são espíritas (irmãos), uma é evangélica e dois (sexo masculino) se afirmaram sem religião. Os dados não causam qualquer estranheza, uma vez que os registros do IBGE (2000) apontam predomínio da religião católica no Brasil, e a realidade do estado de Pernambuco (e de Petrolina) é condizente com a do país.

A caracterização descrita permite supor que as famílias não buscaram alternativas religiosas para enfrentar o alcoolismo. Apenas uma esposa declarou estar freqüentando outra igreja na tentativa de levar o cônjuge para outro caminho. Esse fato também foi evidenciado por Andrade (2006), cuja pesquisa apontou que familiares de alcoolistas do grupo que estudou, em sua maioria, professavam a religião católica e não buscaram alternativas religiosas. Entretanto não se pode esquecer que várias denominações evangélicas proíbem o consumo de álcool, o que de certa forma, contribui para a maior probabilidade de incidência do alcoolismo ser em católicos, visto que essa religião não estabelece restrições ao consumo de bebidas alcoólicas.

Na seqüência, os Quadros 1, 2, e 3 mostram os tipos de intervenções, o tempo de tratamento, o regime de tratamento, as modalidades de atividade das quais participa, e a identificação do padrão do beber de cada usuário de acordo com o grupos e com as famílias pelas quais se distribuem.

**Quadro 1- Estilos de intervenções no CAPS ad – Famílias do Grupo Ingressante**

<b>Primeiro grupo - Ingressante</b>				
<b>Família</b>	<b>Regime</b>	<b>Tempo de Acompanhamento</b>	<b>Atividades de que participa</b>	<b>Identificação do Padrão Beber</b>
01	Semi-intensivo Quarta e Sexta	3 meses	*Grupo Educação em Saúde; *Oficinas de Expressão; *Palestras Educativas com convidados de outras instituições; *Atendimento individual com um dos profissionais da equipe;	Passou 2 meses sem beber, depois voltou a beber quase diariamente
02	Semi-intensivo Segunda, Quarta e Sexta	2 meses	*Grupo da Assembléia; *Oficinas de Expressão; *Grupo Educação em Saúde; *Atendimento à Família; *Palestras Educativas com convidados de outras instituições; *Atendimento individual com um dos profissionais da equipe;	Abstêmio há 2 meses
03	Semi-intensivo Quarta e Sexta	1 mês (reingresso)	*Grupo Educação em Saúde; *Oficinas de Expressão; *Palestras Educativas com convidados de outras instituições; *Atendimento individual com um dos profissionais da equipe;	Abstêmio há 1 mês

**Quadro 2- Estilos de intervenções no CAPS ad – Famílias do Grupo Intermediário**

<b>Segundo grupo - Intermediário</b>				
<b>Família</b>	<b>Regime</b>	<b>Tempo de Acompanhamento</b>	<b>Atividades de que participa</b>	<b>Identificação do Padrão Beber</b>
01	Semi-intensivo Sexta	7 meses	*Palestras Educativas com convidados de outras instituições; *Atendimento individual com um dos profissionais da equipe;	Bebe eventualmente, em geral quando recebe a aposentadoria
02	Intensivo Segunda à Sexta	8 meses	*Grupo da Assembléia; *Oficinas de Expressão; * Atendimento em Grupo; *Grupo Educação em Saúde; *Atendimento à Família; * Atividade no Parque *Palestras Educativas com convidados de outras instituições; *Atendimento individual com um dos profissionais da equipe;	Abstêmio há 8 meses
03	Semi-intensivo Quarta e Sexta	8 meses	*Grupo Educação em Saúde; *Oficinas de Expressão; *Palestras Educativas com convidados de outras instituições; *Atendimento individual com um dos profissionais da equipe;	Bebe eventualmente, em geral quando faz algum "bico " e recebe dinheiro

**Quadro 3- Estilos de intervenções no CAPS ad – Famílias do Grupo Veterano**

<b>Terceiro grupo - Veteranos</b>				
<b>Família</b>	<b>Regime</b>	<b>Tempo de Acompanhamento</b>	<b>Atividades de que participa</b>	<b>Identificação do Padrão Beber</b>
01	Semi-intensivo Terça e Quinta	2 anos e 3 meses	*Atendimento em Grupo - Psicologia; *Atendimento individual com um dos profissionais da equipe; *Atividade no Parque; *Oficinas de Expressão	Bebe eventualmente, em geral quando recebe a aposentadoria
02	Intensivo Segunda à Sexta	1 ano e 6 meses (reingresso)	*Grupo da Assembléia; *Oficinas de Expressão; * Atendimento em Grupo - Psicóloga; *Grupo Educação em Saúde; *Atendimento à Família; * Atividade no Parque *Palestras Educativas com convidados de outras instituições; *Atendimento individual com um dos profissionais da equipe;	Abstêmio há 1 ano e 6 meses
03	Intensivo Segunda à Sexta	1 ano e 6 meses	*Grupo da Assembléia; *Oficinas de Expressão; * Atendimento em Grupo - Psicologia; *Grupo Educação em Saúde; *Atendimento à Família; * Atividade no Parque *Palestras Educativas com convidados de outras instituições; *Atendimento individual com um dos profissionais da equipe;	Bebe eventualmente, em geral em festas de fim de ano e aniversário dele



A maioria dos usuários frequenta o CAPS ad na modalidade nível de cuidado semi-intensivo, condição que prevalece principalmente nos grupos ingressante e intermediário. No grupo veterano ocorreu o inverso, predominando a modalidade intensiva. O esperado seria exatamente o contrário, considerando que os alcoolistas com menos de um ano no serviço, necessitam de maior acompanhamento no período inicial do tratamento, e os mais antigos podem (e devem) adquirir mais autonomia, passando para outras formas menos intensivas. Este fato pode ser explicado considerando que a equipe procura adequar os dias conforme a disponibilidade de tempo do usuário, buscando atender a solicitação dos familiares, acolhendo sem julgamento, o que em cada situação é possível, de acordo com o que está sendo demandado, sempre estimulando a sua participação e engajamento, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2003).

Sobre as intervenções de cada usuário, o CAPS não utiliza atualmente o PTI, o que é justificado pelo número reduzido de profissionais de psicologia, enfermagem e medicina, além da ausência de outros profissionais, como assistente social e terapeuta ocupacional. Assim, as atividades são estabelecidas por dia da semana, e cada usuário se insere na programação, de acordo com o dia em que frequenta o serviço. As aptidões e preferências individuais não são consideradas, e as atividades seguem um cronograma estabelecido no qual todos se inserem. Na filosofia do CAPS é necessário a existência do PTI como parte integrante do projeto técnico, em respeito ao sujeito. Portanto além do projeto global da instituição, a prescrição do plano individual, singular, deve existir como forma de organização e eficiência do serviço.

Analisando o padrão uso do álcool encontramos em todos os grupos sujeitos abstêmios e que bebem eventualmente, geralmente quando têm acesso ao salário,

à aposentadoria, ou mesmo a algum ganho esporádico. Somente um usuário do primeiro grupo voltou a beber diariamente. O fato de dois usuários ingressantes encontrarem-se abstêmios endossa a idéia de que quando resolvem procurar ajuda é porque existe o desejo de parar de beber, no entanto freqüentemente têm recaídas no prosseguimento do tratamento, como acontece com os sujeitos desta pesquisa.

Apesar de reconhecer a importância do nível do cuidado, caracterizado pelo envolvimento dos usuários e familiares no processo de tratamento, não é possível, neste estudo, reconhecer relação direta entre o fato de beber mais ou beber menos e o número de dias por semana de freqüência ao CAPS. Mesmo considerando os casos dos três usuários cujo regime de tratamento é intensivo, percebe-se que um deles continua bebendo eventualmente.

O serviço em foco não tem como objetivo principal a redução de danos. As intervenções ofertadas visam estimular a abstinência, supondo que a minimização dos danos virá como conseqüência, assim como é concebido no modelo tradicional. Isso autoriza a supor tal realidade pode ser a mesma que está presente em outros CAPS (s) do país, ficando evidente a dificuldade dos profissionais se adequarem a lógica da redução de danos como estratégia, dificuldade essa para a qual pode estar contribuindo o fato do CAPS não estar operando de forma interativa com outros serviços.

Em termos ideais, seria necessário contar com redes sociais de apoio para o fortalecimento do serviço. Estudo realizado por Souza et al (2007) aponta essa dificuldade quando mostra o serviço de redução de danos funcionando como estabelecimento à parte do CAPS e não como estratégia do próprio CAPS. Esta lacuna também foi reforçada nesta pesquisa, onde a rede de apoio do serviço, não funciona. Sendo assim, mesmo os casos abstêmios há mais de dois anos ficam

impossibilitados de receber alta ou passar para a modalidade não intensiva, por não existir a integração com outros serviços de saúde, como a estratégia saúde da família. A equipe e a família ficam inseguras com a possibilidade de deixar o usuário sem acompanhamento e ele apresentar recaída.

Desse modo, o serviço em questão está sempre lotado, no limite de sua capacidade, impossibilitando assim oportunizar outras pessoas de usufruir o benefício. As conexões dessa rede, portanto, se fazem cada vez mais urgentes, para a integração efetiva do conjunto de serviços disponíveis e a sociedade em geral.

Apresenta-se a seguir uma estrutura das três grandes unidades de análise propostas a partir dos temas abordados nas entrevistas com as esposas e com os filhos (as), destacando as subunidades de análise e temas emergentes, conforme tabelas 4 e 5.

**Tabela 4. Unidades e Subunidades de Análise de Temas Emergentes das Entrevistas com Mulheres e com Filhos (as) – A Convivência e Estrutura Familiar**

<b>Unidade de Análise</b>	<b>Subunidade de análise</b>	<b>Temas emergentes</b>
<b>Unidade I</b>	A. O que dizem as esposas	1. Antes do CAPS
		2. Depois do CAPS
<b>A convivência familiar</b>	B. O que dizem os Filhos	1. Antes do CAPS
		2. Depois do CAPS
<b>Unidade II Estrutura Familiar</b>	A. O suporte Familiar	1. O apoio da esposa
		2. O apoio dos filhos

## Unidade I - A convivência familiar

### A. O que dizem as esposas

#### 1. A convivência familiar

Foram identificadas três categorias: a) a identificação do beber abusivo; b) o companheiro não alcoolizado; c) o companheiro alcoolizado.

##### a. A identificação do beber abusivo

Como a esposa é a pessoa mais íntima do alcoolista, não há como não sentir os efeitos do beber abusivo, que de uma forma ou de outra, acabam alterando o cotidiano familiar, conforme a constância do fenômeno. Podemos observar nas falas destas, a identificação da transição do beber social para o beber abusivo. Quase todas (8) relataram que no início do casamento os companheiros bebiam socialmente.

*No início que a gente casou, até uns sete anos depois ele não bebia, era muito bom, muito tranqüilo, a gente morava em São Paulo, até uns cinco anos que a gente morou aqui, ele bebia, mas socialmente. Depois ele saiu da firma e colocou um bar, a partir disso ele ficou alcoólatra... ele passou a ser violento, a implicar com a gente. Esposa 2 (interessante).*

*Ele bebia socialmente, se controlava, depois que perdeu o emprego há mais de 10 anos, começou a beber descontroladamente mais os colegas, chegou ao ponto de tá do jeito que tá. A cachaça que ele bebe só ofende a ele mesmo, só que ultimamente, tá ficando assim... Esposa 3 (interessante).*

*Quando eu conheci, ele bebia socialmente, em festas, fim de semanas, nos momentos festivos... quando chegava nos lugares bebia logo uma garrafa de Rum Montilla. É aquela velha história, só bebe fim de semana, em festas,*

*aí depois já prolonga, chegando ao ponto do descontrole. Começa a interferir na vida da gente. Esposa 5 (intermediário).*

*Quando eu conheci ele bebia socialmente, de vez em quando, sem exagero. A gente casou, ia festas ele bebia, mas normal. Agora eu notei que ele veio mudando o comportamento com a história de trabalhar muito a noite de segurança, porque durante o dia não conseguia dormir, eu notei que mesmo de férias ele não conseguia voltar a rotina [...] depois disso a firma botou ele na rua, ficou desempregado. Quando ele veio embora já veio bebendo, revoltado com a firma, rasgou a carteira profissional, ai ele perdeu o controle com a bebida. Esposa 6 (intermediário)*

*Ele sempre bebeu, mas não tanto, se controlava [...] ele sempre bebeu mas piorou depois da morte dos filhos, entrou em depressão, depois piorou muito e foi muito agressivo, eu trabalhava fora e cuidava dos filhos, ele não gostava. Esposa 7 (veterano).*

Somente uma esposa do grupo ingressante deixa claro o beber abusivo do companheiro ainda na fase do namoro.

*A família dele não queria (o namoro), porque ele bebia muito, e falava que eu não ia aguentar a bebida dele. Depois a gente foi viver junto, ele continuou bebendo, eu pedi ajuda a minha cunhada (Irmã dele), para ver se tinha um jeito dele parar de beber, mas continuou bebendo. Esposa 1 (ingressante).*

Ao falar dessa passagem do beber social para o abusivo, elas ainda apresentam uma explicação para a causa do comportamento do marido. Essa verbalização que busca explicar e justificar o beber abusivo do cônjuge também foi constatada por Andrade (2006), pois em seu estudo algumas esposas adotam a mesma prática, na tentativa de amenizar os fatos e diminuir as responsabilidades dos companheiros.

b. O companheiro não alcoolizado

A avaliação do cônjuge é tipicamente oscilante: são mencionados aspectos positivos associados aos momentos em que ele está sem beber e aspectos negativos associados aos momentos em que ele bebeu. Quando as entrevistadas são questionadas sobre a convivência familiar fica evidenciada nos relatos a separação do que poderia ser descrito como dois companheiros - o sóbrio e o alcoolizado. O marido bom, amoroso, que participa das atividades do lar quando não está alcoolizado, do marido ruim, agressivo, gerador de conflitos quando bebe.

*Ele quando não bebe é maravilhoso, bom pai e bom marido, mas quando bebe, fica muito agressivo, diz muita coisa feia, me ameaça, minhas meninas também...[choro].* Esposa 1 (ingressante).

*Fora da bebida ele é uma pessoa excelente, forte, trabalhador, é uma benção, agora quando ele tá bêbado é muito mal, ele trata mal. Eu já falei várias vezes que ia deixar ele, mas eu nunca deixei.* Esposa 1 (intermediário).

*Quando tá bom me trata bem, acorda cedo, faz as coisas de casa, rega as plantas, faz comida, mas eu tenho muito medo de recaída.* Esposa 9 (veterano).

Das nove esposas entrevistadas, somente uma do grupo veterano não fez essa separação, pois para ela o cônjuge é sempre “ignorante”, mesmo não estando alcoolizado.

*Ele é muito bruto e ignorante, mesmo sem beber, mas isso não tem jeito que é dele mesmo, é de família, o pai dele também era assim e o avô também, é ignorante mesmo, durante esse tempo de casada (40 anos) tem quatro palavras que nunca ouvi da boca dele: eu te amo, desculpa, perdôo e, por favor.* Esposa 8 (veterano).

c. O companheiro alcoolizado

A percepção das esposas registra os conflitos interpessoais e problemas existenciais, decorrentes do beber abusivo como a violência verbal e física. Estudos relatam que quando a violência verbal é freqüente nos primeiros anos de casamento, é possível prever que ela será substituída pela violência física nos anos que se seguem. Os episódios de violência são mais freqüentes nos casais em que o marido é um bebedor abusivo e a esposa não faz uso de bebida (Quigley & Leonard, 2000; Zanelatto & Resende, 2006). Nos relatos das entrevistadas não se evidenciou qualquer menção ao consumo de bebida alcoólica por parte delas mesmas.

*O que incomoda mesmo é a violência, não só comigo, mas com as pessoas de fora, não é nem o que incomoda... é o medo mesmo... hoje em dia as pessoas por nada tão matando, já aconteceu até dele brigar com o filho uma vez, os dois tinham bebido, eu não estava aqui e os dois se enfrentaram. Esposa 2 (ingressante).*

*[...] eu comecei a esconder a chave do carro pra ele não sair e começaram as brigas. Ele ficava muito agressivo comigo querendo a chave do carro. [...] o ambiente de casa era uma tristeza, parecia que tinha morrido uma pessoa, tudo triste, aquela coisa ruim, eu ficava arrasada e brigava muito com ele e ele ficava agressivo.” Esposa 5 (intermediário).*

*Ah minha filha! Tenho sofrido tanto nas mãos de L...ele dizia ao povo que eu tinha raiva dele porque ele bebia. Dormi só tantas noites porque ele não voltava pra casa. Esposa 9 (veterano).*

As agressões físicas e verbais foram referidas por todas as entrevistadas independentes do grupo, corroborando achados da literatura que relacionam presença do alcoolismo e violência doméstica (Zilberman & Blume, 2005; Andrade, 2006).

Além das agressões, o desemprego foi relatado como problema decorrente do beber abusivo por quatro esposas.

*Agora deu pra quebrar as coisas, tá até sem trabalhar, só fazendo bico. Fala muitas coisas feias, bota as meninas pra chorar... elas (as filhas) dizem: "Deixe ele mainha, não serve nem pra botar as coisas dentro de casa, a senhora vai ficar passando por isso todo dia".* Esposa 1 (ingressante).

*Tudo na minha vida eu passei, passei dificuldade em tudo, passei fome, eu não vou mentir, passei muita dificuldade na vida pra criar esses filhos [...] quando ele tava bom trabalhava na roça e eu acompanhava, mas quando bebia ele se jogava na bebida e não trabalhava.* Esposa 4 (intermediário).

*Ele nunca mais arranjou emprego certo, às vezes consegue um bico, mas quando o povo vê que ele bebe, dispensa, não para em emprego.* Esposa 6 (intermediário).

*Eu vivo muito doente, dependo de um monte de remédio, é tudo caro e às vezes falta dinheiro porque ele não trabalha.* Esposa 7 (veterano).

O desequilíbrio financeiro foi expresso por três entrevistadas.

*Olha antes tudo estava desestruturado, em termo financeiro, familiar, o ambiente de casa era uma tristeza, parecia que tinha morrido uma pessoa, tudo triste, aquela coisa ruim.* Esposa 5 (intermediário).

*Outro dia tomou prejuízo de R\$15.000,00. Tá devendo no comércio, ele deve muito, agora é que tá pagando aos poucos, sabe?* Esposa 8 (veterano).

*As contas da casa ficava devendo tudo, porque pegava o dinheiro e gastava tudo com bebida, não pagava nem o aluguel da casa...* Esposa 9 (veterano).



## 1. Depois do CAPS

Foram identificadas duas categorias: a) aspectos positivos do tratamento; b) receio das recaídas.

### a. Aspectos positivos do tratamento

Os aspectos positivos do tratamento ficam melhor evidenciados nas falas das esposas do grupos intermediário e veterano, fato esse compreensível, considerando que os usuários do grupo ingressante têm pouco tempo de acompanhamento no serviço, variando de um a três meses, com resultados ainda pouco expressivos.

*Ele melhorou muito... aqui e acolá ele ainda bebe, diz pra todo mundo que não, e a gente sabe, ele muda, fica diferente, mas não bebe mais do jeito que bebia. Eu tive um sossego muito grande depois que começou o tratamento. Esposa 4 (intermediário)*

*Ele não bebeu mais de jeito nenhum, agora a bebida dele é água, refrigerante, ele tem muito respeito pelo tratamento. Desde que começou o tratamento nunca mais bebeu e retomou todas as atividades, tudo melhorou. Esposa 5 (intermediário)*

*O comportamento dele em casa mudou, está bem melhor. O problema dele é que mesmo que beba pouco, mas qualquer pouco deixa ele embriagado. Ele passou quatro meses sem botar uma gota de álcool na boca, mas depois voltou a beber pouco, ainda bebe de vez em quando. Esposa 6 (intermediário).*

*Melhorou alguma coisa, não tá melhor porque ele não quer, é só pegar num dinheirinho e corre pra comprar pinga. Esposa 7 (veterano).*

*Hoje anda nos bares, nas festas, mas não bebe, tá esse tempo todinho sem beber (1 ano e 6 meses), graças a Deus tudo ficou bom. Esposa 8 (veterano).*

*Melhorou a bebedeira...hoje só bebe nas festas e quando quer, só continua ignorante, mas isso é dele mesmo. Hoje ele acha ruim porque os filhos bebem, ele que levou os filhos pra beber, hoje não gosta. Esposa 9 (veterano).*

Nas falas transcritas podem ser identificadas referências à percepção positiva, em maior ou menor intensidade, acerca das intervenções do CAPS, ainda que essas variem de acordo com as repercussões percebidas pelas entrevistadas.

b. Receio das recaídas

Outro aspecto a ser considerado diz respeito às recaídas. Verificou-se que as esposas que estão com os cônjuges abstêmios ou mesmo na condição de beber apenas eventualmente, temem o retorno do beber abusivo do companheiro. Das nove entrevistadas, cinco fizeram referência a esse receio. Algumas delas mencionam estratégias variadas acionadas na busca para lidar com a situação: uma delas é não deixar o companheiro sozinho, mas a mais freqüente é a de natureza mágico-religiosa - apegar-se a Deus e rezar. Andrade (2006) também constatou a busca de práticas religiosas como estratégia de enfrentamento do problema, pois diante de experiências repetidas de estratégias de outra natureza que fracassaram e considerando a força cultural da fé, tal estratégia pode representar a possibilidade de manter viva a esperança de ver o problema superado, de não demonstrar aos demais familiares e amigos que não desistiu, e de obter alívio do sofrimento pessoal e familiar.

*Graças a Deus ele não bebeu mais, mas eu tenho medo... ontem mesmo ele disse que deu vontade, a casa estava muito agitada. Agora ele cobra muito mais minha presença que antes, mas eu acho bom, procuro não deixar ele sozinho. Esposa 2 (ingressante)*

*Espero em Deus que ele não volte a beber nunca mais... da outra vez que ele ficou sem beber foi um alívio, quando desistiu e voltou a beber foi um Deus nos acuda, é uma paz quando esta sem beber. Esposa 3 (ingressante)*

*Agora eu espero que não aconteça mais nunca, acredito que Deus está com a gente em qualquer situação da vida. Esposa 5 (intermediário).*

*Quando desistiu da outra vez, teve a recaída, foi pior, andava caído nas ruas. Um dia eu briguei com Jesus dizendo... toma de conta dele, ele também é teu filho... aí veio alguém do CAPS solicitar que ele voltasse ao tratamento. No dia seguinte voltou e nunca mais bebeu (1 ano e 6 meses)... e nem vai beber, se Deus quiser. Esposa 8 (veterano).*

*Mas eu tenho medo das recaídas, no Natal ele bebeu duas vezes, muito não...chegou, tomou banho e ficou bem, depois não bebeu mais. Esposa 9 (veterano).*

É interessante observar que a recaída, ainda que represente retrocesso em si mesma, pode ser parte do processo de mudança, sendo, em muitos casos, essencial para que a pessoa possa aprender com a experiência de contraste e recomeçar de uma forma mais conscientizada e decidida. Estudos indicam que aproximadamente um terço dos pacientes consegue a abstinência permanente em sua primeira tentativa de recuperação (Jungerman & Laranjeira, 1999; Alvarez, 2007). Outro terço de pacientes enfrenta episódios breves de recaídas que resultam, eventualmente, em abstinência de longo prazo.

## B. O que dizem os filhos

### 1. Antes do CAPS

Foram identificadas duas categoria de análise: a) o que mais incomoda no pai alcoolista; b) a inversão de papéis.

a. O que mais incomoda no pai alcoolista

É possível observar no relato dos filhos (as) dos três grupos, que a bebida foi de fato, como seria de se esperar, elemento presente no cotidiano familiar de forma muito expressiva, principalmente por sua íntima associação com episódios de perda de controle e violência. Dentre as dezessete narrativas, quatorze expressaram a presença da violência física e verbal como elemento desestabilizador da convivência. Outros elementos associados à convivência com pai alcoolista, tais como vergonha, incompreensão e problemas financeiros também foram citados.

*Eu tenho muita vergonha, às vezes ele tá bêbado na rua, as pessoas ficam rindo, brincando com ele, eu tenho muita vergonha.* Filha 1 (ingressante).

*Tudo, tudo, tudo incomoda, falta de compreensão, desunião, violência, agressão. Hoje não, vivemos no céu, já está há mais de um mês sem beber, tá normal.”* Filho 3 (ingressante).

*Quando bebe fica brabo, violento, com minha mãe principalmente, não atende a gente de forma nenhuma. Parece que tem uma força que ninguém consegue segurar, outro dia foi pro hospital amarrado.* Filha 7 (intermediário).

*Ele xinga, briga, briga muito com minha mãe, comigo só quando eu chamo a atenção dele. Ele fica bruto, às vezes eu pego ele na rua caído, ajudo a trazer pra casa, todo mundo ri, é tudo muito mal”.* Filho 8 (intermediário).

*A violência, ele batia mais na minha mãe, agredia também com palavras, eu por ser a mais velha presenciei as coisas mais que elas (as irmãs). Outra coisa, a minha mãe age, a gente tem até medo que um dia ela mate ele.* Filha 12 (veterano).

*O problema dele era com dívida, devia todo mundo, não pagava as conta, às vezes faltava comida dentro de casa. Violento nunca foi, nunca bateu em ninguém, pelo menos que eu me lembre.* Filho 16 (veterano).

Os filhos de alcoolista podem lutar frente ao alcoolismo, ou fugir e negar a existência do mesmo (Watt, 2002; Andrade, 2006). Outros problemas e dificuldades têm sido associados à condição de filhos de alcoolistas. O medo do futuro e a insegurança no presente quase sempre pautam suas vidas. Trindade (2007) aponta em estudo que meninos expressaram mais o medo e insegurança em relação à própria vida e ao futuro e as meninas expressaram mais o medo e insegurança em relação às suas ligações afetivas.

a. A inversão de papéis

Os filhos (as) de alcoolistas tendem a assumir para si algumas responsabilidades que normalmente não deveriam ser suas. Observa-se nos relatos uma multiplicidade de papéis que filhos e filhas de alcoolistas são forçados a vivenciar nessas famílias: substituto parental para os irmãos e irmãs mais novos, substituto marital em termos de certo tipo de cumplicidade com a genitora que é vítima de violências, além de mediador e conselheiro, sendo constrangido a atuar como terapeuta familiar improvisado para o casal sempre em crise.

Para situações do tipo descrito acima pode ser utilizado o conceito de parentalização dentro da família, que refere-se à situação na qual o filho passa a cuidar dos pais, sendo “parentalizado” a fim de responder às necessidades dos pais, explicitadas com pouca clareza ou coerência, caracterizando uma relação patologicamente simbiótica, impedindo desta maneira que o filho atinja a própria autonomia (Trindade, Costa & Zilli, 2006).

Neste estudo oito depoimentos expressam bem essa troca de papéis.

*Eu dou os remédios dele, mas agora ele não tá tomando, engana a gente, quando a gente dá fé ele joga fora, finge que toma, a gente encontrou um monte dentro do bolso dele, na carteira. Filha 2 (ingressante)*

*Eu no papel de homem da casa tive que tomar determinadas decisões, aí fica difícil... eu sou muito apegado a minha mãe, tenho que cuidar dela. Houve uma época em que passei a beber muito também, farrear, bebia porque queria mostrar pra ele que era capaz de beber e não perder o controle como ele, agora deixei, não vale a pena. Filho 3 (ingressante)*

*Eu vou levar ele lá (no CAPS) todos os dias e o meu irmão vai pegar. Filho 5 (ingressante)*

*Às vezes eu pego ele na rua caído, ajudo a trazer pra casa, dou banho... cuido dele. Filho 8 (intermediário).*

*Pedi a minha mãe que tivesse paciência com ele, que não brigasse, principalmente quando estava bêbado. Ele ficou com vergonha quando um dia bebeu tanto e eu tive que ajudá-lo, dar banho, todo mundo comentava que eu era a filha preferida. Filha 9 (intermediário)*

*Quando minha mãe chegava da feira onde ela trabalhava, ele virava o fogão e derramava a comida, a gente corria pra chamar o meu irmão mais velho que era soldado do exército, ele vinha pra ajudar e levava ele pra dormir na delegacia, ele tem medo dele (do filho). Filha12 (veterano).*

*Outro dia tentou se afogar e meu irmão tirou ele, assim fica difícil pra gente cuidar dele. Filha13 (veterano).*

*Ele fica desesperado quando eu não vou pra reuniões, quando não posso ir. Eu participo de quase todas as reuniões e levo também minha mãe. Filho 16 (veterano).*

Caldas (2000) faz referência à síndrome da pseudomaturidade, caracterizada pela tentativa do filho substituir as funções do genitor alcoolista, o que exigirá um comportamento não correspondente ao seu papel. Algumas das situações descritas envolvem evidente carga de dramaticidade, mas às vezes chega a se aproximar do improvável (como no caso do filho que leva o pai alcoolista para

dormir na delegacia, sendo por isso temido pelo pai), o que reafirma a situação paradoxal vivida. Em relação à assincronia do desenvolvimento psicológico é muito ilustrativa a afirmação de um dos filhos entrevistados a respeito de, em determinado momento, ter passado a beber muito para mostrar ao pai que era capaz de beber sem perder o controle, o que ele (pai) não era capaz de fazer.

## 2. Depois do CAPS

Para tal contexto foi identificada uma única categoria de análise: Voltando quase completamente ao convívio familiar desejado.

Tal categoria emergiu das narrativas de filhos (as), com muita clareza, quando eles foram indagados sobre a convivência familiar depois das intervenções do CAPS ad. Foram detectados aspectos mais positivos no segundo e terceiro grupo, ainda que também existam relatos positivos no grupo de ingressante.

*Ele deixou de beber esse tempo (2 meses), ele tá mais calmo... menos teimoso e agressivo. Filho 4 (ingressante)*

*Ultimamente melhorou bastante, mas ainda é preocupante, quando sai daqui pra ali a gente já acha que foi beber. Ele diz que não bebe mais, mas de vez em quando alguém liga dizendo que tá no bar. Mas tá mais calmo, melhor com minha mãe. Filha 7 (intermediário)*

*Ele ficou mais leve, conta pra gente as coisas que acontecem lá, os trabalhos de grupo, as terapias, sinto que está tentando falar mais, retornou as atividades de casa e não bebeu mais. Mas a verdade é que ele nunca aceitou ser alcoólatra, nunca admitiu. Filha 9 (intermediário).*

*Em certas partes melhorou muito, dentro de casa principalmente, melhorou 70%. Já tá sem beber há mais de ano (1 ano e 6 meses), ele bebendo não é ninguém, pode ser comparado a um zero à esquerda, ninguém*

*pode contar com ele pra nada, sem beber, não, já é alguém. Filho 14 (veterano)*

*Ele assim...tá melhor por uma parte, tá melhor, as coisas tão mais tranquilas em casa, mas de vez em quando ele ainda briga com mamãe, como ela reclama mais ele não gosta. Se ele bebe ela reclama...mas as recaídas dele são poucas, só no Natal, aniversário dele, mas depois não dá prosseguimento não. Filha 16 (veterano).*

*Mas ele agora me trata bem, conversa, ajuda nos serviços da casa, cozinha, cuida das plantas. Filho 17 (veterano).*

É possível perceber em tais relatos mudanças positivas e significativas na convivência familiar em todos os grupos pesquisados. Ainda que essas mudanças tenham aparecido mais expressivamente nas falas dos filhos(as) cujos genitores estavam em abstinência há mais tempo, todos comentaram de alguma forma a ocorrência de mudanças positivas.

Somente para uma filha do grupo ingressante cujo genitor voltou a beber abusivamente, a convivência não mudou, o que a leva a relatar que tudo está como antes.

*Até ficou uns dias sem beber no início, foi bom, voltou a paz, depois voltou a beber novamente, tudo voltou a ser horrível como antes. Filha 1 (ingressante).*

## **Unidade II – Estrutura familiar**

### **A. O suporte familiar**

#### **1. O apoio da esposa**

Deste tema emergiu a categoria: o envolvimento da esposa no tratamento do cônjuge.



Outro aspecto a ser considerado diz respeito a importância da inserção da família nos diversos estágios terapêuticos do alcoolista. A esposa exerce grande influência sobre todos. Essa se torna especialmente destacada em famílias que convivem com marido/pai alcoolista, nas quais as atividades da esposa influenciam as concepções e as práticas dos demais membros da família relativas ao enfrentamento da situação e à preservação da estabilidade. Assim, considerou-se importante investigar como as esposas relatam sua participação no tratamento atual do companheiro, mediado pelo CAPS ad. É claro que as condições de disponibilidade das mesmas não podem ser tomadas como idênticas, devendo ser levado em conta o conjunto de atribuições de cada uma. Quando solicitadas a relatar como participam do tratamento do companheiro, surgiram relatos como os que estão transcritos abaixo.

*Eu faço o que posso, tento ter paciência com ele, assim... quando ele começou a fazer o tratamento, a gente não conversava, passou a conversar, a falar das coisas da gente, tudo isso. [...] eu nunca fui lá (no CAPS), eu até comentei com ele, não tem reunião lá não, ele diz que não tem, mas ele explica tudinho o que aconteceu lá, detalhes... Esposa 1 (interessante).*

*Eu nunca fui lá não, nunca me chamaram, mas o remédio sou eu quem dou, tenho o maior cuidado, mas assim... a primeira consulta lá fui eu que levei ele. Esposa 2 (interessante).*

*Peço pra deixar de beber, ameaço que vou deixar ele, dou conselho, falo dos netos que gostam muito dele. [...] Antes que ficava perto do meu trabalho (o CAPS) eu ia levar ele, agora que tá distante os filhos levam, alguém tem que levar todo dia que ele sozinho não tem força. Esposa 3 (interessante).*

*Eu vou deixar ele lá (no CAPS) e depois pegar, pego os remédios dele e peço pra anotar tudo direitinho pra não*

*esquecer. Lá dentro eu nunca participei de reunião, mas conversei com o pessoal. Esposa 4 (intermediário).*

*Eu já fui lá, conheço todo mundo, acompanhava ele nas consultas, vou com ele sempre que posso. Sinto que ele gostaria que fosse mais, fica falando que é muito bom, mas infelizmente não posso. Além do mais, trabalho, fica tudo mais difícil. No início eu fui com ele várias vezes, mas agora ele pega o carro e vai sozinho. Esposa 5 (intermediário).*

*Eu fui lá umas duas vezes, ficava lá com ele. Mas não fui mais por causa das minhas doenças. Mas ele quando chega conta tudo, mostra os remédios e eu ajudo ele com os horários que tem que tomar. Esposa 6 (intermediário).*

*Sempre é eu que vou com ele, já participei de várias reuniões, passei um período indo direto com ele pro CAPS, mas hoje existe a dificuldade de passagem, falta dinheiro, por isso não vou mais. Esposa 7 (veterano).*

*Eu não perco nenhuma reunião não, acompanho ele em tudo. Acho assim... do jeito que fui lá (no CAPS) com aquela ansiedade procurar ajuda, eu também tenho obrigação de participar de tudo. Eles (os profissionais do CAPS) trabalham ali só, tem que ter alguém da família por perto, como é que vão saber como ele tá? Tem que ter alguém pra informar, ele com certeza não vai dizer. Esposa 8 (veterano).*

*Vou nas reuniões de vez em quando, o C me leva, mas não é sempre, em casa ele se vira só com os remédios. Esposa 9 (veterano).*

As narrativas mostram diversas estratégias acionadas por elas como forma de ajudar no processo terapêutico do companheiro. Apenas uma esposa participa ativamente do tratamento do cônjuge, envolvendo-se em várias atividades no CAPS e em casa. Outras seis participam de forma mais eventual, comparecendo de vez em quando às reuniões e monitorando a medicação do companheiro. Somente duas entrevistadas nunca compareceram ao CAPS ad, limitando seu envolvimento a agir pacientemente com o companheiro, conversar com ele e, às vezes, até mesmo ameaçar abandoná-lo.

Estudos mostram que as ações dos familiares do alcoolista que busca um estado de abstinência, pode contribuir para que ele atinja e mantenha tal condição,

como podem favorecer o processo de recaída (Trindade, 2007; Zanelatto & Rezende, 2006). O fato dos familiares fornecerem apoio e demonstrarem compreensão no momento terapêutico pelo qual passa, ajuda o alcoolista a manter a abstinência. Por outro lado, agir com desconfiança, fazer ameaças e evitar envolvimento afetivo-emocional com ele durante o tratamento, são formas de comportamento que podem levá-lo a retomar o consumo de bebida.

É claro que a história de convivência com o problema e os compromissos de todos os integrantes da família são fatores que guardam relação com a forma como a esposa e os demais familiares agem em relação ao problema, mas as expectativas geradas pela nova possibilidade terapêutica representada pelo CAPS ad também podem constituir fatores relevantes para a compreensão do envolvimento das esposas e dos demais familiares.

## 2. O apoio dos filhos (as)

Deste tema emergiu a categoria: o envolvimento dos filhos (as) no tratamento do pai.

Quando foi solicitado aos filhos (as) que comentassem como acompanham o tratamento do pai, é possível reconhecer nas falas estratégias que têm semelhanças com aquelas acionadas pelas esposas, conforme mostram os trechos de relatos selecionados como ilustração:

*Agora eu não faço nada, no início eu fazia, conversava, pedia pra ele parar de beber, mas ele ficava violento comigo, queria me bater, agora é melhor não dizer nada... (choro). Filha 1 (ingressante).*

*Ele gosta de beber escondido e esconde a cachaça, quando eu procuro e acho, derramo, ele fica chateado. [...] às vezes eu vou levar ele lá (no CAPS) e o meu irmão vai pegar. Filho 3 (ingressante).*

*Procurro não me envolver, nunca fui lá (no CAPS), deixo isso pra minha mãe. Filho 8 (intermediário).*

*Não acompanho o tratamento dele não, a própria mainha pouco vai lá (no CAPS), quem fala mais é ele mesmo, relata tudo que acontece lá. [...] a gente sabe de tudo que acontece lá por que ele fala, sabe dos medicamentos, mas eu mesma nunca fui lá não. Filha 9 (intermediário).*

*No meu caso eu trabalho...mas já participei várias vezes de reuniões no CAPS, agora por conta do meu horário de trabalho não me envolvo mais. Ele toma os remédios sozinho, quando vai ao médico, ele nunca quer que a gente vá com ele, que converse com o médico. Filha 16 (veterano).*

*Ah! acompanho de todas as formas, sempre que dá vou lá (no CAPS), participo das reuniões, toda vez que chego pergunto, tento me informar. Às vezes ajudo, ele quer uma mensagem pra levar pra lá (CAPS), pego na internet, quer mensagem pro jornal de lá, eu faço. Outro dia fui tirar fotos deles (usuários) na confraternização do final de ano. Filho 17 (veterano).*

Analisando-se as narrativas é possível inferir que existe um menor nível de envolvimento dos filhos (as) no processo terapêutico de recuperação do genitor em comparação com o nível de envolvimento das esposas. Apenas três filhos participam de forma mais presente no tratamento, envolvendo-se em atividades como levar o pai para o CAPS, comparecer de vez em quando às reuniões e monitorar a medicação em casa. Oito filhos, ou seja, a metade participa eventualmente, com pouco envolvimento no tratamento. Outros cinco filhos afirmaram não se envolverem de forma alguma. Somente um filho relatou participar assiduamente das atividades terapêuticas que o pai cumpre. É evidente que também no caso dos filhos as condições de disponibilidade de cada um devem ser consideradas, levado-se em conta que a maioria trabalha e tem outras atividades a cumprir.

Não houve evidência, no estudo, de maior envolvimento do filho ou da filha no processo terapêutico do pai, uma vez que a participação e o envolvimento apareceram distribuídos de forma bastante equilibrada em relação ao sexo.

Tais relatos corroboram os achados de Zanelatto e Resende (2006), constatando que algumas famílias participam ativamente do tratamento do membro alcoolista, enquanto outras nunca aparecem ou ausentam-se assim que constatam que o seu familiar iniciou o processo terapêutico.

**Tabela 5. Unidades e Subunidades de Análise de Temas Emergentes da Entrevista com Mulheres e filhos (as) – Expectativas sobre ações do CAPS ad.**

<b>Unidade de Análise</b>	<b>Subunidade de análise</b>	<b>Temas emergentes</b>
<b>Expectativas sobre ações do CAPS ad</b>	A. A aproximação com o CAPS ad	1. Como as esposas ficaram sabendo 2. Como os filhos ficaram sabendo
	B. O que esperam do CAPS ad	1. O relato das esposas 2. O relato dos filhos

#### **A. A aproximação com o CAPS ad**

1. Como as esposas ficaram sabendo (a respeito da existência do CAPS ad)

As respostas das esposas podem ser agrupadas em duas categorias amplas: a) através de pessoas que atuam em outros serviços de saúde e que fizeram o encaminhamento ou a indicação (havendo, inclusive um caso em que o próprio alcoolista trabalhava na Secretaria de Saúde do município); b) através de parentes ou vizinhos que, por algum motivo, tinham conhecimento da existência do CAPS ad.

Foram semelhantes os relatos obtidos das esposas dos grupos ingressante, intermediário e veterano. Exemplos de relatos que evidenciam que a informação foi obtida em outros serviços de saúde são reproduzidos a seguir:

*Lá no hospital onde ele ficou amarrado, encaminharam ele, disseram que ele deveria se tratar. Eu não sabia o que era (o CAPS). Esposa 4 (intermediário).*

*Minha filha tava mal, depressiva e freqüentava o outro CAPS. Lá no outro CAPS falaram pra ela que existia o outro CAPS, que deveria levar o pai pra lá. Esposa 6 (intermediário).*

*Com o doutor do hospital, não lembro... Acho que foi daqui do postinho (PSF) que encaminhou ele, ele tava tendo alucinação, vendo coisa, dizendo que ia se matar. Esposa 7 (veterano).*

*Eu fui na secretária de saúde pedir um encaminhamento dele pra Recife, lá me deram o encaminhamento pro CAPS daqui. Esposa 8 (veterano).*

Sobre o caso em que o próprio alcoolista trabalhava na área da saúde foi dito pela esposa que:

*Ele sabia o que era (o CAPS) porque trabalha na secretaria de saúde, mas a filha foi a maior incentivadora. Como ela fez estágio no CAPS ad de Recife, conheceu o tratamento e convenceu ele a ir se tratar lá. Esposa 5 (intermediário).*

Respostas que indicaram parentes como fontes da informação sobre o CAPS ad apresentaram-se com teor semelhante ao dos exemplos abaixo:

*A irmã dele foi que arranjou pra ele ir pra lá (CAPS), no começo ele não queria, depois aceitou. Esposa 1 (ingressante)*

*Foi a irmã dele que falou (do CAPS), eu ficava ameaçando ele, dizendo que se não parasse de beber ia internar ele no asilo dos loucos e não ia vê ele lá. Aí a irmã dele falou dessa casa de apoio, que era muito bom. Esposa 3 (ingressante).*

*Foi o C (filho) quem colocou ele lá (no CAPS), ele é quem primeiro ficou sabendo do CAPS. Esposa 9 (veterano).*

Uma esposa do grupo ingressante informou que tomou conhecimento através de uma amiga, cujo filho é dependente de drogas:

*Através de uma amiga, ela tinha um filho que freqüentava o CAPS. Esposa 2 (ingressante).*

## 2. Como os filhos (as) ficaram sabendo

Os filhos passaram a conhecer a existência do CAPS ad por informações provenientes das mesmas fontes citadas pelas esposas: através de serviços de saúde ou através de parentes ou conhecidos. Alguns filhos mencionaram as mães, pelo fato de que souberam do CAPS ad através delas, que tomaram a iniciativa de buscar tratamento para seus maridos.

Todos os seis filhos (as) do grupo ingressante informaram que foi a genitora quem procurou ajuda para o cônjuge, o que permite supor que ficaram sabendo do CAPS através delas, conforme expressam os relatos apresentados na seqüência.

*Não sei direito como... acho que foi mainha que procurou saber, acho que através da minha tia. Filha 1 (ingressante).*

*Foi minha mãe que soube e tomou a iniciativa de levar ele, acho que soube através de uma amiga. Filho 3 (ingressante).*

*Minha mãe foi quem soube e levou ele, eu também conversei com meu gerente e ele me falou também de lá (do CAPS), mas foi minha mãe. Filho 6 (ingressante).*

Diferentemente do que foi verificado no grupo ingressante, nas narrativas do grupo intermediário foram identificadas outras formas de aproximação e conhecimento do CAPS, predominando a modalidade “através de outros serviços de saúde”, que foi indicada em quatro das cinco entrevistas. Somente uma das filhas informou que conheceu o serviço na faculdade.

*Não sabia do CAPS, foi no hospital que mandaram ele pra lá. Filho 8 (intermediário).*

*Mainha já sabia da existência e eu também, eu freqüentava o outro CAPS quando tinha depressão, lá fiquei sabendo que existia o outro e falei pra mainha. Filha 11 (intermediário).*

*Como já falei, na faculdade conheci a reforma psiquiátrica e fiz estágio no CAPS ad de Recife. Filha 10 (intermediário).*

No grupo dos veteranos os relatos dos filhos revelaram formas variadas de aproximação e conhecimento do CAPS, algumas das quais diferem das constatadas para os demais grupos. Porém, ainda assim predominaram as respostas: através de outros serviços de saúde (2), através da genitora (1), através do irmão (1), por conta própria (1).

*Foi o médico que encaminhou ele, o daqui do bairro do programa da família, do postinho, antes eu não sabia do CAPS. Filha 12 (veterano).*



*Mainha que soube do CAPS por outras pessoas e falou pra nós. A situação tava muito ruim... filha 15 (veterano).*

*Quem ficou sabendo e nos falou foi o C (irmão), primeiro ele (pai) passou um tempo em internamento e foi encaminhado, mas quem teve acesso foi C". Filha 17(veterano).*

*Eu conhecia o CAPS de Juazeiro, porque sempre me envolvi com trabalhos sociais [...], lá fiquei sabendo que era nacional e tinha também em Petrolina. Procurei saber como fazer pra levar ele lá (pai). Filho 16 (veterano).*

Um dos filhos relata que somente tomou conhecimento do CAPS quando o genitor começou a fazer tratamento. Esse desconhecimento pode ser justificado pelo fato de o mesmo ser casado e residir em outro domicílio, distante da casa paterna, apesar de ser no mesmo município. Vale registrar que está separado da esposa também por ser dependente do álcool. Começou a freqüentar o CAPS junto com o pai.

*Eu não sabia do CAPS, só soube através dele (pai) quando começou a se tratar e comentou comigo, acho que foi minha mãe que procurou ajuda na secretaria de saúde [...] eu sei que vou ficar freqüentando lá (no CAPS) porque acho que funciona. Filho 14 (veterano).*

Em relação a essa temática da aproximação com o CAPS, percebe-se nas respostas que são diversas as modalidades de informação que levaram ao conhecimento da referida instituição, podendo ser citadas como principais, outros serviços de saúde e os profissionais que neles atuam, e também familiares e amigos que sabiam da existência do serviço. Tal resultado, portanto, ressalta a importância da rede social de apoio, entendida em sentido amplo. Segundo Lavall, Olschowsky e Kantorski (2009), essa rede pode ser representada pelas relações do indivíduo nas diversas situações do cotidiano, na família e na sociedade. Identificá-la possibilita

sua utilização como um recurso para aprimoramento do cuidado terapêutico, facilitando a parceria entre a equipe de saúde e a família no tratamento e no acompanhamento do usuário.

## **B. O que esperam do CAPS**

### **1. O relato das esposas**

Desta temática emergiu o que pode ser considerado uma categoria difusa que envolve expectativas positivas acerca das intervenções do CAPS centralizadas no foco essencial: o cônjuge parar de beber. Algumas vezes características positivas do serviço são destacadas, para justificar a expectativa de que “dessa vez” o marido deixará de beber, e aparecem também menções ao fato de que, apesar da qualidade do serviço oferecido, a recuperação depende muito do próprio indivíduo, de seu interesse, de seu empenho.

Em resposta à solicitação de avaliarem o CAPS ad e o tratamento fornecido, considerando os resultados verificados em termos do que mudou na convivência familiar, surgiram relatos positivos nos três grupos de participantes. Mesmo no grupo de usuários ingressantes, no qual se poderia esperar opiniões menos favoráveis ao serviço, pelo curto período de acompanhamento, apenas uma esposa avaliou negativamente. Um exemplo de opinião favorável, ainda que apoiada em uma esperança difusa:

*Eu espero que melhore bastante, já deu uma boa melhorada, graças a Deus ele não bebeu mais. [...], eu espero muito que ele não volte mais a beber, que o tratamento dê certo e ele se conscientize que não pode mais beber”. Esposa 2 (ingressante).*

*Espero que ele não volte a beber nunca mais. Toda vida ele foi um bom marido, se Deus quiser vai voltar a ser. Ele*

*precisa urgentemente dessa terapia, dessa ajuda e eu tô ajudando, rezo todo o dia. Esposa 3 (ingressante).*

A esposa que não expressou contentamento com o tratamento é justamente uma entrevistada cujo marido voltou a beber abusivamente.

*Eu queria que ele parasse de beber, parasse, mudasse...ficou 2 meses sem beber, mas voltou a beber quase todos os dias. Ele não quer ajuda não, a gente dá conselho a ele, mas não adianta, nada dá jeito, nem o CAPS. Esposa 1 (ingressante).*

Nos relatos do grupo intermediário somente expectativas positivas aparecem, ainda que em dois casos os cônjuges bebam eventualmente, isso parece não diminuir a credibilidade do tratamento.

*Lá é bom, as meninas que trabalham são atenciosas, não tem cara feia, todo dia a cara é a mesma e eu sei que isso é importante. A gente já chega cheia de problema, se é mal recebido não volta. Mas é um povo muito educado. [...] vai dá certo, acredito que sim, já está resolvendo. Esposa 4 (intermediário).*

*Ave Maria!... eu tenho mil motivos pra ter uma boa impressão de lá, tenho certeza que se o CAPS não fizesse um trabalho bom, ele (marido) já teria desistido. Lá eles devem ser bem convincentes porque ele gosta, desde que começou, não falta. Tenho certeza, o que leva a gente não se afastar é ter fé, é acreditar que vai dar certo. Eu acredito demais até que o CAPS resolverá os problemas dele. Esposa 5 (intermediário).*

Uma das entrevistadas deixa claro em sua fala que o CAPS sozinho não resolverá o problema, necessita de apoio, principalmente da família e do próprio alcoolista.

*Eu acho lá (no CAPS) um bom apoio e uma boa ajuda, eu sempre falo muito bem e recomendo para outras pessoas. Acredito que vai ajudar muito, mas pra resolver o problema depende muito dele, se ele não se interessar e a gente não ajudar, o CAPS sozinho não vai resolver. Esposa 6 (intermediário).*

Assim como nos relatos das esposas do grupo anterior, somente expectativas positivas aparecem no grupo veterano. Vale ressaltar que um dos usuários encontra-se abstêmio e dois bebem eventualmente. Pelos depoimentos podemos deduzir que a realidade do convívio ainda com a bebida, não interferiu na confiança depositada no CAPS.

*Ali (no CAPS) é uma benção... é tudo que já falei. Ele deixou de beber já tem um tempo (1 ano e 6 meses). Lá só não resolve o fato que ele é ignorante, mas isso não tem jeito que é dele mesmo. Esposa 8 (veterano).*

*O CAPS é bacana, gosto demais, recebem a gente bem, ele (o marido) gosta muito de lá. Ele já melhorou muito [...] no natal bebeu duas vezes, não muito, depois não bebeu mais. Esposa 9 (veterano).*

Uma das entrevistadas afirma que o companheiro é que precisa ter mais força de vontade para deixar de vez a bebida:

*Acho lá (no CAPS) tudo muito bom, as meninas de lá são muito educada, os médicos, é tudo gente boa. Ele (o marido) é que é descabeçado, ainda quer beber de vez em quando. A esperança não morre, eu não brigo mais com ele que não adianta, mas sei que muita coisa é com ele, precisa ter força de vontade. Esposa 7 (veterano).*

É interessante observar que as esposas parecem ter vivido até então uma situação de completa impotência, no sentido de não ter como recorrer a alguma

forma de apoio de natureza técnica ou profissional, ficando sempre na dependência do apoio de pessoas próximas e dos conselhos de parentes e amigos, ou ainda do apoio esperançoso proporcionado pela aproximação com alguma forma de fé religiosa. É claro que o surgimento do CAPS ad cria uma nova possibilidade, que além de oferecer um serviço profissional, tem o aval do Estado, ou seja, é um serviço público com grande chance de aparecer aos olhos da população como instituição “séria”, “autorizada” por quem deve saber o que faz, e tal impressão pode ser fortalecida pela qualidade de atendimento que as pessoas efetivamente lá encontrem.

#### 1. O relato dos filhos (as)

Assim como no caso das esposas, emergiu das entrevistas com os filhos a mesma categoria de análise: expectativas positivas acerca das intervenções do CAPS.

O mesmo questionamento foi feito para os filhos (as), solicitando que comentassem o que acham do CAPS ad, e o que mudou ou o que gostariam que mudasse na convivência familiar. Como nas falas das genitoras, expectativas bastante positivas aparecem nas falas dos três grupos de participantes.

*Eu gostaria que só continuasse... pra mim já aconteceu, ele (pai) deixou de beber esse tempo. Ele tá mais calmo, menos teimoso e agressivo. Filho 3 (ingressante).*

*Se ele ficar sem beber como tá vai ser uma vitória pra família, a gente briga, mas não se larga, meu pai de certa forma sempre foi muito ausente, mas o tratamento tá funcionando. Filha 4 (ingressante).*

*Eu espero que ele seja feliz, que consiga se curar, ele tá no caminho certo. Ele é uma pessoa boa que merece,*

*espero que a gente seja feliz, nós merecemos isso. Filho 6 (ingressante).*

*O CAPS é bom, ele melhorou bastante, até a consciência dele voltou, a gente tava achando que não ia mais voltar, ele já conversa normal, melhorou depois que começou o tratamento. Filha 7 (intermediário).*

*Eu sempre achei que de todas as opções o CAPS seria a melhor. Minha irmã conhecia o serviço e falava com a gente. Só que eu sinceramente achava muito pouco provável ele querer ficar lá.[...] eu acredito no CAPS, agora até o ciclo de amizade dele mudou. Filha 9 (intermediário).*

*Mulher, eu tiro por meu pai que era um alcoolista mesmo e tem quase 2 anos que não bebe. Meu pai mudou muito depois que começou lá (no CAPS). Filha 15 (veterano).*

Uma filha do grupo intermediário respondeu afirmando sua confiança no CAPS, mas ressaltando a importância de outros apoios sociais como fortalecedores do processo terapêutico.

*Eu acredito plenamente no CAPS, agora tenho a consciência que não é só o CAPS, vejo muitos jogarem toda a responsabilidade no CAPS e sei que depende de muitas coisas. Por exemplo, sei que não adiantaria o CAPS fazer o papel dele e painho aqui continuar com as amizades, os amigos que bebem e os incentivam a beber também. Ele (pai) fazendo a parte dele, o CAPS a sua e a família também, tudo fica mais fácil. Filha 10 (intermediário).*

Quatro filhas e um filho também se expressaram com comentários positivos do serviço, mas consideraram que seria importante destacar a “força de vontade” do próprio alcoolista no curso do tratamento como componente essencial desse tratamento. Vale ressaltar que a menção à “força de vontade” do pai pode ser

percebida com duas nuances distintas. Uma delas é a de que, mesmo valorizando a contribuição do CAPS ad, valoriza-se sobremaneira a adesão ou “força de vontade” do pai – como se o novo contexto, enfim, tivesse propiciado valorizar alguém que todos precisassem e quisessem valorizar, mas que no contexto anterior não estava apresentando características facilmente valorizáveis. Outra possibilidade é a de que esteja em jogo um tipo de afirmação prudente (considerando que o tratamento está em andamento e considerando que em todos os casos existem histórias de fracassos anteriores), e que reproduz aspectos das ponderações que o próprio CAPS ad apresenta aos familiares dos pacientes.

*Acho que o CAPS ajuda em parte. Agora acho que a outra metade depende dele (pai), da família, mas principalmente de força de vontade dele. Filha 11 (intermediário).*

*As meninas de lá (do CAPS) são muito boas, Lá acho tudo bom. Depende do paciente, entendeu? depende de cada um. Creio que ele ainda não ficou bom, porque não se esforça, depende do CAPS, mas depende dele mais ainda. Se tá lá fazendo tratamento pra não beber, ele tem que se ajuda, mas ele não se ajudar. Filha 12 (veterano).*

*Acho bom o serviço do CAPS, o pessoal trabalha bem, ele (pai) é que não se ajuda, depende mais dele, ele é que precisa parar de beber. O CAPS ajuda, né? Mas depende dele. Filha 13 (veterano).*

*Acho bom lá (no CAPS), [...] sei que funciona. Ele (pai) não bebe mais, o CAPS já ajudou 70%, o resto depende dele. Filho 14 (veterano).*

*Olha em relação ao meu pai ele gosta muito de lá (do CAPS), ele tem prazer em ir, gosta de estar lá com as pessoas, de alguma forma tá ajudando muito. Eu entendo que o alcoolismo é uma doença e depende muito mais da pessoa o sucesso do tratamento. depende muito dele (pai), a gente sempre tem que tá atento, ele melhorou muito, praticamente só bebe nas festas. Filha 16 (veterano).*

Dois filhos do grupo ingressante, de uma mesma família, comentaram que os remédios deixam o pai menos ativo e menos colaborador em casa.

*Espero que ele (pai) melhore mais, como vem acontecendo, só que eu acho que os remédios que ele toma, devem ser muito fortes, ele anda meio leso. Sempre foi uma pessoa ativa, ajudava minha mãe em casa, varria a casa, fazia almoço, agora depois do CAPS só faz dormir. Filho 5 (ingressante).*

*Acompanho o tratamento pela minha mãe que fala dos medicamentos, que são forte e deixam ele meio lento. Filho 6 (ingressante).*

Dois filhos, um dependente de álcool e outro de outras drogas ilícitas, relatam que por acreditarem no CAPS também resolveram fazer tratamento no serviço.

*Lá é bom, não tenho o que falar. Acho, vai dar tudo certo. Eu também vou me tratar lá (no CAPS), hoje vou fazer uma consulta. Filho 8 (intermediário).*

*Rapaz, eu não posso nem divulgar assim, acho que não é 100%, mas pelo que eu vi lá, acho bom, vou ficar freqüentando porque funciona. Ele (o pai) não bebe mais, o CAPS já ajudou 70%. Filho 14 (veterano).*

Uma filha e um filho mencionam problemas estruturais e de manutenção do próprio CAPS ad, porém não deixam de se referir à eficácia do tratamento.

*Eu acho que o CAPS faz um tratamento muito bom, mas às vezes falta muita coisa, ouço ele (pai) dizer que está faltando isso e aquilo, acho que até é pela dificuldade que é para manter um sistema desses. Filha 11 (intermediário).*



*Pelo que eu conheço do CAPS a gente sabe que tem dificuldades e pode melhorar. Aquilo ali é pra se ampliar, ali não tem nenhum terço dos que merecem estar ali, era pra ser mais valorizado. Mas a melhora do meu pai foi de 100%. Filho 17 (veterano).*

Somente duas filhas do grupo ingressante, de uma mesma família, cujo pai continua bebendo abusivamente, expressam em seus relatos pouca confiança no tratamento.

*Eu só queria que ele (pai) parasse de beber, mas eu não acredito que isso vai acontecer. Você pode fazer alguma coisa pra ajudar meu pai? É só o que eu queria, que alguém ajudasse ele e ele parasse de beber, eu queria ser feliz, só isso. Filha 1 (ingressante).*

*Queria que ele (pai) parasse de beber, e também que ele trabalhasse... mas ele não deixa a bebida, nada dá jeito. Filha 2 (ingressante).*

#### 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de dados apresentados revela que diversos aspectos identificados em famílias que precisam conviver com um alcoolista, registrados na literatura sobre o assunto, puderam ser constatados nas famílias participantes deste estudo, todas usuárias do CAPS ad de Petrolina. Têm especial relevância os problemas enfrentados por esposas e filhos de alcoolistas que com ele convivem, problemas esses que também são semelhantes quando as famílias de Petrolina são comparadas com as famílias que participaram de diversos outros estudos publicados, e que vivem em diferentes locais.

Entre esses vários aspectos chama a atenção, inicialmente, o fato de que a situação pode ser vivida tanto por famílias de baixa renda como por famílias de classe média, pode ser vivida tanto por famílias nas quais os pais têm formação escolar rudimentar como por famílias em que a escolaridade pode alcançar o nível superior, pode ser vivido tanto por famílias que se constituíram na zona rural como por famílias tipicamente urbanas, tanto por famílias com muitos filhos como por famílias com poucos filhos. Tal diversidade evidencia que o alcoolismo é um fenômeno cuja difusão ultrapassa fronteiras demarcadas de forma simples por características sócio-demográficas dos envolvidos.

O presente estudo não tem a pretensão de lidar com eventuais fatores responsáveis pelo alcoolismo, e nem foi planejado para tal fim, mas vale ressaltar que a diversidade mencionada acima sugere que se deva pensar em um conjunto complexo de fatores culturais e situacionais (alguns certamente vinculados à vida conjugal e familiar) que favorecem a emergência do fenômeno – fenômeno esse que

pelo volume populacional com que se apresenta e por sua própria e inerente complexidade constitui relevante questão de saúde pública.

Diversos problemas relatados pelas famílias participantes são mencionados em trabalhos publicados que lidaram com outras famílias, às vezes de regiões muito distintas, sugerindo que embora os problemas decorrentes do alcoolismo sejam bem conhecidos, é difícil enfrentá-los com eficiência.

Um deles que aparece com muita clareza é o impacto sobre o sustento financeiro da família. Em muitas famílias brasileiras, ainda hoje, a renda familiar é proveniente das atividades profissionais do homem, embora tal realidade esteja em processo contínuo de alteração nas últimas décadas. As dificuldades resultam de fatos aspectos: do fato do alcoolista gastar com bebida dinheiro que faltará para a família (como, por exemplo, nos casos da família 3 do Grupo Intermediário e das famílias 2 e 3 do Grupo Veterano), fazer dívidas de forma descontrolada (como nas famílias 2 e 3 do Grupo Veterano), perder o emprego ou não conseguir voltar a empregar-se ou permanecer em novo emprego (como nas famílias 1, 2 e 3 do Grupo Ingressante e da família 3 do Grupo Intermediário). Resulta de tais situações que o sustento financeiro da família tem que ser garantido pela esposa, pelos filhos (quando estão em idade que permite trabalhar), ou por outros parentes (como no caso do pai da esposa na família 2 do Grupo Intermediário).

Em muitos casos em que a mulher passa a trabalhar e a sustentar a família o cônjuge alcoolista reage negativamente, tentando impedir a esposa de fazê-lo, acusando-a de o estar traindo (como ocorreu com as famílias 1 e 2 do Grupo Veterano), expediente que a literatura sobre o assunto registra como habitual (por exemplo: Andrade, 2006).

O fenômeno da parentalização dentro da família, com algum filho passando a cuidar dos pais, tendo que tomar decisões (Trindade, Costa & Zilli, 2006), submetendo-se a risco de comprometer o desenvolvimento de sua própria autonomia como assinalam Melo, Caldas, Carvalho e Lima (2005), também pode ser constatado na maior parte das famílias participantes do estudo.

De extrema gravidade é a situação de violência doméstica e conjugal que freqüentemente está associada com o alcoolismo, e que pode envolver apenas violência verbal, mas muitas vezes envolve acentuada violência física (pode haver também violência sexual, assunto não explorado no presente trabalho). A associação entre violência e alcoolismo é largamente documentada na literatura (Minayo, 1994; Garcia, 1995; Osiatynska, 2004; Zilberman & Blume, 2005; Andrade, 2006; Pena & Gonçalves, 2010). Os dados relatados, assim como diversos trechos de relatos reproduzidos evidenciam de forma inequívoca a presença de violência no cotidiano de várias das famílias que participaram do estudo. Quigley e Leonard (2000), que trabalharam em contexto que não o brasileiro, sugerem que a violência é mais freqüente quando o marido é bebedor abusivo e a esposa não ingere bebida alcoólica, mas essa parece ser a situação mais comum na realidade brasileira e se aplica a todas as famílias investigadas no trabalho que aqui se descreve.

É evidente que diversas dessas situações implicam para os filhos viverem inúmeras situações constrangedoras tanto intra-familiares como no contato com os vizinhos e amigos, tendo sido comum o relato de que em diversos momentos sentem-se muito envergonhados.

Em casos de famílias nas quais o casal permanece junto, como são os que integram o presente estudo, diversos aspectos são apontados pelas esposas como razões pelas quais suportam a situação (muitas delas podem nem mesmo contar

com qualquer alternativa exeqüível), por vezes contrariando expectativas de amigos, parentes e mesmo de filhos. Quase sempre o maior vilão apontado em tais justificativas é a própria bebida alcoólica, à qual se atribui poderes de aliciar o indivíduo e desviá-lo do caminho adequado. É afirmação freqüentemente encontrada em estudos sobre o tema, e também no presente estudo ela apareceu, aquela que ressalta que o marido “fora da bebida é uma pessoa excelente”, “trabalhador”, mas quando bebe se transforma, torna-se insuportável.

Dentro de tal tipo de concepção só uma alternativa pode ser vislumbrada, principalmente pelas esposas: o alcoolista deixar de beber e voltar a ser o que ele é, de fato. Como não encontram formas de alcançar tal objetivo, as famílias sentem-se continuamente ineficientes, desesperançadas e desanimadas (Pena e Gonçalves, 2010). As respostas fornecidas por esposas e filhos entrevistados no presente estudo revelam que essa sensação existiu em alguns momentos, mas fica claro que o contato com o CAPS ad e a aceitação por parte do alcoolista em participar das atividades programadas representa uma quebra dessa sensação e um renascimento vigoroso na esperança de que tudo poderia mudar.

Como já foi mencionado, as famílias viveram a descoberta de que existe um serviço público, no qual atuam profissionais preparados que foram selecionados para prestar aquele serviço, o que pode ter proporcionado às famílias uma nova sensação: a de que agora estão amparados, assistidos, de forma a não depender apenas da sorte ou de outras providências sobre as quais não tinham qualquer controle. A presença de profissionais de saúde, entre eles médicos, e o fato de haver prescrição de medicamentos, pode ser considerado como fator que por si só aumenta a confiança no serviço, considerando a alta valorização social desse tipo de profissional. Salienta-se em especial a valorização dos profissionais médicos que,

ao prescreverem medicamentos, além de agir tecnicamente, estavam preenchendo o que pode ser visto como uma expectativa culturalmente consolidada na tradição brasileira: problema de saúde pode ser tratado de mais de uma forma, mas algum remédio deve estar envolvido.

Em termos bem objetivos, os maridos/pais alcoolistas passaram a freqüentar o CAPS ad, aderindo a um processo terapêutico, o que não havia acontecido até então. Uma novidade como essa já é motivo concreto para a renovação das expectativas. Enquanto estavam participando das atividades no CAPS ad, esses pacientes estavam em situação segura e conhecida, o que já representa uma grande dose de tranqüilidade para as famílias que viviam quase sempre de incertezas e sobressaltos. Mais do que isso: são diversos os casos em que o padrão de ingestão de bebida alcoólica se alterou consideravelmente, havendo casos de abstinência prolongada. Em tais casos, pelo menos até aquele momento, o principal objetivo almejado pelas famílias ao longo dos anos estava sendo atingido.

De forma geral, portanto, é possível dizer que, no conjunto das nove famílias estudadas, as expectativas dos familiares de alcoolistas que aderiram às atividades realizadas pelo CAPS ad como parte da estratégia geral de tratamento do alcoolismo mostraram-se muito positivas. Com o passar do tempo em que o alcoolista continua no tratamento as expectativas vão se fortalecendo, pois nesses casos passa a existir abstenção ou um padrão de beber eventual, sob controle.

Nas famílias estudadas a história de convivência com o alcoolismo era longa, o que sugere que outros fatores, além das estratégias do CAPS ad, podem ter desempenhado algum papel no redesenho da situação de convivência familiar, entre eles a própria idade dos alcoolistas, que já se apresentava em patamar no qual alguns problemas orgânicos decorrentes do consumo abusivo de bebidas alcoólicas

se agravam e reduzem a disponibilidade do indivíduo para as situações de ingestão de bebidas. Isso, entretanto, não invalida o fato de que o CAPS ad contribuiu decisivamente e alterou as perspectivas dos familiares que tinham que lidar com vergonha, violência e desânimo. Houve casos em que o reconhecimento do trabalho do CAPS ad levou filhos dos alcoolistas em tratamento a aderirem ao esquema de tratamento dos próprios pais, por também já apresentarem a mesma condição de consumidor abusivo. Tudo isso sugere que a alternativa que o CAPS ad proporciona deve ser mantida e melhorada, possivelmente ampliando-se a rede de instituições que pode se ocupar do alcoolismo e dos demais problemas que dele decorrem – e que são muitos.

Finalmente, vale destacar que o CAPS ad, por ser um serviço público que necessariamente tem que atuar com transparência e tem que estar integrado à lógica da melhoria das condições de vida de toda a população, aumenta a chance de que a violência e a coerção muitas vezes associadas aos contextos de dependência de álcool e de outras drogas tornem-se mais visíveis socialmente, escapando às interdições das pesadas cortinas com que os segredos familiares são tornados invisíveis.

## 5 - REFERÊNCIAS

- Alvarez, A.M.A. (2007). *Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (3), 188-193.
- Alves, V.A. (2009). *Modelo de Atenção a Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial - CAPSad*. Tese de doutorado, Programa de Pós- Graduação em Saúde da Universidade Federal de Bahia, UFBA.
- Andrade, A.P. (2006). *Estratégias de ação e de justificação adotadas por integrantes de famílias que convivem com um membro alcoolista*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES: Vitória.
- Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: edições 70.
- Beattie, M. (2004). *Co-dependência nunca mais: Pare de controlar os outros e cuide de você mesmo*. Rio de Janeiro: Record.
- Borges, C.D. (2004). *Vida familiar: modelo, consenso e consonância cultural na população de Ribeirão preto*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Ciências e Letras da USP/RP: Ribeirão Preto.
- Brasil - Ministério da Saúde (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil - Ministério da Saúde (2004a). *Álcool e Redução de danos: Uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil - Ministério da Saúde (2004b). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.



Caldas, M.T. (2000). *A família e o alcoolismo*. Revista Symposium (Universidade Católica de Pernambuco), Volume 4, 61-63.

Carlini, E.A.; Galduróz, J.C.F.; Noto A.R. & Nappo S.A. (2002). *1º Levantamento da Saúde Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Brasília: SENAD.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2009). Brasília: Ministério da Saúde.

Deslandes, S.F. (2008). *Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação*. In: Campos R.O; Furtado, J.P; Passos, E; Benevides R. (Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

Duarte, P.C.A.V. (2004). *Redução de danos no Ambiente de trabalho*. In *Brasil - Ministério da Saúde. Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição* (p. 73-83). Brasília.

Edwards, G; Marshall, E.J; Cook, C.C.H. (2005). *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Filizola, C.L.A.; Perón, C.J.; Nascimento, M.M.A.; Pavarini, S.C.I. & Petrilli Filho, J.F. (2006). *Compreendendo o alcoolismo na família*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 10 (4), 660-670.

Flick, U. (2004). *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.

Garcia, M.L.T. (1995). *Relações conjugais e conjugação de conflitos: o cotidiano de mulheres de alcoolistas*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES: Vitória.

Goldenberg, M.D. (1999). *A arte de pesquisar: como fazer qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record.

Gorgulho, M. (2004). *O papel da mídia na promoção do uso responsável de álcool. In Brasil - Ministério da Saúde. Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição* (p. 103-109). Brasília.

Hinde, R.A (1979). *Towards Understanding Relationships*. London: Academic Press.

IBGE. Censo demográfico brasileiro de 2000. Disponível em: [WWW.ibge.gov.br/censo 2000](http://WWW.ibge.gov.br/censo 2000).

Jungerman, F. & Laranjeira, R. (1999). *Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (5), 197-207.

Knight, J.A. (1991). *A família na crise do alcoolismo. In: Gitlow, S.E. (Org.) Alcoolismo: um guia prático de tratamento* (247-268). Porto Alegre: Artes Médicas.

Laranjeira, R. et al. (2003). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira.

Lavall, E.; Olschowsky, L.P. & Kantorski, P. (2009). *Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (2), 198-205.

Lucena, M.G. (2006). *Educação Popular em Saúde: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPB: João Pessoa.

Melo, Z.M.; Caldas, M.T.; Carvalho, M.M.C. & Lima, A.T. (2005). *Família, Álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. Psicologia em Estudo*, 10 (2), 201-208.

Mello, S.L. (2003). *Família: perspectiva teórica e observacional factual*. In: Carvalho, M.C.B. (org). A família contemporânea em debate. São Paulo: EDU/Cortez.

Meyers, R.J. et al. (2002). *Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family member*. The Family Journal: counseling and therapy for couples and families, 10 (3), 281-288.

Minayo, M.C.S. (1994). *A violência social sob a perspectiva da saúde pública*. Cadernos de Saúde Pública, 10 (Suplemento 1), 7-18.

Miranda, F.A.N.; Simpson, C.A.; Azevedo, D.M.; Costa, S.S. (2006). *O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 8 (2), 222-232.

Mylant, M. (2002). *Adolescent children of alcoholics: vulnerable or resilient?* Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 8 (2), 57-63.

Osiatynska, E. (2004). *Álcool e saúde*. In: Brasil - Ministério da Saúde. *Álcool e Redução de danos: Uma abordagem inovadora para países em transição* (p. 37-47). Brasília.

Pena, A.P.S. & Gonçalves, J.R.L. (2010). *Assistência de enfermagem aos familiares cuidadores de alcoolistas*. SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 6 (1), 1-13.

Quigley, M.B. & Leonard, K.E. (2002). *Alcohol and the continuation of marital aggression*. Alcohol – Clinical and Experimental Research, 24 (7), 1003-1010.

Rabelo, A.R.; Mattos, A.A.Q.; Coutinho, D.M. e Pereira, N.N. (2005). *Um Manual para O CAPS: Centro de Atenção Psicossocial*. Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA.

- Ramos, S.P. & Pires, M.A. (1997). *A família alcoólica e seu tratado*. In: Bertolote, G. (Org.). *Alcoolismo Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Richardson, R.J. (1999). *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Sarti, C.A. (2004). *A família como ordem simbólica*. *Psicologia USP*. V.3, n. 15, p. 11-28.
- Souza, J.; Kantorski, L.P.; Gonçalves, S.E.; Mielke, F.B. & Guadalupe, D.B. (2007). *Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios*. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15 (2), 210-217.
- Souza, J. (2004). *Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP. São Paulo.
- Trindade, E.M.V (2007). *Filhos de Baco: adolescência e sofrimento psíquico associado ao alcoolismo paterno*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Brasília.
- Trindade, E.M.V.; Costa, L.F. & Zilli, M.M. (2006). *Filhos de Baco: considerações acerca dos efeitos do alcoolismo na família*. *Revista Comunidade, Ciências e Saúde*, 17 (4), 275-282.
- Ventorini, B; Garcia, A. (2004). *Relacionamento interpessoal: da obra de Robert Hinde à gestão de pessoas*. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 4 (2), 117-143.
- Watt, T.T. (2002). *Marital and Cohabiting Relationships of Adult Children of Alcoholics*. *Journal of Family Issues*, 23 (2), 246-266.
- Zampieri, M.A.J. (2004). *Codependência: O transtorno e a intervenção em rede*. São Paulo: Ágora.

Zanelatto N.A. & Rezende M.M. (2006). *Co-dependência: a função de grupos terapêuticos para esposas de alcoolistas*. Revista Psicólogo Informação, Vol. 9.

Zilberman, M.L. & Blume, S. (2005). *Domestic violence, alcohol and substance abuse*. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, p. S51-S55.

## 6 – APÊNDICES

### Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



*“Concordo em participar da pesquisa abaixo discriminada, nos seguintes termos:*

**Projeto:** Expectativas de familiares de alcoolistas em diferentes estágios de tratamento acerca das intervenções do CAPS ad.

**Responsável:** Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho

**Orientador:** Profº Dr. Paulo Rogério Meira Menandro

**Instituição:** Universidade Federal do Espírito Santo / Universidade Federal do Vale do São Francisco – Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

É do conhecimento de pesquisadores, gestores públicos e de grande parte da sociedade que o alcoolismo é considerado um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, provocando danos, distúrbios e sequelas no usuário e em seus familiares. A presente pesquisa objetiva investigar e analisar as expectativas geradas em mulheres e filhos (as) de alcoolistas a partir das intervenções do CAPS ad.

A pesquisadora realizará com os participantes uma entrevista individual, cujos pontos principais foram previamente definidos em um roteiro de entrevista. As entrevistas serão gravadas, conforme autorização.

As questões objetivam, exclusivamente, responder o problema anteriormente colocado. Os dados coletados deverão ser utilizados somente para fins acadêmicos, ficando arquivados e disponíveis à pesquisadora responsável por um período de 5 anos. Fica assegurado aos participantes o anonimato, o acesso às suas próprias respostas transcritas e ao relatório final da dissertação, ficando assegurada também a possibilidade de desistência a qualquer momento.

A pesquisa a ser desenvolvida, tal como detalhada no projeto, não utilizará procedimentos que apresentam riscos de qualquer natureza para os participantes,

encontrando-se em conformidade com as resoluções 196/96/CNS e 016/2000/CNP, que regulam a ética em pesquisa com seres humanos. Qualquer reclamação ou recurso com relação aos procedimentos da pesquisa poderá ser encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade do Espírito Santo.

Pretende-se divulgar e publicar os resultados da pesquisa em periódicos e outros meios de divulgação científica, e apresentá-los em eventos científicos, visando contribuir com novas análises sobre o tema.

Este Termo será assinado em 02 (duas) vias, uma ficará em posse do pesquisador, e a outra do entrevistado, para que você possa solicitar esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa ou desistir sem nenhuma penalidade.

Caso o entrevistado seja menor de 18 anos, este termo deverá ser assinado pelos pais ou responsável legal.

#### **Identificação do entrevistado**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **Órgão emissor:** \_\_\_\_\_

*Estando assim de acordo, assinam o presente termo de consentimento:*

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Maria de Fátima A.A. carvalho

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2009

Para outros esclarecimentos sobre a pesquisa entrar em contato com a pesquisadora: Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho, tel. 87 88095055.

## Apêndice B - Carta de Anuência



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, Thereza Cristina da Cunha Lima Gama, Coordenadora de Educação em Serviços do convênio instituído entre a Universidade Federal do Vale do São Francisco-UNIVASF e a Secretaria de Saúde do Município de Petrolina/PE, autorizo o desenvolvimento da pesquisa Intitulada "Expectativas de familiares de alcoolistas em diferentes estágios de tratamento acerca das intervenções do CAPS ad" na unidade de saúde do CAPS ad, pela pesquisadora mestranda em Psicologia da UFES, Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho, sob orientação do profº Dr. Paulo Rogério Meira Menandro. A pesquisa não irá proporcionar ônus ao município.

Declaro ainda estar ciente da natureza, dos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Petrolina, 15 de Julho de 2009

  
Drª Thereza Cristina da C. L. Gama  
Coordenadora de Educação em Serviços  
Enfermeira / COREN 45623  
SECSAU-Petrolina-PE

---

Tereza Cristina da Cunha Lima Gama



Apêndice C - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada  
GRUPO INGRESSANTE

1.1 Dados de identificação do entrevistado

1.1 Nome:

1.2 Endereço:

1.3 Idade:

1.4 Escolaridade:

1.5 Profissão/ocupação:

1.6 Religião:

1.8 Estado Civil (Tempo de convivência):

1.7 Nº. de filhos:

1.9 Tempo de tratamento no CAPS ad (marido/pai):

2. Relate o relacionamento da família nesses anos de convivência.

3. Fale o que a incomoda no fato de ter um marido/pai alcoólico.

4. Diga o que você faz para ajudá-lo.

5. Conte como ficou sabendo do CAPS ad

6. Comente como acompanha o tratamento dele no CAPS ad

7. Fale o que gostaria que acontecesse na convivência de vocês agora que ele começou a frequentar o CAPS ad.

Apêndice D - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada  
GRUPO INTERMEDIÁRIO E VETERANO

1.1 Nome:

1.2 Endereço:

1.3 Idade:

1.4 Escolaridade:

1.5 Profissão/ocupação:

1.6 Religião:

1.8 Estado Civil (Tempo de convivência):

1.7 N°. de filhos:

1.9 Tempo de tratamento no CAPS ad (marido/pai):

2. Relate o relacionamento da família nesses anos de convivência

3. Relate a convivência familiar após o tratamento dele no CAPS

4. Conte como ficou sabendo do CAPS ad

5. Relate como acompanha o tratamento dele no CAPS ad

6. Comente o que você acha do CAPS ad.

7. Fale da convivência familiar atual.

## Apêndice E

**Quadro 4: Demonstrativo dos medicamentos utilizados pelos usuários nos grupos ingressante, intermediário e veterano**

USUÁRIO	MEDICAÇÃO / MG	TOMADA / DIÁRIA
<b>GRUPO INGRESSANTE</b>		
1	Fluoxetina 20 Clonazepam 02 Tiamina 30	2 vezes 1 vez 1 vez
2	Prometazina 25 Diazepam 10	1 vez 1 vez
3	Clonazepam 0,5 Tiamina 300	1 vez 1 vez
<b>GRUPO INTERMEDIÁRIO</b>		
1	Fenobarbital 20 Hidroclorotiazida 25 Captopril 25	2 vezes 1 vez 1 vez
2	Fluoxetina 20 Clonazepam 02 Captopril 25 Tiamina 30	1 vez 1 vez 2 vezes 1 vez
3	Fluoxetina 20 Clonazepam 02 Clonazepam 0,5 Captopril 25 Tiamina 30	1 vez 1 vez 2 vezes 2 vezes 2 vezes
<b>GRUPO VETERANO</b>		
1	Carbonato de lítio 300 Diazepam 10 Prometazina 25	2 vezes 2 vezes 1 vez
2	Diazepam 05 Prometazina 25 Hidroclorotiazida 25	2 vezes 1 vez 1 vez
3	Diazepam 10 Fenitoína 100 Carbamazepina 200	1 vez 1 vez 1 vez