

COD. ACERVO: 66415

R 13831182/04

R#13,20

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMACIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO

3494-0734

FAMILIARES DE PACIENTES ALCOOLISTAS:

Percepção e forma de lidar

MANOEL RAMOS COSTA FILHO

Orientadora: VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA

616.861
4872 f
2003
ex. 2

Fortaleza – CEARÁ

2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMACIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO**

MANOEL RAMOS COSTA FILHO

FAMILIARES DE PACIENTES ALCOOLISTAS:

Percepção e forma de lidar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Saúde Comunitária, Linha de Pesquisa Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Violante Augusta Batista Braga

Fortaleza – Ceará

2003

Costa Filho, Manoel Ramos

Familiares de pacientes alcoolistas: percepção e forma de lidar / Manoel Ramos Costa Filho. – Fortaleza, 2003.

132 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde da Comunidade – Mestrado Interinstitucional, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Maranhão, 2003. Dissertação orientada pela Profª Dra. Violante Augusta Batista Braga.

1. Alcoolismo. I. Título.

CDU 616.892

FAMILIARES DE PACIENTES ALCOOLISTAS:

Percepção e forma de lidar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Saúde Comunitária, Linha de Pesquisa Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde.

Data da Aprovação: 27/ 05 / 2003.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira
1º Membro

Elba Gomide Mochel

Prof^a. Dr^a. Elba Gomide Mochel
2º Membro

Prof^a. Dr^a. Sirliane de Souza Paiva
Membro Suplente

FAMILIARES DE PACIENTES ALCOOLISTAS:

Percepção e forma de lidar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Saúde Comunitária, Linha de Pesquisa Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde.

Data da Aprovação: 27/ 05 / 2003.

BANCA EXAMINADORA

**Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga
(Orientadora)**

**Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira
1º Membro**

Elba Gomide Mochel

**Prof^a. Dr^a. Elba Gomide Mochel
2º Membro**

**Prof^a. Dr^a. Sirliane de Souza Paiva
Membro Suplente**

À Deus,

Por me fazer entender que existe um tempo para todo propósito e para toda obra.

À minha esposa, Irenildes,

Pelo amor e dedicação como mulher, sempre presente na construção desta caminhada. Devo muito a você pelo incentivo e ajuda.

Às minhas filhas, Geysa e Gessyane,

Razões maiores da minha vida, que souberam entender a minha ausência e por me fazerem renascer a cada momento.

Aos familiares,

Pessoas importantes deste trabalho cheias de esperança e coragem, os quais contribuíram com tanto prazer para a construção desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais esta jornada.

Ao Sr. São José de Ribamar, por mais uma etapa vencida.

Sou especialmente grato à Profa. Dra. Violante Augusto Batista Braga, minha mestra, pela confiança, apoio e disponibilidade na orientação deste trabalho.

A todos os Profs. e Profas. do Mestrado, pelo saber construído durante nossos encontros.

Às Profas. Dras. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga, Ana Ruth Macedo Monteiro e Maria Josefina da Silva, pelas sugestões quando da qualificação que resultou o presente estudo.

À Diretoria e a Administração do Hospital Nina Rodrigues, pelo apoio e oportunidade que me foi dada no desenvolvimento deste trabalho.

Aos clientes, fator humano indispensável, à elaboração deste trabalho.

Ao Dr. José Agnaldo Fertunes dos Reis, pela confiança, apoio e incentivo, acolhendo-me em seu hospital, onde pude desenvolver parte da minha pesquisa.

Às Profas. Maria Teresa Martins Viveiros e Julia Francisca Saraiva Pinheiro, colegas e amigas, pelo exemplo profissional, pelo carinho e amizade, por estarem sempre dividindo as minhas ansiedades.

Às colegas do mestrado, com quem dividi as alegrias e os percalços do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Ao amigo Paulo Roberto Dumas, com suas contribuições enriquecedoras.

À Profa. de Português Maria de Lourdes Carvalho, pela revisão deste trabalho.

À bibliotecária Darcy de Jesus Moraes Silva, pela atenção e presteza no tratamento do material bibliográfico.

À todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“ Deus meu, em ti confio, não me deixes confundido, nem que os meus inimigos triunfem sobre mim. Na verdade, não serão confundidos os que esperam em ti; confundidos serão os que transgridem sem causa”

RESUMO

Com o intuito de contribuirmos para a compreensão de algumas questões que envolvem o alcoolismo, objetivamos com este estudo analisar o modo como o familiar percebe e lida com o alcoolismo de um de seus membros. O estudo foi realizado com seis familiares de pacientes alcoolista, assistidos pela rede de atenção em saúde mental (Hospital-Dia e CAPS), na cidade de São Luiz – MA. Para coleta de dados realizamos a entrevista, seguindo roteiro semi-estruturado, trabalhando este material através da Análise de Conteúdo (Bardin.1997), aplicando a técnica de análise temática. Os discursos construídos presentificam compreensões diacrônicas sobre o sujeito e sua inserção ao universo da dependência química. A troca simbólica que se dá efeito - grupo familiar pelo “grupo de rua” - aponta para esta distorção, visto que as conturbações nos relacionamentos são permeadas de referências morais e comportamentais. Ao estabelecer o foco da discussão sobre a questão, o grupo familiar direciona toda a complexidade de sua contribuição ao problema para o sujeito dependente, pois, é nele que diretamente são projetadas todas as frustrações e desrealizações do grupo familiar como um todo, acrescidas de toda gama de sentimentos e emoções negativas. A exclusão gera conflitos tão intensos que os discursos sobre a dependência química nos leva a refletir sobre a importância da hospitalização, no sentido de tornar-se um recurso ao problema. Não fica muito longe compreender porque os núcleos familiares direcionam total atenção ao

patrimônio familiar, no sentido de delimitar a extensão do problema. A gravidade deste fato exprime a dissonância entre subjetividade e realidade quando da apreensão de elementos significativos de compreensão sobre a problemática. Obviamente, não só o indivíduo, mas, todo o grupo familiar está envolvido num processo de desidentificação social, não só pela qualidade do estabelecimento de suas relações interpessoais, enquanto grupo familiar, bem como, a capacidade de interagir com os fenômenos sociais. Por fim, verifica-se uma profunda contradição nos discursos, presentificada nas representações que o grupo pesquisado suscita sobre a questão da dependência química, as quais, à princípio, devem ser mais rigorosamente considerada pelas instâncias que se ocupam com a questão. Por mais que se criem estratégias de ação, intervenção e/ou interação ao problema, devemos levar em consideração as circunstâncias culturais e sociais. Embora seja uma consequência um tanto quanto intrínseca, visualizar-se um contexto patológico que de todo não está compreendido e que, por sua vez, necessita precisar com mais ênfase em que momento a dependência química é, de fato, uma entidade patológica: se antes, durante ou após o uso e/ou abuso de substâncias químicas. O nosso estudo se insere no contexto da procura de respostas aos questionamentos da prática diária do lidar com uma clientela específica, bem como, com o confrontar de saberes outros que, de uma certa forma, também buscam suas respostas. Os discursos, as representações e dramatizações, enfim, uma apreensão das subjetividades por nós pesquisadas, demonstra alguns fatores muito significativos: a necessidade, constante, do

profissional de enfermagem psiquiátrica e saúde mental na busca de outros e novos saberes; o repensar da prática do cuidar e de quem cuida; criação de estratégias de atenção que realmente atinjam os objetivos propostos quanto ao desenvolvimento do processo terapêutico; uma abordagem mais criteriosa dos contornos sociais da doença, do doente e, principalmente, do meio familiar e de seu contexto social; metodologias de assistência que designem mais resolutividade quanto ao lidar com o cliente; a apreensão da interdisciplinaridade enquanto construção de um campo na produção do saber.

ABSTRACT

With the purpose of contributing to the understanding of some questions, which involve alcoholism, we aim at analyzing the way a family member perceives and deals with alcoholism of one of his fellow members. This study was conducted with six family members of alcoholic patients, assisted by the mental health care network (Day-Hospital and CAPS), in the city of São Luís (MA). To collect the data, we held the interview, following the outlined schedule, working this material through the Content Analyses (Bardin, 1997), applying the technical thematic analyses. The elaborated speeches present diacritic understanding on the subject and its insertion in the universe of chemical dependence. The symbolic exchange that occurs – family group with the “street group” – points at this distortion, since the disturbances in the relationship are filled with moral and behavioral references. As to establish the focus of the discussion on the question, the family group guides all the complexity of its contribution to the problem to the dependent subject, for it is at him that all the frustrations and desrealizações of the family group as a whole are directly aimed, to which all the negative and emotional feelings are added. Exclusion creates conflicts so intense that the speeches on the chemical dependence make us think about the importance of hospitalization as a solution to the problem. It is not hard to understand that the family group directs complete attention to the family patrimony as a way to limit the extension of the problem. The seriousness of this fact expresses the dissonance between subjectivity and reality at the time of the collecting of significative elements to understand the problem. Obviously, not only the individual, but also the whole family group are involved in the process of social non-identification, not only for the quality of the establishment of his interpersonal

relations as a family group as well as his capacity to interact with the social phenomena. Finally, it is observed a deep contradiction in the speeches presented in the representation, which the surveyed group brings about to the question of chemical dependence, which, at first, must be strickly considered by the instances which deal with the question. Even if we create action strategies, intervention and/or interaction to the problem, we should consider the cultural and social circumstances. Although it is a rather intrinsic consequence, we visualize a pathologic context which is not absolutely understood and that, for its turn, needs to identify with more emphasis in which moment a chemical dependence is actually a pathologic entity: before, during or after use and/or overuse of chemical substances. Our study fits in the context of the search for answers to the questions of daily practice when dealing with specific clients as well as confronting different knowledge, which in a certain way, also searches for answers. The speeches, the representation and dramatization, therefore, an apprehension of subjectivity researched by us, shows some very significative factors: the constant necessity of the mental health and nursing psychiatrist in the search for other and new knowledge; rethinking the practice of caring and of who cares; creation of strategies of caring which really meets the proposed objectives as to the development of the therapeutic process; a more precise approach of the social surroundings of the disease, of the patient, and, especially, of the family group and its social context; methodologies of assistance which provide more resolute as to dealing with the client; the apprehension of interdisciplinary as to the construction of a field in the production of knowledge.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Justificativa	18
1.2 Problema	21
1.3 Objetivos	24
1.3.1 Geral	24
1.3.2 Específicos	24
2 BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE O CONSUMO DE DROGAS PSICOATIVAS PELAS SOCIEDADES	25
2.1 Conceitos e aspectos epidemiológicos e etiopatogenia do consumo de álcool	31
2.2 Conjunturas que levam à drogadição: o processo de dependência	36
2.3 Como entender o alcoolismo	38
2.4 Predisposições ao uso abusivo de álcool	44
2.5 A drogadição e a família	47
2.6 Uma análise socioantropológica sobre a dependência química: algumas considerações	52
2.7 Conceitos e representações sobre o uso e abuso do álcool nas sociedades	58
3 PERCURSO METODOLÓGICO	63
3.1 Tipo de estudo	63
3.2 Local de estudo	63
3.3 Escolha dos sujeitos	65
3.4 Procedimento para coleta de dados	66
3.5 Processo de análise dos dados	68
4. O MODO COMO A FAMÍLIA PERCEBE E LIDA COM O ALCOOLISTA	70
4.1 O perfil sócio epidemiológico dos sujeitos da pesquisa caracterizando os familiares e os alcoolistas	70
4.1.1 Dos familiares	70
4.1.2 Dos usuários	71

4.2	Percepção dos familiares sobre a problemática do alcoolismo	73
4.3	O relacionamento entre o familiar e o alcoolista	74
4.4	A percepção da família sobre as perdas provocadas pela dependência química	79
4.5	O sentimento manifesto pela família em relação ao alcoolista	83
4.6	O lidar do familiar com a questão da dependência	87
4.7	Análise dos temas que emergiram nos discursos dos familiares dos alcoolistas	92
4.7.1	Distinção do episódio da embriagues (ação do álcool) como uma justificativa / mascaramento da alteração de conduta pelo sujeito	94
4.7.2	O foco da discussão do núcleo familiar é sempre a ingestão de substância alcoólica	94
4.7.3	Hospitalização – a solução emergencial do problema	95
4.7.4	O estabelecimento da dualidade patológica entre alcoolista x família	95
4.7.5	Isenção / não comprometimento familiar com a questão	96
4.7.6	Inversão de valores e papéis sociais	97
4.7.7	Ausência de percepção da problemática	98
4.7.8	Patrimônio familiar e códigos morais do grupo familiar	99
4.7.9	Sentimentos depressivos e de não identificação psicossocial	100
4.7.10	O status adquirido pelo indivíduo em função dos conceitos de alcoolista/ drogadito	102
4.7.11	Reinterpretando o conteúdo temático	106
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	120
	APÊNDICES	125

1 INTRODUÇÃO

Este estudo visa apresentar o resultado de uma análise crítica sobre a construção do imaginário social em torno da questão do alcoolismo e conseqüentemente da pessoa do alcoolista a partir das construções subjetivas de familiares que direta ou indiretamente lidam com a questão.

Apresenta-se um breve histórico das drogas, procura-se mostrar como o homem iniciou o uso de substâncias químicas (as drogas), utilizando-se destas nos mais diferentes contextos sociais, na busca pelo prazer ou para o alívio de alguma dor.

Na contextualização, procura-se situar o uso de drogas na sociedade atual. Abordam-se as conjunturas que levam à drogadição e como se efetiva o processo da dependência química.

Sabe-se que, no processo de drogadição, as complicações sociais tornam-se marcantes, principalmente na rede das relações familiares, pois estes passam a exercer o papel de co-dependentes, tal é o grau de envolvimento dos familiares neste contexto, como de outros segmentos da sociedade.

Busca-se, na teoria, esclarecer questões inerentes a toda uma trajetória, com relação ao processo da dependência química, os fatores de riscos e fatores de proteção, as motivações para o uso de drogas.

Por outro lado, busca-se apreender, através do relato dos familiares, as dificuldades que estes encontram em lidar com seus dependentes e usuários de substâncias alcoólicas.

As informações acumuladas a respeito do alcoolismo e suas conseqüências, têm atestado a enorme complexidade que envolve este fenômeno.

Contudo, o reconhecimento do uso do álcool como um problema de Saúde Pública no Brasil, que causa considerável ônus à sociedade, tais como danos à saúde, absenteísmo, incapacidade para o trabalho, atendimento freqüente em prontos socorros, internações hospitalares, perdas de vidas, criminalidade, violência doméstica, e toda uma gama de desajuste familiar e social, nos faz refêns de uma situação complexa que exige uma série de ações que envolvem desde a prevenção até a reabilitação dos acometidos por essa patologia.

Minha aproximação com o problema, que dá origem ao estudo, decorre da consciência despertada desde o início de minhas experiências profissionais enquanto Enfermeiro, lotado num hospital psiquiátrico público (Hospital Nina Rodrigues), desde o ano 1975 até o presente momento. Neste período, pude acompanhar as mudanças preconizadas pela reforma da assistência psiquiátrica vigente e, mais particularmente, com a atenção dada ao problema da dependência química.

O Estado do Maranhão é constituído por 217 municípios sendo que, apenas 45 possuem gestão plena de atenção básica de saúde e, destes, apenas 6 (São Luís, Pedreiras, Imperatriz, Caxias, Pinheiro e Timon), possuem atenção psiquiátrica. Mesmo assim, São Luís por ser a capital, recebe o maior número de usuários desses serviços. No dia-a-dia do hospital, recebemos uma demanda significativa de usuários (aproximadamente 80%) oriundos dos municípios interioranos do Estado. Dentre estes, mais da metade ($\pm 60\%$) são conseqüentes do uso/abuso de substâncias psicoativas.

A realidade sócio-econômica dessa população chama atenção pelo fato de refletir uma desassistência dos setores públicos, embora o Sistema Único de Saúde – SUS -, em seus pressupostos legais, garanta a igualdade e equidade na

assistência. Outro fator é resultante das observações que mantenho, no contato com os familiares de pacientes alcoólatras, sob diferentes situações em clínicas psiquiátricas, enquanto docente supervisor de estágio em Enfermagem Psiquiátrica da Universidade Federal do Maranhão.

Percebo, de maneira crítica, a pouca valorização e, por vezes, até o descaso de seus familiares e sobre o cuidar dos mesmos por profissionais de Saúde Mental. Ao mesmo tempo, noto que exercem sua autoridade enquanto profissionais, não pelo conhecimento mais profundo da situação, mas ao ditarem normas e rotinas que segundo suas visões não devem ser transgredidas o que lhes assegura um pseudocontrole da situação.

Questões como: quem é o sujeito alcoolista ? Como se estabelece a relação do sujeito com a dependência ? Como se dá a relação entre familiar e dependente químico ? Como o familiar lida com esta situação ? Entre outras questões, sempre ficaram em aberto e muito me intrigavam. Por outro lado, em se tratando de uma população pobre, com recursos sócio-econômico escassos, fica em aberto a questão de como e por que meios as questões eminentemente sociais influem tanto no processo que leva à dependência quanto na construção de estratégias de uma possível recuperação do sujeito ?

Temos, portanto, como objeto de estudo a questão da dependência química, mais particularmente o alcoolismo, suas implicações sócio-econômicas e epidemiológicas enquanto questão de saúde pública, e, conseqüentemente o encaminhamento de estratégias que viabilizem um melhor lidar com a questão, por parte dos profissionais que se ocupam com o problema.

A partir destas experiências, faço uma reflexão do meu próprio processo de trabalho, a aproximação que mantenho com os familiares ao assistir os pacientes

criticamente enfermos, em unidades de recuperação. E, sob esta perspectiva, procuro através da pesquisa atender às recomendações de ELSEN (1994, P. 72), quando acentua que: a família funciona como uma unidade básica de saúde para seus membros, o que leva a enfermagem a enfrentar um novo desafio: o de cuidar de quem cuida.

Faz-se um levantamento do uso de drogas pela humanidade, necessário para que haja uma melhor compreensão desta realidade, ou seja, o uso indevido destas substâncias nos mais diferentes contextos sociais.

1.1 Justificativa

O homem aspira a realização de todos os fatores que envolvem sua existência. Acompanhado de desejos, regras e leis contidas numa busca, encontra-se diante de limites, que muitas vezes o impede de tais realizações, resultando em estados de profunda angústia. Impotente diante de impossibilidades, este foge à procura de outros caminhos que o leve a ultrapassar os limites impostos à sua vivência. Começa a ânsia por outras satisfações, por um prazer maior de outros caminhos e pode surgir o encontro com o paraíso artificial prometido pelas drogas psicoativas.

O consumo de drogas tem produzido graves problemas sociais em todo mundo e o álcool é uma dessas substâncias com longa participação na história humana. Campeão invicto nos levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de drogas psicotrópicas, o uso e o abuso do álcool são muito antigos.

Nos últimos anos, algumas organizações nacionais como CEBRID e CONAD, ampliaram seu campo de interesse e passaram a considerar o consumo de drogas lícitas, álcool, tabaco, medicamentos psicoativos e inalantes, também, como um problema psicossocial.

Uma situação preocupante, na questão do uso indevido de drogas no Brasil, é o consumo de substâncias psicoativas cada vez mais precoce por crianças e adolescentes. Pesquisas e estudos epidemiológicos realizados em nosso país indicam que o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas vêm recentemente assumindo uma maior importância no âmbito das escolas. (CEBRID, 1997).

O CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), órgão que se dedica desde 1987 com a realização de levantamentos sobre o uso indevido de drogas, realizou quatro levantamentos sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e ensino médio, em dez capitais brasileiras (Fortaleza, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Belém, Rio de Janeiro, Brasília, Porto Alegre, Recife e Curitiba). Os dados, apresentados no último levantamento realizado, em 1997 (GALDUROZ et al., 1997), com estudantes de 1º. e 2º. graus nas 10 capitais brasileiras, revelam que o uso inicial de drogas é bastante precoce para esses jovens, haja visto que foi constatado que 51,2% deles, com idade entre 10 e 12 anos, já haviam feito uso de álcool em suas vidas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) revelam que o alcoolismo ocupava, no triênio 1995, 1996 e 1997, o quarto lugar no grupo das doenças incapacitantes, tendo os gastos relativos a internações decorrentes ao abuso e dependência do álcool e outras drogas, atingido as cifras de R\$ 310 milhões de reais. Chama atenção a alta prevalência de comorbidade psiquiátrica relacionada à dependência do álcool, apesar da dificuldade de um registro epidemiológico entre internações e tratamentos ambulatoriais por problemas decorrentes de patologias primárias, dos transtornos relacionados ao abuso ou dependência de álcool com sintomas psiquiátricos.

Com base nesses dados e na gravidade da problemática esperamos que o enfermeiro e outros membros da equipe multidisciplinar, possam atuar, junto à família, para que a recuperação do paciente seja mais rápida. Em outras palavras, consideramos que a relevância deste estudo está na contribuição que o mesmo pode trazer, no tocante ao novo modo de assistir, incluindo famílias dentro do contexto terapêutico.

Consideramos, também, importante a pesquisa para os familiares, pela oportunidade que o próprio processo de estudo proporcionou viabilizando a reflexão dos mesmos, através da oportunidade de podermos expressar suas expectativas, contribuindo para o acúmulo de informações na assistência do paciente e que muitas vezes contribui para a desmistificação de um “saber unilateral” por parte da equipe de saúde.

Cabe ressaltar a potencial contribuição dos achados do estudo para o ensino de graduação e pós-graduação, trazendo ao contexto acadêmico reforço ao debate e às propostas de reorientação e complementação da formação do enfermeiro, que atribui ênfase no cuidar do alcoolismo, em detrimento de outros aspectos igualmente importantes. Acreditamos que abrindo novas perspectivas de um pensamento crítico, os achados suscitem outras pesquisas que aprofundem o estudo sobre as famílias como centro da atenção da assistência de enfermagem junto ao paciente alcoólatra. Ressaltamos, ainda, a importância do estudo tendo em vista não termos encontrado outras pesquisas dessa natureza, especificamente no campo da enfermagem psiquiátrica ou de saúde mental.

Assim, ao ressaltarmos a contribuição do presente trabalho, focalizamos a lacuna existente e pensamos contribuir e estimular a realização de novos estudos sobre esta problemática, para que possamos compreender melhor a realidade vivenciada pelo alcoolista e sua família.

1.2 Problema

O ser humano tem dificuldade de perceber quais os perigos que põem sua vida em risco, principalmente com o uso indevido de drogas, no momento que sente que tem de descobrir sua própria identidade.

Geralmente as pessoas buscam nas drogas, a energia, a sensação de alegria, a fuga dos problemas familiares e a capacidade de realizar atividades mais intensas, como por exemplo: maior capacidade profissional, auto-realizações, enfrentamento de situações que requer a imposição do ego, relaxamento de tensões, etc.

Porém, o prazer momentâneo obtido com a droga e a fragilidade própria de uma fase difícil chamada adolescência, não favorece maiores preocupações com os riscos, ou pela própria natureza deste fenômeno psicossocial.

Sob esse enfoque, o uso abusivo de drogas constitui um ethos, uma prática que concerne a um sujeito e/ou a grupos de sujeitos, sendo o usuário de drogas um sujeito e não um objeto de uma prática. O patológico implica em um "pathos" que significa, segundo Canguilhem (1966, p. 76) "sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada". Esta perspectiva vem apontar a dimensão da subjetividade a determinar o que faz sofrer e o que não faz sofrer. Apenas o sujeito pode dizer acerca do que faz sofrer. A proposta de escuta do particular, que faz sofrer cada um dos sujeitos que integram o grupo, tem por objetivo criar condições de resgate de uma ordem rompida ou precária, aquela na qual estamos todos imersos, a ordem da linguagem. Porém, tanto quanto o uso/abuso de drogas concerne a um sujeito e às formas de sua relação com o mundo externo, assim também aponta acerca das formas de relações

que um dado grupo vem estabelecer. Tal circunstância evidencia-se pelo fato de que a família e/ou grupo familiar, representa para o sujeito da drogadito todos os atributos aos quais ele deve romper, já que sua representação se apresenta distorcida da realidade deste mesmo sujeito. No grupo, em meio às semelhanças das histórias de rompimentos, perdas e fracassos, irão pouco a pouco emergindo, também, os detalhes que marcam as diferenças e, a partir daí, a implicação de cada sujeito com sua história. Implicado e comprometido com sua fala abre-se a possibilidade da constituição de uma demanda em nome próprio, formulada pelo próprio sujeito.

Na verdade, o que encontra após a rápida sensação de prazer é a dura realidade de que seus problemas não terminam e que ele terá novamente de usar a droga para obter a mesma sensação de prazer.

Atualmente é muito aceito, entre profissionais e a população geral, a compreensão do uso abusivo de drogas psicoativas, entre elas o álcool, ser considerado uma doença. Encarar tal fenômeno dessa forma exige cuidado para não incorrer em interpretações simplistas, onde o usuário torna-se vítima e a droga um mal a ser combatido. Não é a natureza da droga em si que causará a dependência, como um produto que toma conta da mente e do corpo do indivíduo, escravizando-o, mas, a maneira como é utilizada, a relação estabelecida por esse indivíduo com tal produto.

A nossa preocupação com a percepção do familiar sobre o seu dependente químico, tem por base a importância dessa representação para a relação com o alcoolista e com sua problemática.

Canguilhem (1996, p. 38) destaca a importância do imaginário social:

“Mas, sem dúvida alguma é importante que se tenha em vista que intervêm no processo de formação do imaginário coletivo

manifestações e interesses precisos. Não se pode esquecer que o imaginário social é uma das forças reguladoras da vida coletiva, normatizando condutas e pautando perfis adequados ao sistema [...] O imaginário social se expressa por símbolos, ritos, crenças, discursos e representações alegóricas figurativas [...] O imaginário é, pois, representação, evocação, simulação, sentido e significado, jogo de espelhos onde o verdadeiro e o aparente se mesclam, estranha composição onde a metade visível evoca qualquer coisa de ausente e difícil de perceber. Persegui-lo como objeto de estudo é desvendar um segredo, é buscar um significado oculto, encontrar a chave para desfazer a representação do ser e parecer”.

Com base no exposto, apreender o modo como o familiar percebe e lida com o alcoolista, dada sua importância na relação com o dependente químico, é um dos pontos fundamentais para se ampliar a rede de apoio a estas pessoas, juntando-se esforços em busca de sua recuperação.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral:

- Analisar o modo como o familiar percebe e lida com o alcoolismo de um de seus membros.

1.3.2 Específicos:

- Caracterizar o grupo pesquisado quanto aos aspectos pessoais e sócio-econômicos;
- apreender o modo como o familiar percebe o alcoolismo de um de seus membros;
- identificar o modo como o familiar lida com o alcoolista e sua problemática.

2 BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE O CONSUMO DE DROGAS PSICOATIVAS PELAS SOCIEDADES

O uso de substâncias químicas psicoativas (drogas) acompanha a história da humanidade, bem como o desenvolvimento das sociedades. Desde os primeiros tempos, associou-se seu uso a rituais religiosos, constituindo-se em um fenômeno cultural, inserido nos contextos sociais mais diversos, porém, mantendo características comuns: a busca do prazer ou alívio de sofrimentos psíquicos.

Historicamente, as drogas são tão antigas quanto à humanidade; o consumo destas é uma prática milenar e universal, conforme (SILVA, 1997, p. 233-242), nos mostra em sua obra “SE LIGA! O LIVRO DAS DROGAS” – A linha do tempo Drugstory – 7000 anos de uso e proibição, a nível de informação, desde os Sumérios aos nossos dias, relacionam-se fatos históricos, uso costumes relativos às mais variadas drogas:

- 5000 a. C. Os Sumérios usam ópio, fato sugerido pela existência de um ideograma, transcrito foneticamente como hul, com significado de alegria.
- 2737 a. C. Tratado chinês recomenda Cannabis contra dores reumáticas, menstruais e outros males.
- 1525 Paracelso introduz o láudano, ou tintura de ópio, no fabrico de remédios.
- 1762 O médico inglês Thomas Dover cria um pó sudorífero, para tratar artrite; o pó de Dover de transformaria no mais difundido preparado à base de ópio dos 150 anos seguintes.

- 1841 o médico Jacques Moreau usa maconha para tratar doentes mentais no Bicetre, hospício famoso na França como o Juqueri ou Pinel no nosso país.
- 1868 o americano George Wood, professor de medicina da Universidade da Pensilvânia, autor do pioneiro Tratado sobre Terapêuticas, descreve os efeitos do ópio:

Uma sensação de plenitude é percebida na cabeça, logo seguida por um sentimento universal de delicioso bem-estar e conforto, com uma elevação e expansão de toda a natureza moral e intelectual, o que é, acredito, o mais característico de seus efeitos. Parece fazer do indivíduo, a um tempo, ser humano melhor e mais importante. As alucinações, as imaginações delirantes da intoxicação alcoólica estão, em geral, completamente ausentes. Junto com esta elevação emocional e intelectual, cresce a energia muscular; e a capacidade de agir e suportar a fadiga, é bastante aumentada.

- 1884 Sigmund Freud, criador da psicanálise, após tratar sua depressão com cocaína:

A alegria e durável euforia não diferem em nada da normal euforia da pessoa saudável. Você percebe um aumento no autocontrole e possui mais vitalidade e capacidade para trabalhar. Simplesmente fica mais normal, e é bem difícil acreditar que está sob influência de uma droga.

- 1906 Matéria médica do laboratório Squibb apresenta a heroína como remédio de muito valor, também usado como suave analgésico, e substituto “para combater o hábito da morfina”.
- 1914 médicos americanos afirmam: a maioria dos ataques contra brancos no sul do país é “resultado direto do cérebro negro enlouquecido pela cocaína”.

Sempre existiu o vínculo entre a humanidade e a utilização de drogas. Não existe sociedade sem drogas. O consumo desta pode ser considerado como um importante modelo de como o homem desenvolveu-se. Através de seu estudo é possível concluir sobre a organização de determinada sociedade.

Muitos estudiosos consideram as drogas como sucedâneo da cultura. Nas pesquisas arqueológicas, é comum encontrar-se, junto a objetos, algo que liga certas civilizações ao uso de drogas.

Na realidade, o ser humano sempre tentou modificar suas percepções e sensações, nas cerimônias coletivas, como rituais religiosos, ou festas, objetivando experimentar a transcendência ou até mesmo a confraternização.

O homem sempre utilizou drogas para buscar o prazer ou então o alívio para suas dores. Pode-se tomar como exemplo os opiáceos (morfina), com seu forte poder anestésico, tendo sido muito utilizado medicinalmente.

Segundo Bucher (1989), a semelhança das antigas tribos, propunha uma volta na relação do homem com a natureza, buscava-se auto-suficiência como artesanato e a comida natural, produzida nas próprias comunidades. Esperavam encontrar, nos alucinógenos, a compreensão dos estados superiores da consciência; adotaram-se as práticas milenares do oriente, como a Yoga e o Zen-Budismo, justificando-se transcendente do ser humano, na prática mística, contribuindo para a popularização da figura dos gurus indianos.

No período das guerras mundiais e na guerra do Vietnã, utilizou-se muito este tipo de droga, tanto para sanar as dores dos feridos, quanto para aliviar as tensões e, também como indutor de coragem (os atos dos pilotos suicidas: os Kamikasi). Criou-se desta forma, um “exército de dependentes de drogas”, era a busca do alívio de sofrimentos físicos e psíquicos.

As substâncias químicas psicoativas foram utilizadas de uma maneira ideológica e contestatória durante os anos 60. Pois, mostrou-se, no decorrer do Festival de Woodstock (1969), como sendo a verdadeira liberdade, sob a forma de protesto nas drogas, no amor livre, no som estridente e no caminho da viagem alucinógena. Neste contexto, combateu-se a “desordem” que se instaurou com o movimento (consta que durante o festival as autoridades distribuíram maconha entre os 10 mil jovens que lá se encontravam, por temer maiores problemas com tanta gente reunida), por outro lado, apropriaram-se novos valores, filmes e discos promovendo novos artistas e a moda psicodélica embalados pela mídia: “felicidade é uma calça velha azul e desbotada”. Surgindo as grifes e o ideal do progresso, com o início de novos valores para os jovens.

Como modismo, os tóxicos foram difundidos e usados por intelectuais: poetas, escritores, artistas e até mesmo por cientistas, em experiências pessoais. Esta atitude foi um dos grandes incentivos à propagação do mal, servindo de exemplo negativo à juventude, não estando preparados para tanto, que acabariam por se desorientar.

As transformações ocorridas nos modos de convivência e, por conseqüência, nos modos do homem relacionar-se consigo mesmo e com seus meios naturais e sociais, faz deste um ser que busca satisfação e garantias incessantemente, ao longo de sua vida, às vezes beneficiando seus iguais e, outras, prejudicando.

O isolamento de vários segmentos da sociedade é provocado e reforçado pelo êxodo rural, pela ocupação desordenada dos espaços urbanos, contribuindo-se, desta maneira, para o surgimento de guetos, favelas, comunidades carentes e, toda uma população presa ao anonimato social.

A industrialização trouxe inúmeros benefícios à civilização, ao mesmo tempo, colocou, no mercado, produtos químicos passíveis de uso indevido, como os inalantes ou solventes, os medicamentos psicotrópicos ou poderosas drogas sintéticas.

Os meios de comunicação apregoam o consumismo exacerbado, o que torna imprescindível o ter. A modernidade, na qual ocorre a inversão dos valores, deixa de lado o ser.

A mídia, através das propagandas, cria a fantasia de um acesso fácil, direto a coisas que proporcionam prazer, como se fosse possível alcançá-las sem engajamento pessoal ou trabalho. Apregoa-se, aos quatro cantos do mundo, o prazer individual e imediato, neste final de século e, em nome desta satisfação sem limites, a todo o momento incentivada, estimulada, cria-se a ilusão de “querer é poder”, quem quer, tem. Ao se deparar com seus reais limites, ou com aqueles impostos pelo sistema, muitas vezes o indivíduo acaba por recorrer a tais substâncias, com intuito de obter um reforço dessa ilusão.

Neste contexto, o consumo de drogas tornou-se indiscriminado e o homem levado pelo imediatismo, passa a buscar fora, soluções instantâneas para seus conflitos, como se vivesse num faz-se de conta temporário.

Em busca dessa totalidade ilusória

Qualquer dificuldade é razão para procurar drogas: insônia ou necessidade de ficar acordado, desânimo ou excitação; falta de apetite ou excesso de peso; muita atividade ou falta do que fazer; solidão ou necessidade de pertencer a um grupo. Além da curiosidade, modismo, para sair da rotina, por aventura, busca de prazer, risco, transgressão (MEDEIROS, 1998).

As circunstâncias presentes em determinados contextos sócios econômicos, ir ao encontro da droga pode ter, também, o sentido de matar a fome, diminuir a sensação de abandono. É o caso de adolescentes que vivem nas ruas, subúrbios ou favelas desprezados, marginalizados e sem perspectivas de trabalho ou escolarização.

Atualmente, torna-se mais difícil situar-se e perceber-se no funcionamento social. Nesta realidade, o consumo freqüente de drogas assimila-se a uma prática silenciosa e individual, como um protesto mudo frente a quase impossibilidade de intercâmbio. Apresenta-se como resultado, o dependente. Subtrai-se as trocas existenciais com outras pessoas, buscando cada vez mais estas substâncias como forma de mascarar suas necessidades.

A família, e as transformações sofridas nesta, enquanto instituição, no decorrer dos anos, também tem interferido nas alterações dos padrões de consumo das drogas. Dentro de sua principal função "acolhedora", a família vem dando lugar a conflitos e desentendimentos. Sabe-se da interferência na dinâmica familiar, devido adoção dos novos modelos de família, ocorrendo desta forma disfunções do corpo social. Pode-se considerar uma dessas disfunções com a vinda do homem para as grandes cidades. Emigrando, a família perde os vínculos com a pequena cidade, perdendo desta maneira a sua própria identidade; cada membro passa a ser "mais um" nas grandes cidades, onde não há espaço para a vida e, sim, para os interesses materiais.

Outro ponto observado muitas das vezes é a não possibilidade de readaptação ao seu meio original, como conseqüência do choque psicossocial e cultural e seus impactos negativos nos grupos familiares, gerando uma deturpação e uma alienação no próprio convívio.

2.1 Conceitos e aspectos epidemiológicos e etiopatogenia do consumo de álcool

Os efeitos do uso excessivo da substância alcoólica são conhecidas desde a época bíblica, quando, segundo a tradição, Noé se embriagou com o fruto da vinha. As culturas cristiana, budistas e mulçumanas estigmatizaram depois os efeitos da alcoolização. Os talmutistas, por sua vez, consideravam que um homem se conhecia por “sua bebida, sua bolsa e sua raiva”.

Em meados do século XIX, as conseqüências negativas da alcoolização na vida familiar, o aumento da delinqüência e da miséria estava sendo conhecido, enquanto que, a enfermidade não deixava de ser considerada como uma fraqueza moral e um pecado.

O modelo etiopatogênico do alcoolismo no século XIX era o seguinte: escolha condenável, intoxicação e comportamento perigoso, prejudicial, vergonhoso. Contudo, desde o século XVIII certas teorias psicológicas sugeriam que o beber de maneira excessiva podia ser o resultado de uma adição e não se limitar a uma enfermidade da vontade. O alcoolismo já não seria como um pecado ou um costume, seria como um “hábito patológico” e às vezes inclusive como uma enfermidade. As explicações racionais e científicas iam tomando progressivamente o lugar dos postulados morais, religiosos e foram aplicados ao alcoolismo como a maioria das demais enfermidades.

Alguns anos mais tarde Benjamin Rush nos Estados Unidos e Thomas Trotter na Grã Bretanha (1804) descreveram de forma pertinente o conceito de dependência (TOSCANO JUNIOR, 2001)

Trotter analisou simultaneamente as conseqüências negativas do alcoolismo (o gênio do mal) e a dependência (o hábito patológico), sugerindo que a

enfermidade alcoólica era o resultado da conjunção de ambos os fenômenos. Considerava ainda o alcoolismo como um hábito adquirido da falta de moderação que o sujeito devia deixar (esquecer) ou “destruir” rompendo o princípio de associação entre o estado de ânimo ou inclusive de ânimo ardente e o comportamento de alcoolização. Trotter considerava o alcoolismo ou o hábito de ebriedade como uma autêntica enfermidade mental. Enfatizava o progressivo desenvolvimento da dependência referindo que “nenhum indivíduo se torna bebedor da noite para o dia”.

Benjamin Rush descrevia também o desejo de beber, a perda do controle frente a alcoolização e os sinais matinais de abstinência. Ao igual que Trotter considerava o alcoolismo como uma “enfermidade vergonhosa”. Aos trabalhos de Trotter e Rush surgiram os de Bruhl – Cramer, os quais em 1819 na Alemanha, propôs a queda do álcool, que seria logo descrito como o término da dipsomania. A ebriedade e a embriaguês foram classificadas mais tarde por Esquirol (1845), na série das monomanias.

Na França, no século XIX, se distinguia entre as formas de alcoolismo enumeradas por um anuário estatístico, a “loucura alcoólica” e a “ebriedade pública”. As noções de “bebedor habitual” e de “bebedor impulsivo” assim como a de intoxicação com absinto apareceram nessa época.

Em 1849, o sueco Magnus Huss introduziu o termo alcoolismo como “um conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, em suas esferas psíquicas, sensoriais e motoras que se observa nos sujeitos que durante um período prolongado, tem bebido de maneira continua e excessiva bebida alcoólica”. Os médicos e alienistas do século XIX seguiram descrevendo com ostentação de

detalhes semiológicos e uma preocupação pela classificação, as diferentes formas de ebriedade e de síndromes de abstinência alcoólica.

Kraepelin definiu, em 1883, o alcoolismo como um “transtorno do caráter e uma decadência geral dos apoios e dos estimulantes da ação e do sentido moral”. Para a mesma época os trabalhos anglo-saxônicos se dedicavam a reconhecer um quadro geral da dependência, comum ao alcoolismo, a toxicomania com opiáceos e a ingestão excessiva de cafeína e de nicotina. As noções de fator de sensibilidade genética assim como de vulnerabilidade celular e o cerebral também apareceram nesse momento. Retomando os trabalhos clínicos sobre o alcoolismo e a tendência ao desenvolvimento de asilos para alcoólicos, o movimento pela moderação nos Estados Unidos estigmatizou os efeitos deletérios do álcool proporcionando pela primeira vez o modelo da moderação individual e coletiva como solução aos conflitos sociais e as dificuldades econômicas. Um dos líderes do movimento pela moderação, o general Booth, também fundador do exército de salvação, se negava a fazer a menor distinção entre os consumidores ocasionais e os sujeitos dependentes, e denunciava as “torrentes de álcool que se abatem sobre a sociedade, expondo à tentação e à baixa do serviço militar”.

As preocupações dos adeptos militantes da moderação consistiam em avaliar, de maneira mais precisa possível, as conseqüências e o custo do alcoolismo para a sociedade, antecedendo os trabalhos mais recentes dos economistas da saúde.

Baker em 1896 já descrevia a respeito em sua “economia do alcoolismo”, que o álcool é de maneira direta ou indireta, a causa de mais da metade dos transtornos mentais. Depois dos grandes debates teóricos do século XIX, nos primeiros anos do século XX, presenciaram o regresso da questão do álcool no

âmbito social e político. A luta contra o alcoolismo por então concernia a dois, aos médicos e aos científicos que aos agentes federais encarregados de fazer respeitar a proibição que já pesava nos Estados Unidos em 1919. Mais de 20 anos depois apareceria uma nova dinâmica no estudo do alcoolismo com os trabalhos de Jellinek sobre a adição ao álcool. Este descreveu, em 1952, as fases da adição alcoólica influenciados pelos conceitos propostos pelos Alcoólicos Anônimos. A característica principal, quase patognomônica do alcoolismo era desde essa perspectiva a perda do controle frente a ingestão de álcool.

Jellinek continuou com o conceito da doença alcoolismo, seu empenho de integrar as condutas alcoólicas ao campo das adições. O álcool deixava de ser o elemento central e o bebedor devia apresentar-se por considerar-se dependente, um fator X, uma predisposição individual (chamada também neurose, alergia, balanço hormonal), que o fazia vulnerável à adição alcoólica. A proibição então aparecia inútil, já que a enfermidade alcoólica se devia à adição e não ao tóxico. Para Jellinek, certas alcoolizações podiam ter uma repercussão social negativa (formas alfa e beta), pois só as formas que conservam adição (delta, gama) representavam verdadeiras enfermidades. Assim, pois, para Jellinek o alcoolismo estava constituído principalmente por manifestações psicológicas e biológicas que levaram a uma perda do controle da ingestão de álcool.

Por fim, nos anos setenta do século passado, um grupo de experts da Organização Mundial da Saúde sugeriu empregar o termo alcoolismo ao de Síndrome de Dependência Alcoólica, caracterizado principalmente pela presença de fenômenos de adição e de acostumamento, assim como, por uma compulsão ao álcool. Trabalhos elaborados por Edwards levaram à elaboração de uma noção da Síndrome de Dependência que foi retomada em grande parte pela classificação da

American Psychiatric Association, no DSM IV. Esta destacou ainda mais a importância dos fatores sociais, de conduta, cognitivos e de inclinação. Desta maneira, o discurso e a reflexão sobre a adição alcoólica foram se concretizando como prova do caráter obrigatoriamente multidisciplinar de todos os enfoques atuais do alcoolismo, ponto de encontro de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

2.2 Conjunturas que levam à drogadição: o processo da dependência

As etapas de evolução progressiva no uso indevido de drogas, ou seja, o caminho percorrido para se alcançar a toxicomania/dependência, segundo o autor (SILVA, 1997, p. 26 e 27), passam por momentos que evoluem, dependendo da pré disposição do organismo às drogas, da personalidade do indivíduo, e do meio familiar e social no qual está inserido. Para o mesmo autor, os usuários classificam-se em:

Características de cada tipo de usuário: no primeiro contato, dois minutos, após a ativação da promiscuidade do indivíduo

- a) Experimentador: é aquele que o primeiro contato se dá principalmente, por curiosidade, às vezes incentivado por amigos, para ser aceito no grupo, ou então para quebrar a rotina, sentir sensações novas. Não chega a estabelecer um vínculo com a droga.
- b) Usuário Ocasional: ou uso recreativo é aquele que utiliza a droga quando está disponível e quando o ambiente se faz favorável, não existindo uma procura ativa. O conjunto de equilíbrio que caracteriza uma vida social é mantido.
- c) Uso regular ou uso habitual: é aquele que usa a droga, porém faz o uso desta de uma maneira controlada, porém, ^{eventualmente} se observam alterações no relacionamento efetivo, familiar, social e profissional, sendo a busca da droga sistemática.
- d) Dependente ou toxicômano: é aquele que mantém um vínculo muito primitivo com a droga, vive em função da mesma, todos os seus esforços são para consegui-la.

As etapas não são estanques e se comportam diferentemente no processo e no resultado da vida dos sujeitos. A dependência é algo traiçoeiro, que no começo agrada e depois aprisiona as pessoas. O primeiro contato com a droga, que começou como uma experiência e uma satisfação, tornou-se uma dependência, com problemas e sofrimentos.

Hoje, a dependência química é mundialmente reconhecida como uma doença que acarreta sérios problemas bio-psico-sociais para o indivíduo, sua família e a sociedade. Existem estudos que indicam que de cada dez indivíduos, pelo menos um tem ou desenvolverá algum tipo de dependência química, esta pressupõe a existência de uma pré-disposição onde fatores múltiplos colaboram para o desenvolvimento da mesma.

2.3 Como entender o alcoolismo

O alcoolismo, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), é uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude (PEDRÃO; ALBUQUERQUE, 200)

Trata-se do uso inadequado e contínuo de bebidas alcoólicas, constituindo um dos problemas médico-sociais mais preocupantes da atualidade. Suas conseqüências incluem distúrbios físicos, psíquicos, familiares, sociais e judiciais, comprometendo, portanto, não apenas o indivíduo que bebe, mas, também, a sociedade da qual ele faz parte. A dimensão do problema no Brasil é tão grave como em outros países (FORTES, 1975)

As eventuais diferenças estatísticas de prevalência entre diferentes comunidades ou países, pouco representam em função dos milhões de pessoas que, direta ou indiretamente, estão envolvidas com o problema. Não apenas cientistas de todo o mundo, mas, também, vários setores da sociedade, incluindo organizações de usuários e familiares, empresas, governos e entidades nacionais e internacionais, vêm trabalhando isoladas ou integradamente, em busca de soluções para o alcoolismo e suas conseqüências. Apesar de concentração de esforços, ainda se fazem presentes algumas questões essenciais para que haja a compreensão e manejo do problema, como por exemplo: Trata-se de doença ou sintoma? As alterações de personalidade dos pacientes são prévias ou subseqüentes ao hábito alcoólico? Essas são algumas das questões que tem aguçado as paixões e dividido as opiniões dos estudiosos.

Edwards (1987) referia, em meados do século XX, não existirem evidências do alcoolismo ser uma doença. No entanto, a ausência de um padrão homogêneo, de um curso único, ao contrário do que as pessoas pensavam antes, fazia com que alguns preferissem ver o alcoolismo como uma síndrome e não como uma doença.

Referendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), a dependência do álcool e os problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica denominam-se alcoolismo. Os bebedores excessivos são chamados de alcoolistas, cuja dependência ao álcool chega ao ponto de provocar alterações físicas e mentais, comprometendo a saúde do indivíduo, suas relações familiares, sociais e de trabalho, gerando conflitos e problemas que repercutem em todos os aspectos de sua vida.

Masur (1984) tem a convicção de que o alcoolismo é uma doença na medida em que implica numa situação de dependência tão intensa, levando as pessoas a visíveis prejuízos a nível físico, psíquico e/ou interpessoal e correlaciona a sua existência quando existe a perda da liberdade sobre o ato de beber.

Como já tivemos a oportunidade de referir antes, existe uma diversidade de opiniões sobre o alcoolismo. Observamos a existência de autores que chegam a admitir que os sintomas gerados pela intoxicação crônica do álcool servem de roupagem para esconder ou disfarçar uma personalidade mórbida.

Para Fortes (1975) não haveria, propriamente, alcoolismo primário, sendo os casos relatados como alcoolismo secundário a “algo” subjacente à personalidade do paciente. Entende-se, pelo exposto, que o indivíduo normal nunca se tornaria um alcoolista crônico, necessitando, assim, da existência de um fator ligado a uma personalidade mórbida.

Contrariando esse ponto de vista, Mayer Gross apud Fortes (1975) relata que nem todos os alcoólatras teriam personalidades fortemente predispostas e argumentam que a massa de alcoolistas não provém unicamente deste ou daquele grupo em particular, constituindo-se sempre um grupo muito heterogêneo.

Para Masur (1984), no concernente à causa, não há uma resposta breve, clara e convincente, afirmando, que existem várias tentativas de respostas com vulnerabilidade biológica, vulnerabilidade psicológica e vulnerabilidade social. Isto, partindo da premissa de que todas as pessoas que bebem têm, potencialmente, a possibilidade de se tornarem alcoolistas. A maior ou menor probabilidade vai depender da interação entre os diferentes fatores de vulnerabilidade.

Seixas et al. (1976, p. 74) definem o alcoolismo como:

uma doença crônica, progressiva e fatal caracterizada pela incapacidade de o doente abster-se do álcool, doença essa que leva o paciente a um acontecimento deletério de sua vida psíquica, física e social, o que, na fase inicial, apresenta como sintomas constantes o aumento da tolerância e desconforto na abstinência.

Para estes autores, o alcoolismo tem como única possibilidade de tratamento a abstinência total do álcool, o que os mesmos denominaram de condição de “tudo ou nada”.

Os Alcoólicos Anônimos consideram o alcoolismo como uma doença progressiva, incurável, e são da mesma opinião, no caso, a única maneira de “curar-se” é através da abstinência total do álcool. Com esta finalidade estes usam de métodos simples, cuja unidade de trabalho é a união do grupo (homens e mulheres) compartilhando de suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seus problemas e ajudar as pessoas a se recuperarem do alcoolismo (CASTRO, 2000).

A conclusão tirada é que a causa de boa parte dessas controvérsias pode ser atribuída a dois aspectos que nem sempre tem sido adequadamente considerados. O primeiro deles relaciona-se à definição do que se entende por alcoolismo e o outro decorre da constatação de que o diagnóstico de alcoolismo, seja qual for o critério adotado, está longe de reunir populações homogêneas em relação a outros aspectos que não ao próprio diagnóstico.

Em 1976 o termo alcoolismo recebeu outra denominação “Síndrome de Dependência do Álcool”, proposta por Edwards e Grant (1977), sendo esta utilizada como referencia nosográfica pela Classificação Internacional de Doenças na sua décima revisão (CID-10) e está assim definida pela Organização Mundial da Saúde, em Bertolote (1997, p. 22):

Um conjunto de fenômenos fisiológicos ou comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância (álcool, neste caso), ou de uma classe de substâncias, alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (freqüentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não terem sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidencia de que o retorno ao uso da substancia após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que o que ocorre com indivíduos não dependentes.

Observa-se que com esta nova definição surge a possibilidade de mudanças conceituais de valor nosográfico, onde o tema em alusão ultrapassa os limites estreitos da tradição organicista, principalmente a partir da metade do século XX, surgindo com isso um novo conceito, o de “problemas relacionados com o consumo de álcool”, que de acordo com Bertolote (1997, p. 26) “ampliou o conceito

de alcoolismo, colocando-o numa perspectiva histórica e social". Para este autor, o conceito de problemas relacionados ao consumo de álcool "transcende em muito, o conceito de doença, tal como a maioria dos médicos – bem como os demais profissionais de saúde e os seguidores dos princípios preconizados pelos Alcoólicos Anônimos – o entende" (BERTOLOTE, 1997, p. 27).

A delimitação precisa do conceito de alcoolismo apresenta conseqüências fundamentais para a pesquisa, o tratamento e a política de saúde pública. Há concordância de que o diagnóstico de alcoolismo pressupõe ingestão excessiva de álcool com conseqüências ao nível físico, psíquico e/ou social, tomando por base as classificações mais amplamente empregadas para definir alcoolismo e outras tantas de utilização mais restritas

Para Masur (1988) as classificações costumam discriminar sob diferentes designações, três categorias nosográficas:

- Uso esporádico (social) – onde a ingestão alcoólica raramente acarreta problemas e, quando isso acontece, esses problemas são circunscritos e de fácil superação;
- Abuso (uso problemático) – onde a ingestão de álcool resulta em prejuízos sistemáticos a nível psíquico, orgânico, de relacionamento familiar e/ou sócio-profissional. Representa assim, um agravamento do uso esporádico.
- Uso nocivo – são os casos mais graves e neles se inserem os verdadeiros quadros de alcoolismo.

No caso nocivo pode se dizer que é o álcool que faz uso do indivíduo e não o contrário. A liberdade de escolha em relação ao beber está seriamente

16 neste nível há uma preocupação sobre a validade das classificações.

comprometida, justificando eticamente posturas por vezes mais intervencionistas, mesmo contra a vontade da pessoa.

A discriminação entre o abuso e dependência é plenamente justificada, visto que possibilita uma melhor avaliação de gravidade do quadro clínico, o que tem implicações práticas inequívocas em termos de terapêutica, uma vez que o tratamento é tanto mais eficaz quanto mais precocemente instituído.

2.4 Predisposições ao uso abusivo de álcool

Muitos tipos de pessoas enfrentam problemas com alcoolismo. Algumas delas pertencem a grupos disponentes, também, a outros problemas típicos de sua condição, que somando a fatores predisponentes ao alcoolismo, geram um conjunto de problemas. Em muitos casos, o tratamento deve ser adaptado às circunstâncias específicas desses grupos. Alguns deles têm tido pouco acesso a tratamento e reivindicam mais atenção por parte da sociedade.

O alcoolismo tem sido tradicionalmente encarado como um problema do homem, sendo esta uma visão falsa e incorreta, pois como doença, este mal atinge todas as classes e membros da nossa sociedade. Embora exista um preconceito maior contra a mulher, o uso da bebida em reuniões sociais em geral tem incluído as mulheres alcoólatras. Nesses casos, pelo fato da mulher encontrar-se alcoolizada em uma festa e por algum deslize “dar vexame”, é visto como uma transgressão grave, ao passo que no homem é aceito com naturalidade (SANTOS, 2000)

Um outro fator que chama atenção é que a mulher, ao desafiar as convenções e beber excessivamente, passa a enfrentar a hostilidade de muitas pessoas. Daí a tendência das mulheres alcoólatras, costumeiramente, beberem sozinhas em casa e por conseguinte não encontrarem apoio para ajuda-las a deixar o vício. Há carência de informações e falta de métodos para lidar com as mulheres, haja vista a grande maioria dos programas de tratamento do alcoolismo serem voltados para o homem.

Os adolescentes, como já citados anteriormente, fazem parte de um grande contingente usuário de drogas e encontram uma série de problemas no combate ao alcoolismo. Dentre as dificuldades encontradas são registradas as

dificuldades em se relacionar com os mais velhos, principalmente se estes lhes impõem uma filosofia rígida de abstinência, resultando, com freqüência, em resistência ao tratamento. Com referência às clínicas, estas são adaptadas para trabalhar somente com o indivíduo adulto, por conseguinte recebendo críticas dos pacientes mais jovens. E, finalmente, os programas de prevenção, intervenção e tratamento do alcoólatra devem adequar-se às características de cada diferente grupo social, pois esses grupos vêem o mundo de forma distinta e essa distinção deve necessariamente ser levada em conta nas ações de combate ao alcoolismo.

As crianças, geralmente, são membros de família que já apresentam problemas de alcoolismo, ou elas mesmas se viciaram em álcool e devendo receber uma especial atenção. Como no caso dos adolescentes, a chave do sucesso no tratamento do alcoolismo em criança é o estabelecimento de bons canais de comunicação e vínculos de confiança e afeto.

Nas pessoas idosas, que abusam do álcool, incluem-se duas categorias: os que começam a beber antes de se tornarem idosos e os que se tornaram alcoólatras depois de velhos. O quantitativo de velhos que começa a beber em idade avançada é bem maior em relação aos que já bebiam antes. Isto se deve ao fato de querer uma resposta para seus problemas como solidão, sentimento de inutilidade, saúde precária, baixa auto-estima e às vezes por não aceitarem tratamentos sob controle de medicação. Também nestes casos é importante que o tratamento leve em conta a especificidade desse grupo de pacientes e seus problemas típicos.

Os deficientes – este grupo inclui alcoólatras portadores de uma ou mais deficiências (auditiva, visual, física, etc.). Assim como os mais idosos, incluem duas categorias, aqueles que já bebiam antes de contrair a deficiência ou ainda aqueles

que justificam como uma resposta a isso. Sem dúvida as clínicas já se preparam para um melhor atendimento a esse grupo de indivíduos.

2.5 A drogadição e a família

Ao se falar de drogadição é necessário considerar a questão junto a família, dado o envolvimento que possui neste processo. Está composta pelo pai, a mãe e os filhos, faz parte dos costumes desta instituição social, morar na mesma casa e ser responsável pela educação dos seus filhos.

A finalidade desta, a exemplo das sociedades ditas “civilizadas”, tem como função ser o primeiro agente socializador da criança, constituindo o primeiro e um dos mais importantes pontos de referência que servem para localizar e nortear o indivíduo na sociedade. É no seio desta instituição social que o indivíduo aprende e começa a perceber seus valores e, por conseguinte, a socialização. Considera-se como sendo a primeira referência do homem no mundo em que vive. É nela que o indivíduo irá se espelhar, no desempenho de seus papéis sociais. É o primeiro grupo ao qual ele pertence, no qual elabora-se o primeiro conceito de nós, e se apreende a realidade social.

Conforme afirma Reis (1992, p. 99), em sua obra: Família, Emoção e Ideologia “É na família, mediadora entre o indivíduo e a sociedade, que aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. É a formadora de nossa primeira identidade social”.

Muitos autores consideram, ser na família, independente qual seja “o local onde se desenvolve o aprendizado do primeiro papel social: o de filho” (REIS, 1992, p. 115). Sendo nesse meio que o indivíduo sente-se amado, acolhido ou rejeitado.

Aos poucos, a família enfrenta uma crise, convivendo com o stress, devido as mudanças sociais, não garantindo mais aos seus membros, proteção

quanto ao mundo exterior, até mesmo a relação familiar que está muito marcada pela violência.

Quando ocorre a desestrutura familiar, a manutenção das relações parentais torna-se mais fácil para a criança/adolescente iniciar ou continuar usando drogas, que conferem uma sensação de tranquilidade, àquilo que era triste, complicado, competitivo. Nesta ocasião os laços que já estavam enfraquecidos no seu cotidiano, no seu dia-a-dia, acentuam a ruptura, a quebra dos vínculos e o esfacelamento dos papéis.

A criança solitária cria uma grande confusão diante da desestrutura familiar na qual se encontra, ao sentir-se despojada do maior tesouro que é a companhia dos pais, ou que tenha deficiência nessa companhia. A droga lhe facilita uma solução, mas uma solução letal; porém, ao vazio retorna.

Nota-se, claramente, que a maioria das vezes, a desestrutura familiar é uma constante nas famílias em que existe a dependência química de um de seus membros. Geralmente, desorganizadas a maioria das vezes, devido a ausência do pai, muitas vezes por alcoolismo, abandono, uso de tóxico. Até mesmo devido ausência da mãe por motivo de trabalho. Para auxiliar no orçamento familiar, a mãe obriga-se a ausências cada vez maiores, devido a necessidade desta atividade paralela com seus afazeres diários. Desta forma, altera-se a concepção de família, devido escassez de tempo desta, passa a dividir seu tempo, dispensando atenção para seu filho, para o trabalho e para as atividades domésticas. Pode-se, também, citar a ausência da família, quando ocorre a separação do casal, a presença do padrasto ou madrasta, com ou sem filhos.

Inicia-se, desta maneira, o processo de dificuldades no relacionamento familiar. Este conflito familiar desencadeia um clima de desafeto, rebeldia, na maioria

das vezes a história se repete, o que no passado aconteceu com os pais, está hoje acontecendo com os filhos, como por exemplo as drogas, o alcoolismo.

A sua casa, sua residência deixa de ser o “lar” e a rua passa a ser alternativa de moradia, de convívio com outros adolescentes na mesma situação. Perde-se o vínculo familiar, sendo que a família é considerada o “local” adequado para o desenvolvimento e a convivência da criança e do adolescente, o vínculo afetivo é fundamental para construção da integridade física, moral e psicológica.

Aqui, cabe analisar mais pormenorizadamente, dentro do contexto de nosso estudo, qual seria o significado do conceito família. As abordagens constantes em várias teorias sejam elas sociológicas, antropológicas, psicológicas ou mesmo médicas, aponta-nos como sendo o núcleo onde as forças instintivas do novo membro ou do novo ser a princípio estarão livres a se manifestarem. Por conseguinte o que se observa na maioria dos casos é que nem sempre estas manifestações são realmente aceitas. Isto nos leva a depreender que o conceito de família está de uma certa forma deslocado do conteúdo ao qual lhe dá sustentação.

Ao longo da história humana, com as primeiras manifestações de organização social, os grupos, as comunidades constituíram-se em clãs ou seja, existia um fio condutor que regulamentava normas e condutas o qual era originário do fazer e do viver em comum, sendo um atributo fundamental da cultura.

Esta apreensão nos leva a analisar que o verdadeiro sentido do conceito família referia-se muito mais ao fazer em comum (igual a mim ou familiar). Esta distinção sugere que o conceito de família contemporâneo já se distanciou, em muito, do contexto ao qual lhe deu origem, pois, de a muito observa-se que:

- A. família referindo-se ao contexto de um grupo detentor de posses “feudalismo”;

- B. família significando todas as decisões do grupo delegadas a responsabilidade de um único membro “matriarcal, patriarcal”;
- C. família representando um grupo utilitário do mesmo nome “burguesia”;
- D. família constituída por membros destoante em sua organização funcional “família moderna” (DOLTO, 1999)

Mediante ao exposto, analisando essa construção acima referida percebe-se um processo de não construção dos vínculos, dos códigos que a princípio além de reunir, unificavam membros de uma coletividade familiar, ou seja: os valores culturais.

A modernidade com o advento da tecnologia trouxe a quebra de toda uma construção histórico social adulterando assim a subjetividade dos sujeitos alienando de tal forma as suas representações subjetivas que hoje família torna-se um conceito puramente especulativo.

A criança e o adolescente refletem muito os problemas dos pais, como se fossem uma espécie de mata-borrão da família. Costuma-se, neste contexto, o filho introjetar a forma dos pais lidarem com a vida. Desta forma, encontram-se famílias em que o pai bebe de forma exagerada, a mãe freqüentemente usa calmantes para dormir e o jovem fuma maconha. Todos têm a mesma função: a fuga da realidade. Sabe-se que as crianças carentes e vítimas de maus tratos são as que correm mais riscos de engrossarem as estatísticas de dependência.

A família possui uma grande parcela de responsabilidade, no tocante à drogadição de seus filhos, devido ao excesso de liberdade, conduta excessiva ou falta de uma linha normativa na conduta dos pais.

Em sua maioria, as famílias que passam por este tipo de problema são desagregadas, repressoras ou altamente liberais.

A família do usuário de drogas tende a se colocar na posição de vítima, a acusar as más companhias: o filho é a ovelha negra, o centro do problema. É esse mesmo filho que sustenta a estrutura familiar de uma forma sofredora. Justamente por esse motivo aconselha-se a estender o tratamento também para os familiares, pois esta família também se encontra precisando de ajuda, pois, muitas vezes, por falta de informação e formação, por tabus e até mesmo preconceitos, os pais, em geral não discutem com seus filhos a questão das drogas. Infelizmente, muitos adolescentes não têm o mínimo conhecimento da realidade do mundo das drogas, e muitos aprendem nas ruas, com amigos, e isso não garante que as informações sejam certas.

A família transmite o conhecimento dos valores que a sociedade prescreve, permite ou proíbe, e dos meios aceitos ou rejeitados para a consecução dos objetivos.

2.6 Uma análise sócio-antropológica sobre a dependência química: algumas considerações

Segundo as atuais teorias sociais, a sociedade contemporânea sofre um processo de “desraizamento” de seus valores, motivo pelo qual assistimos ao esfacelamento da estrutura social e, ao crescimento da violência urbana sem precedentes e, em conseqüência, a emergência das mais díspares mazelas sociais: fome, desemprego, ocupação desordenada dos espaços urbanos, miséria, violência, entre tantos outros.

Por outro lado, a (OMS) Organização Mundial da Saúde (2001), denuncia que “entre as 10 (dez) maiores patologias incapacitantes no mundo, 05 (cinco) são psicopatologias severas” e, ainda, alerta para o fato de que o século XXI será de domínio e/ou predominância da depressão.

Tal percepção encontra bases no conceito de “anomia” proposto por Durkheimer em suas teorias sociológicas, bem como, no conceito de “alienação” analisado por Aulagnier (1987).

Estes dois conceitos estão assentados em alguns fenômenos sociais e produzidos ao que consta, a partir de experiências nos sujeitos, oriundas das mudanças na sociedade contemporânea.

Assim, temos: a quebra de códigos e/ou vínculos sociais, a ruptura de valores culturais em função das mudanças e que por si geram uma condição de “individualismo social” sendo que, esta mesma circunstância reflete ainda, a falta e/ou perda da experiência da apropriação do sentido de pertencimento ao grupo social (família, escola, igreja, etc.) e, ainda, ao próprio significado de vida.

A ausência de “identidade”, que tal circunstancia faz emergir, propicia o surgimento de situações conflitivas que a princípio podem ser configuradas como

reativas. Instala-se pois, uma disfunção onde a sensação ou mesmo a vivência do prazer torna-se dissociada da realidade do sujeito.

Como conseqüência, a busca incessante de sentido irá reforçar a angustia em virtude do vazio que está na origem da disfunção. Esta irá traduzir-se então numa conduta social anômica, ou seja, a ausência de uma “nomeação” – eu pertença a; eu faço parte de – e, é dessa forma que podemos constatar o significativo da alienação, ou seja, a ausência de qualquer conflito que cala qualquer contradição. Assim, o outro e sua ideologia passam a ser verdade; aquilo ao qual se deve seguir criteriosamente. Já não sou eu que penso e/ou produzo o conteúdo ideativo do meu próprio pensar, mas, o pensamento do outro toma o lugar do meu próprio sentido e/ou significado de vida ao qual passo a expressar como se fosse a minha verdade. Esta é a face oculta e brutal da alienação. Este fenômeno é ordinariamente verificado em alguns segmentos religiosos, políticos, associativos, etc. É também responsável por uma gama de episódios grotescos ou bizarros, como: suicídios coletivos, genocídios, terrorismo, trabalho escravo, entre tantos outros (AULAGNIER, 1987)

Essa conturbação social e cultural, através dessa disfunção do individualismo social, implica, portanto, na ausência de certos contextos sociais importantes para o ser humano já que sua natureza intrínseca o impulsiona constantemente ao viver em coletividade. O homem é eminentemente um ser gregário, coletivo e comunitário.

Nessa linha de raciocínio, conceitos como: solidariedade, humanismo, fraternidade, companheirismo, respeito, direitos, deveres, cidadania entre outros, perdem necessariamente o sentido dentro da concepção do imaginário social. Daí a grande questão, de que tipo de sociedade se está falando: aquela constituída de

atores (significantes/significados) de suas próprias histórias de vida ou aquela constituída de personagens reificadas pela história que outros inventaram? Em síntese: atores sociais alienados ou grupos sociais alienantes?

As instituições tentam a todo custo, mediante estatísticas (CEBRID, NEAD, 1997), que apresentam o crescimento do uso de substâncias psicoativas (álcool, maconha, etc.), e da violência urbana e suas variantes (doméstica, sexual, etc), criar mecanismos ou estratégias de ação combativa (as políticas públicas) ao alarmante quadro. Entretanto, estas não alcançam os resultados pretendidos. Isto se deve, em parte, ao maciço bombardeamento ideológico dos meios de comunicação de massa, os quais mais reforçam a ansiedade ou angústia do que necessariamente veiculam informações mais verdadeiras.

Ao reforçarem o consumismo, base do capitalismo neo-liberal, criam um ciclo vicioso (e perigoso) em busca de um “prazer” ilusório ao qual muitos anseiam (modernamente chamado de qualidade de vida) mas, entretanto bem poucos usufruem.

A distorção e substituição de valores intrínsecos ao homem (cultura) como uma estratégia de compensação às frustrações geradas da e na própria sociedade, remetem o sujeito a uma permanente e perversa oscilação/flutuação emocional e social. Assim, certas crises existenciais, desvios de conduta, o fenômeno das migrações territoriais forçadas (do campo para a cidade) em busca de uma “melhor qualidade de vida” sugerem a precipitação de uma disfunção do prazer, do ser, do próprio viver.

Ao longo da evolução das sociedades e culturas, os fenômenos históricos, políticos e sociais e seus impactos foram de certa forma adulterando o significado simbólico do uso dessas substâncias, principalmente as alucinógenas

(raízes, cipós, folhas), daí a substituição “forçada” pelo uso do álcool que antes não era utilizado, pois as bebidas consumidas eram de base fermentada e derivadas de grãos.

Algumas populações indígenas, no Nordeste principalmente, vêm apresentando índices alarmantes de alcoolismo, suicídio, entre outros em função da adulteração cultural de seus costumes.

O advento da mecanização industrial, abolindo quase que praticamente a produção artesanal, em consequência ao expansionismo mercantilista internacional (particularmente o inglês), a migração de europeus, principalmente italianos para trabalhar nas indústrias emergentes no país, a reordenação dos espaços urbanos com a entrada de capital estrangeiro, modificando sobremaneira o estilo de vida da sociedade, o reordenamento político das relações sociais, econômicas e culturais, gerando em consequência uma gama de indefinições na população oriundas dessas mesmas mudanças, criou todo um ambiente propício a uma desestruturação do Estado. Desemprego, incertezas e desesperança, conjugados a quebra de certos vínculos e padrões sócio-culturais propiciaram uma ruptura nas relações familiares, sociais, entre outras que contribuíram para a abertura de precedentes para o consumo abusivo de álcool e outras drogas. Esta passagem do artesanal para o industrial, embora tenha significado um grande avanço, por outro lado trouxe a quebra de valores fundamentais para as sociedades vigentes, pois o surgimento do bem capital (moeda) transpôs o significado do Ser para o Ter. O sujeito social já não vale mais pelo que produz, mas sim, e tão somente pelo que consome, funda-se a sociedade capitalista (BALLANDIER, 1997)

Há, aqui uma brutal inversão de valores qualitativos de vida pelo quantitativo, em consonância à aquisição de bens de consumo. A economia faz-se

então da comercialização à base de troca, não de bens por bens, mas por moeda e, sem moeda não sub-existe a própria economia capitalista.

Como significado das relações sociais e interpessoais, a troca simboliza acordos e/ou contratos implícitos ou explícitos. O fenômeno da troca é inerente à vida humana. Fica então evidente que, o sujeito da experiência da anomia e da alienação torna-se um alvo fácil para o aliciamento, tutela ou mesmo adoção por sujeitos e/ou grupos fragilizados, disfuncionais em sua expressividade, marginalizados e marginalizantes socialmente. A ausência de certos costumes gera uma conturbação na vida societária. Quebra-se um ethos significativo cujo preço a pagar é alto demais. E, ainda, conforme Ballandier (1997, p.42), “o contorno sócio-antropológico da questão por sua vez, exige um aprofundamento mais criterioso”. Tal tarefa perpassa por discernir pormenorizadamente, o contexto sócio-cultural, o momento no qual o sujeito está inserido, apreender suas ações e reações nesse mesmo contexto.

Deve-se avaliar a consequência da distorção dos valores culturais, que geram a quebra dos vínculos sociais que modificam o fazer e o viver humano. Cada cultura com base em variáveis previsíveis presentes em sua estrutura, estabelece códigos de conduta, bem como, uma leitura diferenciada a partir dessas mesmas variáveis, para seus membros.

Em muitas culturas específicas, ou subculturas que integram uma totalidade cultural, a questão da diferença não é marcada pelo significado que atribuímos a essa noção. Ela é positivada no sentido de que instaura as regras de convivência social e simbólica entre grupos sociais. As marcas culturais traduzidas em diferenças refletem uma ordenação simbólica de valores sociais que têm força de vida, já que possibilitam a própria existência societária. Assim, o campo da saúde

mental possui ainda como desafio a relativização do sentido que concede ao tema da diferença para que possa investigar e compreender o significado das marcas culturais dos grupos que são objeto de sua intervenção; marcas que muitas vezes podem estar produzindo diferença do tipo hierárquica (indesejável aos nossos olhos), mas que, ao produzi-la engendra, também, a vida desses grupos. Somente a partir dessa compreensão o campo da saúde mental poderá tomar para si a totalidade da tarefa de cuidar da dimensão social daqueles que passam por situações de ruptura.

2.7 Conceitos e representações sobre o uso e abuso do álcool nas sociedades

Se, no início dos tempos e da cultura ocidental, os gregos e romanos cuidavam da questão do “bêbado e da embriaguês” tal fato era direcionado como produto das “bacanais e tributos”, bem como, a primazia de pertencer a nobreza ou aos grandes escalões do governo. Assim, somente aqueles que viviam à margem da sociedade, não se enquadrando aos critérios vigentes da época, eram destinadas “punições”, fossem curar a bebedeira nas prisões ou serem execrados pelas ruas das cidades.

As civilizações e sociedades existentes até o período da revolução francesa mantinham códigos reguladores sobre a questão do alcoolismo que, não explicitavam as suas características patológicas, se bem que, ao condicionarem o indivíduo à certa exclusão, seja por motivos de “não envergonhar” o bom nome da família ou, pelo fato de não possuir família nenhuma nem mesmo um grande nome, já apresentasse um fator corretivo.

No Brasil, o álcool sempre exerceu papel de relevância em certos momentos da sociedade. Historicamente, D. Pedro I trocava barris de cachaça por escravas negras cujas ancas deviam ser fartas e “lustrosas”, na ilha de Villegaignon; hoje ilha das Cobras no Rio de Janeiro. A cachaça, a pinga, e a cana, enfim, sempre exerceu sua influência no imaginário social, principalmente numa sociedade construída com o lamento e a dor do sofrimento escravagista.

Assim, este elemento produtor de risos, de liberdades e comportamentos jocosos, libidinosos e mais ousados, também cede lugar a atitudes de revolta, agressividade, confusos, destoados de orientação em seus conteúdos, consequência do efeito do álcool no sistema nervoso central.

O prazer fulgaz cede lugar a frustração e a depressão, a inquietude, a insônia, a angústia e a compulsividade em busca não só do prazer, mas agora também os sintomas já apresentam características de um ciclo vicioso, a dependência, que obedece a variantes como: sexo, idade, cultura, status socioeconômico, entre outros, para se instalar.

Obviamente, que a dependência prescinde de um certo período de tempo para tornar-se evidente, mas, quando os primeiros sintomas físicos e psíquicos surgem, os sociais já se faziam presentes.

Se, em princípio, alguns sentem “pena” dos pobres caídos nas calçadas, outros desprezam, humilham e chegam às vezes aos maus tratos. Consideram tal circunstância como produto da “sem-vergonhice” como que o sujeito desejasse estar em tal situação.

Até bem pouco tempo, o alcoolista era visto como uma pessoa sem caráter, sem moral e sem vergonha, que não era capaz de cuidar de si, de suas obrigações e responsabilidades. Era ignorado quando em estado de embriaguez ou mesmo rejeitado em seu próprio meio social e familiar.

A figura do alcoólatra sempre trouxe reações de repulsa, de vergonha e, em muitas vezes de raiva e até mesmos atos agressivos. Familiares expulsam seu ente, casais se separam, filhos repudiam pais, etc. Assim, é que a figura do alcoólatra é retratada como um ser repugnante. Isto ainda acontece hoje.

Quando a OMS, definitivamente, colocou o alcoolismo dentro dos parâmetros de doença, houve uma mudança que se pode dizer “radical” quanto ao trato com essas pessoas. Obviamente que os estereótipos não foram totalmente desfeitos, mas a inversão de valores quanto à pessoa do alcoolista mudou significativamente.

Se, por um lado, o mesmo deixou de ser amoral para ser entendido como um doente, inclusive com codificação diagnóstica, o mesmo passou também a tirar um certo proveito dessa situação. Se o status doença ameniza sua condição social em não mais ser “mal tratado”, por outro lado, certos inconvenientes ainda persistem como o próprio estado de embriaguês e suas conseqüências sociais.

Nota-se com que repúdio ainda se trata um alcoólatra, claro que as circunstâncias implicam em avaliar as conseqüências criadas pela ingestão abusiva e/ou indevida de álcool, bem como as mazelas sociais que tais circunstâncias criam para quem ingere como para quem convive.

Nota-se que a sociedade não consegue visualizar alguns aspectos significativos da questão:

- a. se tomamos as adulterações sócio culturais como fio condutor de entendimento sobre a questão, observamos que o sujeito social torna-se um objeto “fragilizado” em face a não lhe serem concedidas condições reais de realização, conforme a própria sociedade e, obviamente a família espera;
- b. os sentimentos negativos manifestos pelo alcoolista, muitas vezes, refletem uma percepção distorcida de sua realidade enquanto ser capaz de concretizar seus planos de vida e ser bem sucedido; há uma via de mão dupla nesta questão: do mesmo modo como a sociedade espera do sujeito respostas positivas às suas exigências, o mesmo espera da sociedade as condições necessárias para tal realização;
- c. a família, por seu turno, simboliza para o sujeito, o micro-universo social que contém enquanto parcela do macro-universo, todas as condições e/ou meios para concretizar suas expectativas, por isso, é

nela e por ela que o alcoolista “despeja” a sua angústia e ao mesmo tempo suas mágoas ou as afoga no consumo de bebida alcoólica;

- d. outro dado importante é que, nesta simbiose alcoolista-família, instala-se uma culpa recíproca não conscientizada por ambos os atores ou seja: enquanto a família culpa o seu membro pelo fracasso (alcoolismo), o mesmo culpa a família pelo não sucesso, sendo que ambos não percebem que apenas refletem um contexto mais amplo do universo social.

Essas contradições são explicitadas nas falas dos entrevistados anteriormente transcritas e permeiam todo o universo social tanto do sujeito alcoolista quanto de seus familiares. Tal análise faz emergir a compreensão de que a família do sujeito alcoolista considera a problemática muito mais como uma falha de conduta própria do e no sujeito e não verdadeiramente como um “estado patológico”.

Estamos aqui, no cerne da questão da educação familiar, enquanto instrumento que possibilite a construção do imaginário social no sujeito, embora seja este instrumento também, produto do imaginário.

Assim, é que Capalbo (1987, p. 135) nos diz:

em si mesma a sensação é desprovida de significado. É o sujeito que dá sentido às coisas, à sua vida, ao seu trabalho, à sua própria existência. Este ato de atribuição de sentido é um dos atos fundamentais da consciência humana [...]. Aplicando-se tal reflexão à educação, pode-se dizer que o ato fundamental da educação é o de possibilitar que o educando assuma e atribua, por si mesmo, sentido à sua existência [...]

Ora, se a educação não consegue atender a essas prerrogativas dentro do contexto familiar, então, neste caso específico, alcoolista-família, podemos estar

diante de uma simbiose patologizante onde o sentimento de impotência e, conseqüentemente sua projeção no outro, serve como mecanismo defensivo a falhas possíveis no desenvolvimento do processo educacional.

Entretanto, estas observações podem motivar a questão de se pensar sobre as falhas do processo educacional; do sujeito que se torna alcoolista por não absorção satisfatória do que lhe foi transmitido; ou a família não transmitiu objetiva e positivamente os seus ensinamentos.

Conforme ainda Capalbo (1987)

os estereótipos sociais produzidos pelo imaginário social, reforçados pelos meios da comunicação de massa e pela educação, tais como o 'índio brasileiro é burro porque não se desenvolveu como o americano', o 'favelado é assaltante', 'todo menino de rua é um pivete', 'o negro é preguiçoso', etc., se colocam para as consciências como expressões e objetos de reflexão. O seu significado, trabalhado pela reflexão, é reforçado em sua cultura e ambiente social, traduzindo preconceitos, visões do mundo, ideologias. Só com o trabalho da consciência crítica, fruto de uma educação crítica, será possível ultrapassar esses objetos imaginários produzidos pelo imaginário social.

Pelo exposto acima, podemos inferir a culpa mas antes localizar e aí sim refletir, sobre o conteúdo do contexto educacional, sobre o sistema de construção do sujeito social. Seria também o fato de construir uma análise mais crítica sobre que tipo de sociedade se quer e qual o papel do sujeito, enquanto ator social, se deseja que ele desempenhe de fato e de direito.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Com o presente estudo, analisar o modo como a família ou responsável percebe e lida com um dos seus membros que faz uso abusivo de álcool. Nos aproximarmos desta realidade, certamente, trouxe contribuições importantes para repensarmos a prática de enfermagem que vem sendo desenvolvida junto a essa clientela.

Durante todo o percurso seguimos os passos que são descritos a seguir.

3.1 Tipo de estudo

Estudo qualitativo de natureza descritivo, que, de acordo com Minayo (1992), é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como elementos inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Para a mesma autora (1993) a pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar, mas, em explicitar os meandros das relações sociais, considerados essenciais, resultados da atividade humana criadora, racional e afetiva, a qual pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum. Tem como foco de atenção aquilo que é específico, particular, visando a compreensão do fenômeno (MARTINS & BICUDO, 1989)

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no Hospital Dia Vida e Liberdade, localizado à rua Armando Vieira da Silva, no Bairro do Apeadouro, cidade de São Luís – Maranhão.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Com o presente estudo, analisar o modo como a família ou responsável percebe e lida com um dos seus membros que faz uso abusivo de álcool. Nos aproximarmos desta realidade, certamente, trouxe contribuições importantes para repensarmos a prática de enfermagem que vem sendo desenvolvida junto a essa clientela.

Durante todo o percurso seguimos os passos que são descritos a seguir.

3.1 Tipo de estudo

Estudo qualitativo de natureza descritivo, que, de acordo com Minayo (1992), é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como elementos inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Para a mesma autora (1993) a pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar, mas, em explicitar os meandros das relações sociais, considerados essenciais, resultados da atividade humana criadora, racional e afetiva, a qual pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum. Tem como foco de atenção aquilo que é específico, particular, visando a compreensão do fenômeno (MARTINS & BICUDO, 1989)

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no Hospital Dia Vida e Liberdade, localizado à rua Armando Vieira da Silva, no Bairro do Apeadouro, cidade de São Luís – Maranhão.

Criado a partir da Portaria do Ministério da Saúde, nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que instituiu a reforma Psiquiátrica e os serviços alternativos de assistência. Como modalidade assistencial de caráter substitutivo, o Hospital Dia atende um número de trinta usuários, de segunda a sexta-feira, no horário das 8:00 às 17:30 horas, distribuindo quatro refeições diárias. Os usuários são assistidos por uma equipe multiprofissional compostas por: médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional e assistente social, além de contar com um corpo administrativo e operacional.

O Hospital Dia desenvolve atividades que objetivam a reabilitação e reinserção do usuário ao meio familiar e social, além de servir como elemento reorientador das ações assistenciais. Também tem a finalidade de reduzir as reincidências clínicas que intensificam as internações de longa permanência que em muitos casos podem ser manejados com técnicas terapêuticas alternativas eficazes.

Por outro lado, o Hospital Dia atende aos usuários que possuem um perfil psicopatológico que possa beneficiar-se de suas atividades e aí, incluem-se preferencialmente os usuários de álcool e/ou drogas, cuja demanda é significativamente grande em torno da procura por este tipo de atendimento. Estes usuários específicos (álcool/drogas), por apresentarem questões sociais relevantes associadas/conjugadas com a própria patologia, usufruem sobre maneira deste tipo de assistência pelo fato de ser prioritário o envolvimento e/ou participação efetiva da família.

Assim, a escolha deste tipo institucional caracteriza uma dupla oportunidade de estudo, a saber:

- A. o próprio usuário no desenvolvimento do processo terapêutico aplicado;

B. a família, enquanto elemento fundamental do processo terapêutico mediante não só ao suporte dado ao usuário bem como, propiciar-se do processo terapêutico para “curar-se”.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em funcionamento na Avenida Getúlio Vargas, nº 2508, bairro de Monte Castelo, São Luís – Maranhão, tem como objetivo evitar as internações psiquiátricas especializadas, diminuir sua reincidência e possibilitar o desenvolvimento de laços sociais essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida, trabalhando com a perspectiva da construção da autonomia e da emancipação do sujeito. O seu atendimento é das 07:30 às 17:30 horas, nos dias úteis, com uma clientela de 120 pacientes, em sua maior parte usuários portadores de transtornos mentais já recuperados, os quais apresentam dificuldades em permanecerem em suas residências.

3.3 Escolha dos sujeitos

Os sujeitos escolhidos para participarem deste estudo foram indivíduos denominados alcoólatras pela psiquiatria clássica, em acompanhamento no Hospital Dia e no Centro de Atenção Psicossocial.

Para o estudo, foi selecionado um grupo composto de 6 familiares ou responsáveis por usuários de substância alcoólica, com mais de 5 anos de uso, que na maioria das vezes, são pessoas que já apresentam serias alterações na personalidade e comprometimento na vida familiar. O trabalho foi desenvolvido com pessoas que aceitaram participar do estudo conforme critérios previamente estabelecidos e em consonância a Resolução nº 196, do Ministério da Saúde, antes relatada.

3.4 Procedimento para coleta de dados

As informações foram obtidas através da técnica de entrevista semi-estruturada, com questões fechadas e abertas, e ainda questões norteadoras versando sobre a temática percepção, uma vez que esta nos permite apreender o significado dado pelos familiares à sua forma de lidar com o seu paciente.

Em um segundo momento, realizei a entrevista individual semi-estruturada e não diretiva, com o intuito de favorecer a livre expressão dos sujeitos e estimular a abordagem da temática em estudo. Para Sabino (1978, p.114) o importante não é definir os limites do que é tratado, nem se restringir a algum tipo de esquema prévio, mas “fazer falar” o entrevistado, de modo a obter um panorama dos problemas mais destacados, dos mecanismos lógicos e mentais do entrevistado, e, dos pontos básicos para ele.

As entrevistas foram gravadas, com autorização, para, em seguida serem transcritas, na íntegra, pelo próprio pesquisador.

Inicialmente pretendíamos entrevistar doze (12) familiares ou responsáveis pelos usuários das duas instituições, no entanto, observamos a repetitividade das respostas na medida em que empregávamos o questionário. A questão da repetitividade é considerada dentro da análise de conteúdo como um instrumento altamente valioso nesse tipo de pesquisa por mostrar certos conteúdos que podem ser utilizados em confrontação a outros estudos sobre o mesmo tema, o que tornaria a pesquisa em questão de caráter mais quantitativo. Dado a natureza do trabalho em questão, optamos por um número menor de entrevistas, já que o caráter do mesmo refere-se ao conteúdo qualitativo. Não tivemos nenhuma dificuldade em abordar os sujeitos, todos foram receptivos e participantes.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2002, e para a realização da mesma utilizamos dois instrumentos: entrevista semi-estruturada e a observação direta.

Para Trivinos (1987) a entrevista semi-estruturada é um instrumento de pesquisa em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido, podendo este sofrer mudanças ou não, estando o pesquisador livre para adaptar suas perguntas a determinada situação. Este documento constou de duas partes, sendo um referente ao perfil profissional do sujeito e a outra às questões norteadoras da pesquisa.

Para complementação da investigação, lançamos mão da observação direta que, de acordo com Marconi & Lakatos (1990, p. 79), “é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade”. Enfatizam, ainda, que a observação não consiste apenas em ver e ouvir, mas também, em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar.

Utilizamos a observação simples que se caracteriza por ser aquela em que o pesquisador permanece alheio ao grupo ou a situação que pretende estudar.

Todas as entrevistas foram gravadas com a prévia autorização dos entrevistados.

Seguimos todos os preceitos éticos previstos na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde sobre questões éticas em pesquisas com seres humanos, tendo o projeto de pesquisa sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão em reunião de 11/04/2002.(Apêndice).

3.5 Processo de análise dos dados

O material obtido, nas entrevistas, foi analisado segundo o método de análise de conteúdo, comumente utilizado em pesquisas qualitativas. De acordo com Bardin (1977, p.42), a análise de conteúdo é aplicável a qualquer comunicação e é definida como:

um conjunto de técnicas das comunicações visando obter, procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Entre as diversas técnicas de análise de conteúdo, optamos pela análise temática, uma vez que é habitualmente empregada nos estudos sobre motivações de opiniões, atitude, valores e crenças (BARDIN, 1977; FRANCO, 1986). Para Minayo (1992), este tipo de análise consiste em descobrir os “núcleos de sentido” contidos nas comunicações, cuja presença ou freqüência tem algum significado.

Dentro desta perspectiva procedemos à uma ordenação cronológica dentro da proposta objetivada pelo processo de pesquisa no sentido de explicitar mais pormenorizadamente o significado das categorias: Percepção, sentimento, lidar e relacionamento, oriundos do contexto familiar do sujeito alcoolista.

Assim, procedemos aos seguintes requisitos:

1. Pré-análise e ordenação dos dados: propusemos os dados coletados à uma leitura de identificação em que se identificam as categorias citadas;

2. Classificação dos dados: a partir da identificação das categorias, procedemos uma separação das falas;
3. Exploração do material: neste aspecto traçamos um perfil das falas no sentido de explicitar o significado das categorias nos discursos;
4. Confrontação dos conteúdos: confrontamos à partir da separação das falas por categoria, os núcleos de sentido à que cada categoria referia;
5. Tratamento dos resultados obtidos: a confrontação apresentou-nos núcleos de sentidos significativos com as categorias embora destoantes nos discursos;
6. Análise e interpretação final: submetemos os resultados dos confrontos ao que qualificamos por reinterpretação do conteúdo temático já que, optamos por essa linha de análise por entender estar mais aplicável do trabalho de pesquisa ora proposto.

4 O MODO COMO A FAMÍLIA PERCEBE E LIDA COM O ALCOOLISTA

Se o alcoolismo é uma patologia, com suas implicações organofisiológicas e conseqüências hereditárias, não cabe aqui questionar a origem, mas antes, reforçar o significativo papel sócio cultural que o imaginário possui na construção do conceito de alcoolista, enquanto estereotipo dos sujeitos. É neste sentido que buscamos compreender as falas dos nossos entrevistados e, é nesta proposição que buscamos aprofundar este estudo sobre o alcoolismo.

Inicialmente, visualizamos o perfil sócio-econômico dos atores sociais, sujeitos deste estudo, passando, em seguida, à análise de conteúdo de suas falas utilizando os pressupostos teórico-metodológicos da Análise de Conteúdo de Bardin (1977).

4.1 O perfil sócio-epidemiológico dos sujeitos da pesquisa caracterizando os familiares e os alcoolistas

4.1.1 Dos familiares

O grupo pesquisado foi constituído por um total de 06 (seis) familiares do sexo feminino, com idades entre os trinta e setenta anos; o grau de parentesco predominante é o de esposa (3), seguindo-se de cunhada (1), irmã (0%) e mãe (2), profissão definida variando entre o nível básico e o médio, funcionária pública (1), costureira (1), auxiliar de enfermagem (1), agente de saúde (1) e doméstica (2). Nesta amostra observamos que a predominância de familiares com nível profissional básico é significativa.

Quanto ao nível de escolaridade do familiar levando-se em consideração a profissão observamos que, (83%) possui 1º grau, (17%) o 2º grau e (0%) não possui 3º grau. Esses dados em princípio nos sugerem que os indivíduos que ocupam os níveis mais inferiores da camada social estão mais afetos às questões da dependência química.

Tal observação é reforçada pelo fato de a renda familiar ficar entre a média de um a quatro salários mínimos, embora pudesse ser maior caso o “provedor” não fosse alcoolista. E, este quadro é ainda agravado pelo fato de ser esse teto financeiro dividido entre vários membros do grupo familiar, geralmente filhos ainda menores de idade, com gastos em alimentação, medicamentos, vestuários e transportes.

4.1.2 Dos usuários

O contingente de usuários tem predomínio do sexo masculino (06 usuários), a idade varia entre 20 a 30 anos (16,6%), 31 a 40 anos (16,6%), 41 a 50 anos (50%), acima de 50 anos (16,6%), o que nos aponta a questão do alto índice de alcoolistas naqueles que pela idade enfrentam alguma problemática no mercado de trabalho ou por motivos outros são levados à saírem do mercado.

Nossa observação se corrobora quando verificamos que (66%) dos usuários entrevistados encontram-se desempregados, enquanto que (17%) estão empregados e (17%) está sem atividade por aposentadoria. Tal apreensão de dados é preocupante visto que (83%) dos usuários são casados e (17%) estão solteiros ou viúvos, o que equivale dizer que há uma distância significativa entre aqueles que estão dentro de um padrão sócio-econômico satisfatório e os que não estão.

Por outro lado, habitam residências próprias de alvenaria, com infraestrutura sanitária adequada as exigências vigentes, dentro da região urbana da capital do estado. Possuem profissão definida variando do nível médio ao superior à saber: motorista (16,5%), engenheiro (16,5%), gerente (16,5%), segurança (34%) e jardineiro (16,5%).

Quanto à escolaridade (49%) possui o 1º grau, (34%) o 2º grau e apenas (17%) o 3º grau completo. Tal dado é sugestivo de que, quanto menos acesso à informação formal e inserção social, maior será o índice de pessoas dependentes ou em situação de risco ao uso abusivo. Neste sentido o que chama a atenção no cruzamento das informações entre familiar informante e usuário alcoolista é significativamente, terem níveis de escolaridade compatíveis à aquisição de informações sobre a problemática, embora estas, não sejam de tanta profundidade. Por sua vez, também, atuarem em certas áreas profissionais que lidam com contextos pertinentes ao alcoolismo e/ou drogadição, situarem-se residencialmente na zona urbana e em residências próprias tendo acesso a bens e serviços mais específicos e atualizados.

Juntos usuários e familiares perfazem (66%) dos que possuem o 1º grau, (25%) o 2º grau e, (9%) o 3º grau completo.

Se o fato de viverem nos centros urbanos já é um indicador significativo, por outro lado, verifica-se em contraste na inversão da pirâmide social visto que, o maior índice recai exatamente naqueles onde o nível de escolaridade é básico, o que, por sua vez, possa ser uma observação relevante quanto ao fenômeno das migrações territoriais forçadas, formações de guetos e/ou bolsões de pobreza, ocupação desordenada do espaço urbano, etc., por verem na capital, a solução de seus sonhos de uma vida melhor e, por não estarem melhor preparados acabam

tornando-se alvos dos mais variados fenômenos e conflitos sociais, sendo um deles a dependência química.

Quanto ao tempo de uso do álcool, este varia entre o mínimo de seis e o máximo de trinta anos de uso, sendo que, (100%) fazem uso diário e em quantidade não especificada e, ainda, (83%) referem uso específico de álcool e, (17%) o uso/dependência cruzada de álcool e outras drogas.

Quanto aos sintomas e/ou reações manifestas mediante o estado de embriagues, (100%) referem os mesmos sintomas variando apenas os níveis de manifestação. As alterações do estado de humor estão presentes em todos os casos com predominância da agressividade exacerbada, além de alucinações audiovisuais e delírios, inquietação, agitação psicomotora, logorréia, instabilidade/(labilidade emocional e ciúmes exacerbados sem fundamento), alterações severas da conduta com episódios anti-sociais.

Estes dados nos levam a pensar a questão de que o alcoolista possui um perfil patológico manifesto sob o efeito do álcool e, cuja intensidade, varia de acordo ao tempo de uso e da quantidade consumida, assim como, aos padrões formadores do meio social em que vive. O que é sugestivo dos múltiplos quadros de psicose alcoólica ainda não de todo cronificados, somados às alterações nas funções organofisiológicas do sujeito dependente (os estados de abstinência)

4.2 Percepção dos familiares sobre a problemática do alcoolismo

Identificar o modo como o familiar percebe e lida com o paciente alcoolista foi o objetivo deste estudo, na busca de uma melhor apreensão do universo que envolve o contexto e as relações do dependente químico. Para esta aproximação,

lançamos mão do conhecimento e da relação que o familiar ou responsável trava com a problemática que envolve um dos seus parentes, com o qual mantém relações estreitas e efetua trocas afetivas cotidianas.

A seguir, será trabalhado cada um dos aspectos abordados, utilizando-se dos discursos dos pesquisados para realizarmos a análise de todo o material produzido nas entrevistas.

4.3 O relacionamento entre o familiar e o alcoolista

Tratamos de aspectos relacionados ao estabelecimento das relações interpessoais do entrevistado com o problema alcoolismo e com o sujeito (o usuário alcoolista). Aqui, particularmente, pretendo compreender como este relacionamento se efetiva, visto que, a questão do alcoolismo faz emergir situações inusitadas que implicam, fundamentalmente, no estabelecimento de condutas de enfrentamento que nem sempre são percebidas pelo familiar e que ao mesmo tempo, em alguns casos, reflete o nível de comprometimento do familiar com a questão. Assim é que, nesta circunstância, a fala dos entrevistados reflete um descontentamento quanto a pessoa do alcoolista. Este sentimento origina-se das mágoas, rancores, traumas de uma experiência até então impensada.

Embora em alguns momentos um ou outro entrevistado (a) se refira, a “poucos bons momentos”, em geral, a maioria de suas preocupações focaliza-se em torno do estado de embriaguez propriamente dito e, implicitamente, com as alterações de conduta e/ou comportamento “indesejável” que o mesmo produz.

Nota-se, também, uma importância diante da situação, por parte do familiar. As reações repentinas, violentas e/ou agressivas que chegam até as

ameaças verbais e físicas de morte, são fortemente fixadas pelo familiar que passa a manifestar um comportamento ambíguo, variando da “compaixão ao medo fóbico”.

Observamos que o familiar não consegue ou não pode, a princípio, visualizar o grau de desorganização psíquica e emocional do sujeito alcoolista. A ingestão de bebida alcoólica é apontada como a “causadora” das alterações manifestas, como que o sujeito fora do estado de embriaguez fosse perfeitamente normal.

É de se notar que os entrevistados não apreendem o fato de que, a ingestão de bebida alcoólica apenas realça toda uma gama de sentimentos e percepções já distorcidas da realidade que, por força dos condicionamentos sociais, não são ou não podem ser expressos livremente. A não ser pela ingestão alcoólica, tal verificação só será possível em episódios de surtos neuróticos ou psicóticos, onde o afrouxamento dos mecanismos de conduta pode ser observado.

Embora os entrevistados percebam, a grosso modo, mudanças significativas em suas condutas para com o sujeito alcoolista, equivale a verificar, o grau de envolvimento que esses familiares apresentam não propriamente com o alcoolista mas, com a doença mesmo, já que, o afetamento à que estão expostos pela situação, também provoca rupturas psíquicas e emocionais.

Há toda uma desorganização na vida deste familiar em face a sucessão de situações não passíveis de “controle” e que, de certa forma, traumatizam o familiar sob vários aspectos, tais como: psicoemocional, social, econômico, interpessoal, etc. A repulsa resultante das condutas anti-sociais manifestas pelo alcoolista, acrescida das circunstâncias emocionais nas quais o familiar se vê envolvido, impede a visualização da morbidade a qual, só será reconhecida, quando as alterações físicas e, o comprometimento orgânico, chegar ao ponto crítico da

hospitalização e, as implicações sócio-econômicas já comprometerem de sobremaneira a própria sobrevivência do sujeito e da família. É, neste momento que a família do alcoolista se dá conta da gravidade do problema diante de si.

Outro fator significativo, observado nas falas dos entrevistados, é que presentemente, há uma demarcação subjetiva do espaço situacional, quanto a problemática do alcoolismo pelos familiares. Esta demarcação situa três períodos distintos, a saber: o antes do beber, o estado de embriaguez propriamente dito e, o após, quando cessam os efeitos agudos da ingestão do álcool e que também é verificado em outros casos de uso abusivo de drogas.

Estes limites tornam-se mais presentes e angustiantes e, conseqüentemente, traumatizantes à medida que a situação vai se agravando, pelos sentimentos que evocam e reforçam com freqüência.

Os conflitos presentes nas inter-relações entre o familiar e o alcoolista são expressas nas falas abaixo:

"[...] eu posso dizer que existe dois tipos de relacionamento, um relacionamento vamos dizer ele não está é [...] vamos dizer drogado [...] agora quando ele está drogado as poucas vezes em que eu já vi que foram poucas vezes." (E1).

"[...] ele não ficava mais bom, ele saía de manhã depois das nove e aí chegava aqui as 12 ou 1 hora e já vinha bêbado [...] quando as vezes ele acordava 2 horas da manhã eu dizia vai tomar banho, tu não banhou e ele teimava que já tinha banhado e era aquele cheiro horrível de bebida, não dava [...] Ó meu pai!" (E2).

"[...] quando ele não está bebendo é um bom relacionamento, agora quando passa a beber se torna uma pessoa desorientada, ele implica com as pessoas, passa a cobrar ciúmes, tira as vestes e não tem conhecimento, isto implica em a pessoa ficar nervosa." [...] eu perco a cabeça muito fácil porque ele fica muito impossível, perde a

postura. [...] Quando ele começa a beber eu já fico com o sistema nervoso abalado.” (E3).

“[...] o nosso relacionamento entre marido e mulher é assim: a gente chega e dorme no quarto separado, ele dorme no quarto dele, em primeiro lugar porque ele tentou me matar e confessou pra mim que muitas vezes ele pensou em me matar, quando eu chegava no quarto era aquelas faquinhas de serra debaixo da cama, debaixo do colchão e por todo lugar tinha arma [...] sinceramente acabou, acabou mesmo aquele prazer da gente dormir junto porque eu durmo no quarto com minhas filhas, até mesmo como uma precaução com a minha vida.” (E4).

Nas falas dos entrevistados, verifica-se situações ambivalentes quanto às condutas dos mesmos, o que, muitas das vezes, pode parecer equívocos em enunciar suas sensações e emoções nas inter-relações com o usuário. Essa delimitação que se constrói, a partir das vivências com o alcoolismo, reflete, por um lado, aquilo que a família presencia e experiencia enquanto relação familiar ou grupal. Entretanto, essa mesma circunstância, obnubila a percepção sobre a situação em sua necessária profundidade, gerando conflitos de difícil manejo psicoemocional e social entre alcoolista, familiares e o meio social, visto ser muito comum a não aceitação do alcoolismo como uma doença.

Merece destaque a diferença observada nas falas quanto ao relacionamento entre o alcoolista e a esposa e entre esse e entre esse e a mãe. Na relação com a segunda, observa-se maior condescendência e compreensão, além de uma resposta menos agressiva por parte do dependente químico.

“[...] não, ele não muda, assim, quando ele está tomado, ele não muda o comportamento em falar com a gente; ele fica é mais arrojado e todo vermelho. Nessa hora eu acho que a gente tem é

que saber aprender a lidar, porque ele busca o apoio na gente e se agente não souber dar o apoio que ele está esperando a pessoa piora.” (E3)

“[aqui, comigo, ele mudou muito pouco. Ele mudou mesmo foi lá no Acre. Aqui, quando ele chega, ele vai deitar, ninguém chama nem para comer, porque ele quando está assim, não come. Era só se sentir pesado, imediatamente ele procurava cama. Agora, com a família dele, não! Lá é diferente. Mas, também, a família dele é da pá virada. Também a mulher dele perturbava muito ele, quando ele estava bêbado era desprezado.” (E5)

Para a maioria das pessoas, as condutas manifestas pelo estado de embriaguez são conseqüências da “quantidade de bebida ingerida”, o tipo de bebida consumida, a situação motivadora da ingestão, e por fim, “sem a bebida ele/ela é outra pessoa”. Esse jargão popular define claramente que, as causas principais das alterações, situam-se fora do sujeito e, principalmente, do seu ambiente familiar. Como que houvesse uma “exortação do mal”, que não pertence ao sujeito, mas, ou então, à situações de ordem espiritual (feitiços, perturbações, encostos e/ou possessões, etc.). Assim é que os relacionamentos são constituídos (quando surgem os múltiplos fatores da doença) a partir de percepções distorcidas e/ou confusas da realidade, mas que, por um processo demarcatório, vai de certa forma, mascarando a doença, que só se fará aceita e compreendida quando todos os artifícios e/ou argumentos estiverem sido esgotados.

A severidade destes aspectos baseia-se no fato de que, quando a percepção do problema se torna mais clara, os contextos sociais, econômicos, familiares estão altamente comprometidos quanto os aspectos organofisiológicos e

psicoemocionais que já se encontram significativamente danificados e, em certos casos, comprometendo a vida dos sujeitos.

4.4 A percepção da família sobre as perdas provocadas pela dependência química

Esta é uma circunstância significativamente importante sobre a questão do alcoolismo e da drogadição. Isto porque, reflete por um lado, o grau de comprometimento do grupo familiar com relação ao sujeito da dependência e, por outro, a inversão de valores e papéis sociais que a questão faz emergir e ainda, a profundidade da distorção perceptual da família sobre a realidade vivida pelo sujeito.

A questão implica na construção subjetiva dos papéis sociais que culturalmente são repassados aos membros do grupo. As circunstâncias de ruptura dos vínculos sociais mediante a adulteração dos papéis dentro do contexto societário, viabilizadas pela manifestação dos sintomas, remete o grupo familiar em um primeiro momento, a criar estratégias de compensação e justificativas para ao menos minimizar o problema.

A princípio, mesmo que algumas diretrizes surjam, mesmo que deliberadamente por força das circunstâncias, a família não consegue apreender a natureza das alterações de conduta e/ou comportamento, como sendo já uma prenúncia do fato patológico. Tal visão sempre recai no uso, tipo e quantidade de substância ingerida e, isso é bastante explicitado nas falas dos entrevistados.

Deixemos que os discursos dos entrevistados falem por si mesmos:

"[...] a partir do momento em que ele saía com horário para voltar e não retornava naquele horário e quando chegava em casa ele chegava assim totalmente diferente é [...] começou ontem, mas os primeiros sintomas vamos dizer que eu percebi da droga nele foi logo assim de violência verbal comigo, com os irmãos, tanto é que logo vimos que ele estava se tornando em dependente mesmo". (E1).

"[...] o que eu associo esse sofrimento do meu filho que foi o início dele nas drogas foi a grande decepção que ele teve no quartel, quando completou 18 anos, que foi até às últimas provas e que no dia de receber a farda, por usar brincos e ter a orelha furada, foi rejeitado segundo o argumento deles lá". (E1).

"[...] porque ele era um dos filhos que eu levava nas lojas, né ? nos shoppings, para comprar as roupas dele e era uma coisa que ele me pedia, as coisas de marca. Sempre trabalhei, meu dinheiro foi pouco sempre, né ? mas sempre dele, então as roupas dos meus filhos né ?, sempre foram compradas em lojas de marcas, tanto é que não conheço mas eles conhecem [...] ele deixou de valorizar uma coisa que ele valorizava muito, que era andar bem calçado, só usava tênis de marca, camisa, calça, ele me falava as marcas eu ia lá comprar pra ele". (E1).

"[...] quando ele começou com as agressões, ele se transformou, ele via as coisas, ele insultava os vizinhos e daí há menos de cinco minutos ele parecia outra pessoa". (E2).

"[...] eu acho que é de família dele, porque ele tem um tio que morreu pelo alcoolismo, ficou louco. O pai dele eu não conheço, eu não sei se o pai dele bebe, mas a mãe dele bebia, o pai adotivo bebia, a família e os filhos mais velhos [...] o pai que ele considerava era o padrasto dele, e agora o pai dele acho que soube que ele está nessa clínica e a irmã da mãe dele ligou que o pai dele é pastor da igreja em Caxias e quer muito falar com ele". (E2).

"[...] a falta de emprego, porque ele trabalhava na CAEMA e quando a governadora entrou teve um corte no pessoal e ele foi um dos que saiu aí já com 40 e poucos anos, começou a levar currículo pra cá e

pra lá e nunca foi chamado, a situação foi ficando difícil e isso eu acho que foi o motivo”. (E2).

“[...] nos primeiros dias em que ele chegou a nossa casa e nesse mesmo dia ainda a noite ele ainda bebeu e a partir do outro dia pela manhã a gente começou a perceber que amanhecia e quando ele acordava a gente notava que estava assim meio inquieto, ele tomava o café e saía, quando chegava a gente notava que ele vinha outra pessoa, ficava muito arrojado, a cor dele mudava e aí percebemos que não estava bem”. (E3).

“[...] eu acho assim, que ele destruiu o que ele conseguiu, ele destruiu o que ele tinha com o álcool, porque a pessoa bebe, vai pegando o que tem, vai gastando e não sabe as vezes lidar com o que tem, vai gastando tudo sem saber como, pois ele é incapaz de lidar com seus próprios negócios”. (E3).

“[...] porque ele passou a ter uma ciúmeira chegando a implicar até com os próprios parentes [...] desde quando eu o conheci ele já bebia, ele diz ter começado desde os 15 anos, só que ele bebia socialmente, controlado e de uns tempos pra cá ele piorou, as vezes deixa a cachaça em cima do móvel, dorme e quando acorda vai beber novamente. As vezes ele não sabe nem onde coloca e depois fica brigando, onde está a garrafa que eu deixei aqui ?”. (E4).

“[...] mudou sim porque eu era uma pessoa muito tranqüila e ultimamente eu tenho sido uma pessoa muito valente, como eu já disse pra ele, se tu começares de novo a beber tu vais ficar só [...] a gente vai esgotando. Não dá pra viver assim”. (E4).

“[...] no momento em que ele começou a não trabalhar mais, chegar em casa bagunçando as coisas, minhas coisas viviam todas trancadas porque ele estava roubando, até mesmo roupas ele chegou a roubar para trocar por bebida”. (E5).

“[...] ele sempre alega que é problema de família mais eu acho que não foi assim, na minha maneira de pensar ele foi usando, usando e se tornando dependente e ai ele viu que [...] ele é muito invejoso [...]

assim em relação ao meu trabalho incomoda o meu trabalho pra ele”.
(E5)

“[...] mudou com certeza e mudou para o pior, porque a pessoa que perdeu o gosto de viver, o gosto de trabalhar, o gosto pela vida é uma pessoa acabada. O álcool acabou com a vida dele”. (E5).

Assim, observa-se que, as manifestações dos sintomas são os primeiros elementos que irão despertar algum tipo de sentido sobre a realidade da doença. De outra maneira, só haverá algum tipo de reação quando os problemas sócios econômicos se fizerem presentes de tal forma que para não se chegar a ponto de qualificar o sujeito dependente como um “marginal” (o que em alguns casos acontece), a família então irá procurar os recursos médicos. Não porque observa uma patologia que deva ser tratada, mas sim, em função do “patrimônio familiar” que está sendo dilapidado, “jogado ao vento”, ainda mais que, é explícito a indignação de ser um ente familiar próximo a criar tal situação.

Já num segundo momento, torna-se preocupante a questão da desinformação que os grupos familiares estão afetos. Em alguns relatos, observa-se uma inversão de valores sociais que poderia ser evitada se, o grupo e/ou o familiar diretamente envolvido na questão, se permitisse abordar a problemática, de uma forma mais direta.

Assim, observamos que, a qualidade perceptual da família sobre o sujeito e a questão da dependência química, torna-se diacrônica com relação à experiência vivida. Isto porque, em momento algum, as alterações são apreendidas como que resultantes de algo que deva ser investigado.

O que a família compreende, de fato, é a não obediência as regras impostas. Somente quando o limite de suportação da situação se esgota e, conseqüentemente, quando os problemas socioeconômicos afloram e o grupo familiar se percebe numa circunstância muitíssimo vexatória, aí, é que se inicia um processo externo ao grupo, de busca de “ajuda” para o sujeito “doente” que, ao mesmo tempo, possa resguardar a integridade moral e, principalmente econômica, da família.

4.5 O sentimento manifesto pela família em relação ao alcoolista

Ao se trabalhar uma questão tão complexa quanto o alcoolismo, encontramos uma diversidade de situações que, se por um lado, tentam dar sentido à realidade vivida por outro, pretendem minimizar a “dor”, o “sofrimento”, do(s) familiar(es) em relação ao sujeito dependente. Em alguns discursos depreende-se que as sensações vividas referem-se muito mais as ações propriamente ditas do “doente” para com o patrimônio familiar e para com a integridade física e moral da família.

A divergência de aceitação entre o sujeito dependente do álcool e/ou da droga pesada, no caso, refere-se mais ao contexto marginalizante ou não, ao qual o mesmo remete e/ou configura para o sujeito dependente e conseqüentemente, os seus familiares.

Os sentimentos dos familiares são expressos nas falas abaixo:

“[...] olha, eu posso lhe dizer e pra qualquer pessoa que eu já me senti bem pior, essa é a verdade. Quando eu tive a primeira

decepção com o pai que era, e é portador da doença chamada alcoolismo e que não era muito diferente do comportamento dele, pelo contrário me agredia muito, mas esse era somente álcool segundo o que ele me dizia, agora hoje em relação ao meu filho eu acredito que amadureci muito dentro de uma programação que eu faço porque eu já sofro tanto com o meu filho como eu sofri com o marido, só que o sofrimento com o meu filho é diferente”. (E1).

“[...] eu tenho de início [...] aquilo é como se fosse uma espada dentro de meu coração porque não é fácil mesmo é como se fosse assim uma facada mesmo, né?”. (E1).

“[...] é uma coisa muito estranha, a começar porque quando ele bebe as coisas se tornam difíceis entre nós mesmos porque não posso trabalhar e ele não se preocupa mais com as contas, quando ele chegava aqui a luz estava cortada então tudo estava muito bem”. (E2).

“[...] antes de ir para a igreja eu dizia uma coisa e ele dizia outra e gerava uma grande confusão [...] ele trancava a porta e eu sempre tinha minha chave guardada porque uma vez ele me trancou na rua e quando eu cheguei ele dizia vai embora que isso aqui é meu, não tem nada mais teu”. (E2).

“[...] pra mim foi uma coisa muito ruim, assim [...] transformou a vida dele, não tive mais paz, não tive mais carinho, foi uma coisa muito difícil, no caso ele perdeu toda dignidade de um homem né ? e a gente fica também doente com aquela pessoa”. (E2).

“[...] é triste porque acho assim que a pessoa deve aprender a viver a vida e não se destruir, eu acho triste uma pessoa nova com tanta coisa boa pra viver na vida e se destruindo com o álcool que não traz benefício nenhum, só faz é piorar a cada dia em tudo, fisicamente, intelectualmente, vai destruindo a pessoa”. (E3).

“[...] deixa a gente assim [...] a pessoa assim triste de ver a outra sem saber viver a vida, ta se destruindo, tanta coisa que a pessoa tem pra viver em vez de servir a Deus, procurar alguma coisa que lhes dê proveito e vai procurar bebida que só lhes traz destruição”. (E3).

"[...] isso pra nós, não só eu como nossos filhos é uma derrota, eu já não agüento mais". (E4).

"[...] a gente fica esperando que não aconteça o pior, porque ultimamente ele bebe e fica muito agressivo, por duas vezes ele já se botou pra me furar com uma faca e o meu filho se atravessou no meio para me livrar". (E4).

"[...] eu nem sei lhe dizer porque se é um erro vem de muito tempo e na família dele todo mundo bebe. É avô, bisavô [...]" (E4).

"[...] eu sou uma pessoa triste porisso, muito mesmo, por ver meu filho ficar assim. Os outros tomam cerveja mas são controlados e esse não". (E5).

"[...] eu não digo nada, até mesmo porque eu tenho pressão alta e o coração grande, eu tomo remédio todo o dia, aí eu pego e vou me deitar". (E5).

"[...] eu não gosto de quem bebe, eu tenho um nervoso desesperado, então eu passo mal, eu não encosto nem perto, ainda bem que tem os outros que tomam conta dele". (E5).

"[...] eu me sinto muito triste porque ter um marido porque na realidade não era essa a vida que eu queria pra ele, sabe eu fico muito triste em ver ele nessa situação, ele chegou a cair na rua, ele saía de casa caía nas calçadas, a gente mandava atrás aí ele chegava em casa de moto-taxi com a cabeça quebrada e muitas vezes espancado, parecendo um louco, ele virou um louco". (E6).

"[...] quando ele chegava em casa eu dava logo um jeito de colocar a comida dele. Eu tinha muito medo dele, muito medo. Ele chegava e eu dizia pra ele tomar banho, ele tomava banho, comia e ia logo se deitar. Eu nunca provoquei ele, nunca, nunca, nunca. Pelo contrário quando ele chegava brigando, quebrando as coisas eu pedia para os meus filhos ter muita paciência porque eu tinha muito medo assim de ver aquilo [...] é muito feio aquela situação que a gente estava vivendo, teve dia que ele tentou matar meu filho, chamaram a polícia mais eu não deixei a polícia levar ele, a própria mãe dele dizia chama

a polícia, eu disse não, isso é muito feio, a gente tem é que procurar ajudar, procurar evitar porque é muito triste a situação vivida com essa pessoa". (E6).

A visão de alteridade para com o outro, ou seja, o sentido de respeito à sua diferença enquanto sujeito, a partir de suas ações enquanto um integrante do grupo é camuflada e/ou substituída por uma construção subjetiva de natureza defensiva, onde os aspectos da auto-preservação evidenciam-se em primeiro lugar. Situações como rejeição, repulsa, medo, inferioridade, menos-valia, impotência, ocupam lugar comum no cotidiano desses grupos.

Assim é que, os sentimentos variam em acordo com a intensidade dos conflitos internos e/ou externos ao grupo familiar, resultando da proporção dos efeitos do uso/abuso da substância (álcool/droga), que pode ser verificada, mediante a observação das condutas manifestas enquanto perdure a ação da substância, além do que, o tipo e a quantidade ingerida também são significativas para o contexto familiar visto que, o conceito de alcoolista remete a família a construir uma concepção menos severa quanto ao sujeito. Já o conceito de drogadito implica em situações mais graves por remeter o sujeito dependente ao mundo do crime e da marginalidade.

Depreende-se então, que, conforme a categoria alcoolista-drogadito seja empregada, enquanto significante de um status social adquirido, as reações da família, mediante aos sentimentos que um ou outro provoca em face ao contexto que remetem o sujeito, irão objetivar processos de ações distintas, como: repulsa objetiva – pela significação de perigo eminente que o contexto representa; ou ambivalência afetiva (rejeição/compaixão) pelos aspectos em que o sujeito dependente se apresenta ao contexto, ou seja, debilitado, impotente, incapaz de qualquer ação mais objetiva para si ou para terceiros, mesmo que esta seja de caráter negativo, indesejável ou mesmo anti-social.

4.6 O lidar do familiar com a questão da dependência

Neste aspecto, procuro compreender como o(s) familiar(es) estabelece suas ações com o sujeito alcoolista e com a doença, a partir do instante em que esta se caracteriza como tal para o grupo familiar. Ao analisar os discursos anteriores onde trabalhamos as categorias: relação, percepção, sentimento, buscou-se apreender os aspectos mais intrínsecos na subjetividade do familiar do alcoolista, enquanto este tenta dar sentido a experiência vivida, e aos problemas dela decorrentes.

Por outro lado, verifica-se a construção de um limite imaginário compreendendo: o antes, o durante e o após o estado de embriaguez, como centro focal das atenções, pois, é neste processo, principalmente durante o período de ação do álcool que o (s) familiar (es) mais se fixa até por ser, neste período, que se dão as alterações de conduta e/ou comportamento e manifesta-se toda uma gama de ações tidas pelo (s) mesmo (s) como agressivas, anti-sociais, etc.

As marcas dessas vivências tornam-se por demais perturbadoras para o grupo familiar, ainda mais, por verificar-se o aliciamento destrutivo do patrimônio familiar em sua totalidade, ou seja: econômico-financeiro, moral, social, psicoemocional, profissional, doméstico e interpessoal, gerando uma destruição do próprio usuário.

Em conseqüência, as reações do grupo tornam-se ambivalentes pela instabilidade psicoemocional que se instala e, invariavelmente, pela ruptura social abrupta decorrente da situação vivida. Os vínculos societários são rompidos, as normas e valores sociais são distorcidos, os papéis sociais são completamente desfigurados de significação visto que, conforme as falas dos entrevistados, há uma

quebra brutal nos relacionamentos e no estabelecimento de qualquer padrão e/ou critério de convivência mais estável.. assim é que o cotidiano desses familiares onde há a presença de um alcoolista e/ou um drogadito, torna-se uma via-crucis que se alimenta de sentimentos negativos e até mesmo hostis.. A ausência de confiança gera uma instabilidade nas relações, onde amor e ódio são significativamente contrastantes.

Desta forma, as ações dirigidas ao ente alcoolista/drogadito, e aqui não importa o papel desempenhado, nem tão pouco o valor hierárquico que ocupa dentro do grupo familiar, assentam-se primeiramente, na preservação dos bens móveis e/ou imóveis do grupo, no sentido de resguardar o fruto de anos de trabalho árduo.

Conseqüentemente, a partir da manifestação dos sintomas físicos e psíquicos, o grupo irá então procurar os recursos pertinentes ao momento, mas sempre de forma às vezes equivocada. Isto se deve em muito à questão de que de fato, o alcoolismo não é percebido integralmente como uma patologia pelo grupo familiar. Questões educacionais, religiosas, culturais entre outras, também contribuem para a complexidade do problema. Então, reações de repulsa, raiva, medo, pânico, desprezo, pena, impotência, dor, tristeza e/ou mágoa profunda são as mais freqüentes. Além dos conflitos internos aos quais os membros do grupo familiar estão afetos e, pelo grau de comprometimento psicoemocional já patologizado que apresentem.

As respostas ao comportamento dos alcoolistas estão presentes nos discursos dos familiares:

“[...] Olha, é muito difícil mais é [...] como eu disse antes, é uma coisa difícil porque você vê lá na casa do outro é uma coisa e você ver dentro de sua casa é outra coisa, é você ver dentro de sua casa o seu filho, mas uma coisa eu lhes digo: eu luto com esse problema no dia-a-dia sem perder a minha paz de espírito, e [...] sem perder a credibilidade em Deus. [...] já fiz a minha primeira tentativa para ver se tirava meu filho das drogas é quando soube que ele liderava a quadrilha “galera da bota preta” e que usava muitas drogas [...] então eu fiz essa tentativa, eu ajudei desbaratar essa quadrilha que era uma gangue que já estava se tornando uma quadrilha de assaltantes. Eles andavam armados de espetos, de faca, de tudo e o meu filho estava no meio, eu não posso, eu vivo a realidade, eu forneci os locais, né? Onde era os encontros e pedi que eu só não queria que o nome dele ficasse sujo, se tinha forma da gente fazer isso, então essa foi uma tentativa. [...] vamos dizer, assim, até um grupo pago, se ele necessitar e se não for muito caro”. (E1)

“[...] eu trato bem, nunca deixei ele assim sem alimentação, mesmo ele aprontando eu sempre tinha o cuidado em deixar a alimentação dele”. [...] Já, a gente lutava assim, mas sempre conservando, mas, não sobre tratamento, porque ele não queria nem ver falar, ele dizia, eu bebo porque eu quero e paro a hora que eu quiser. Aí ele prometia, fazia um escândalo hoje e quando era de amanhã voltava a fazer uso da bebida. Eu falava pra ele que eu ia me separar dele e ele dizia: não minha mulher eu vou mudar. E, as vezes, não chegava a 24 horas. [...] Eu aprendi que não poderia ter vergonha daquilo. No começo eu me envergonhava, depois não. Outra coisa que ele fazia também quando chegava em casa no estado bem adiantado do álcool, se ele chagasse aqui e o senhor tivesse aqui com alguém conversando, aí ele olhava com aquela cara de desprezo, aquela coisa feia e falava, assim, muita bobagem. Eu sabia que não era normal, porque ele é uma pessoa que não fala, é uma pessoa calma, é uma ótima pessoa para se lidar com ele. [...] Eu acho, assim, com muito carinho, com muita paciência, tá entendendo? Com apoio para ele, que é o que eu faço, converso com ele. Eu acho que seja isso [...] que ele arrume um trabalho para assumir a responsabilidade que é dele. [...] começamos a procurar um lugar, assim, que ele pudesse

ter um acompanhamento de alguma pessoa que seja apta a lidar com a pessoa que usa álcool e já seja dependente, para tentar solucionar o problema, vendo isto como a melhor solução”. (E3)

“[...] olha o modo que eu achei foi assim, dando força para ele [...] tentando cuidar da filha dele que tem 5 anos de idade [...] porque a preocupação dele mais era com essa menina, porque sempre precisa de cuidado, se arrumar e tudo. [...] Espero que ele se recupere, haja vista que esses três primeiros meses ele tem se mostrado bastante interessado e eu almejo que ele consiga um serviço, onde possa se manter e sustentar a filha dele, procurar uma moradia para ele e que possa educar a filha dele, que precisa e sempre vai depender dele”. (E3)

“[...] eu faço tudo para me controlar, pra não fazer besteira, porque eu tenho um gênio muito forte e a gente faz de tudo para ver se não estraga o dia-a-dia da gente. É difícil ! [...] eu faço sempre, com esta é a terceira vez que foi internado. [...] Pra mim se ele largar de beber essa cachaça ta tudo bem, tudo fica na santa paz. Porque a nossa preocupação é quando ele está bebendo, porque todos os negócios se atrapalham e nada vai em frente [...] Eu espero que dessa vez melhore, porque eu já disse, se ele não se ajeitar dessa vez, cada um vai para o seu lado, porque assim não dá [...] Quando bebendo ele começa a falar desde a madrugada e fica muito agressivo, brigando com vontade”. (E4)

“[...] Com muita paciência. Espero a vida passar e as coisas melhorarem. [...] Enquanto não tem dinheiro na mão pra ele gastar está tudo bem. Agora, quando tem o dinheiro e eu acho que ele se lembra das contas para pagar e o dinheiro não dá, aí ele enche a cara [...] É um problema da família dele. Tanto a mulher, como as filhas, não o tratam bem [...] Eu fiquei muito contente e continuo, porque não o vejo bebendo; ele está calmo, alegre, trabalhando e vivendo bem. Espero que agora ele esqueça a bebida e volte a viver bem”. (E5)

“[...] Às vezes eu penso assim [...] fingir que aquilo não está acontecendo, porque se não eu vou ficar louca, porque é muito

problema, porque eu tenho que trabalhar para manter a minha família e se eu ficar o tempo todo em função dele eu termino pirando [...]. Só eu ter tolerado até hoje é uma oportunidade muito grande que eu sempre falo pra ele. Eu acho que se você tivesse outra mulher, você não estava mais aqui. Porque é um terror, meus próprios vizinhos dizem: Bota ele pra fora. Só que eu acho que essa aí não é a maneira correta, jogar ele na sarjeta porque a mãe dele mora só, tem medo dele quando bebe porque ele andou bagunçando a casa dela e aí, se eu jogar ele na rua, vai ser pior [...]. Agora, eu vou dizer uma coisa para o senhor: se depender do que ele diz, assim, do relacionamento pra mim está sendo [...] não adianta dizer para o senhor, está as mil maravilhas, porque muita mágoa, muita coisa [...]. Está sendo muito difícil pra mim [...] porque, olha não tem quem agüente o mau hálito, o mau cheiro espalhado dentro do quarto, no colchão [...] O senhor acredita que tenho minha casa que construí com o maior carinho e eu não consigo dormir no meu quarto, ele urina dentro de casa, ele faz cocô, deita na cama; quando a gente peleja pra ele tomar banho, ele trata mal ainda [...]. Aí, bem aí é que eu tenho a raiva dele, mais só que eu não consigo [...] A dificuldade está sendo essa bem aí [...]. Meu Deus do céu ! É muito difícil". (E6)

O lidar com o sujeito alcoolista e, principalmente, com o alcoolismo enquanto uma categoria patológica, a partir do momento em que se observam manifestações de sintomas incapacitantes, sejam físicos ou psíquicos, torna-se um fator altamente complexo.

Primeiramente, porque o familiar se vê envolvido numa situação duplamente confusa, seus sentimentos em relação à questão e sua afetividade à

pessoa do alcoolista. Esta cumplicidade familiar gera um conflito profundo, dada a contigüidade da questão.

Por outro lado, ou melhor, em segundo plano, surge o jogo patológico que o alcoolista cria emocionalmente, no sentido de encontrar uma pseudojustificativa para as alterações de comportamento em consequência ao ato de beber. Aqui, a questão mais crucial é a ausência total de percepção sobre o fato de que não é propriamente o beber, mas como e o que se bebe é que é o centro nevrálgico do problema. E, para completar, para quê?. Ou seja, quais são os reais fatores motivacionais que levam a pessoa a ingestão ou uso abusivo de álcool e/ou drogas? É este o fator propriamente patológico. A ausência ou quebra de elementos saudáveis na personalidade que impedem ao sujeito, canalizar situações conflitivas para outras circunstâncias mais positivas, que não o caminho da dependência química (como dito no jargão popular: “eu bebo porque quero e paro a hora que quiser”)

Enquanto esta “conscientização” não se faz presente, tanto o grupo familiar, quanto o sujeito alcoolista e/ou drogadito, irão confrontar-se, muitas vezes, gerando uma atmosfera hostil e imprevisível. É esta “conscientização” que entendemos encontra-se no centro da questão terapêutica. Obviamente que neste sentido mais específico, o processo terá de aprofundar a situação de que: o que, propriamente, impede o(s) familiar(es) de aceitar o problema, como sendo de ordem patológica e aderir integralmente ao processo terapêutico que, numa via de mão dupla, atenda aos dois lados envolvidos: alcoolista/família ?

4.7 Análise dos temas que emergiram nos discursos dos familiares dos alcoolistas

Procedemos a leitura e interpretação do texto com o recurso da técnica de análise temática sobre o discurso, procurando aprender a significação da vivência destas questões pelos familiares, inferindo-se o seguinte:

Quadro 1 – Representação dos comportamentos apresentados pelo alcoolista e resposta dada pelo familiar.

Comportamento	Resposta do Familiar
Tipo e ação da substância psicoativa	Distinção do episódio da embriagues como uma justificativa/mascaramento da alteração de conduta
O ato da ingestão ou consumo	O foco da discussão do núcleo familiar é sempre a ingestão de substância alcoólica
O ato de interrupção/coerção das ações do dependente químico	Hospitalização – emergência do problema
A ação patologizante no contexto da dependência química (sujeito x família)	Estabelecimento da dualidade patológica
Estabelecimento do foco da questão	Isenção/não comprometimento familiar com a questão
A distorção da subjetividade	Inversão de valores e papéis sociais
A experiência da perda dos bens possibilita delimitar a extensão do problema	Ausência de percepção à problemática
Mecanismo psicológico defensivo de ação coletiva (grupo familiar)	Patrimônio familiar e códigos morais do grupo
Os componentes da não identificação	Sentimentos depressivos e de não identificação psicossocial
A contradição presentificada nas representações sociais	Status adquirido pelos conceitos: alcoolista/drogadito

Submetemos as falas dos entrevistados a uma leitura e cruzamento minucioso, a fim de estabelecer o nexus do discurso, procurando verificar a significação das representações sobre a questão associadas ao alcoolismo. Objetivamos, com isto, focar alguns elementos que pudessem esclarecer melhor a problemática estudada.

No universo do material coletado, através das entrevistas, verificamos uma totalidade significativa e ao mesmo tempo preocupante que nos leva a inferir sobre a ação das distorções conceptuais pelas quais o problema do alcoolismo é

tratado pelo grupo familiar e, possivelmente, a quase totalidade da sociedade. As categorias de significação encontradas refletem, em sua totalidade, o universo estudado e apontam numa direção crítica quanto as estratégias que pretendam dar alguma resolutividade à problemática do alcoolismo.

Nossas inferências revelam algumas significações presentes nas representações, as quais passamos a discutir a seguir.

4.7.1 Distinção do episódio da embriaguês (ação do álcool) como uma justificativa / mascaramento da alteração de conduta pelo sujeito

Ao estabelecer uma linha imaginária de sentido demarcatório, ou seja, o antes, o durante e o após, a ação do álcool no sujeito, o grupo familiar constrói uma representação distorcida da realidade desse mesmo sujeito, no sentido em que sua conduta, já se encontra alterada no instante em que o mesmo, opta pela ingesta abusiva para obter um efeito temporário que a principio se apresenta como prazeroso, mas, que ao mesmo tempo, tem consciência de que é passageiro. Este tipo de comportamento leva ao mascaramento primário da instalação de uma disfunção psicopatológica que a família não pode ou não quer apreender.

4.7.2 O foco da discussão do núcleo familiar é sempre a ingestão de substância alcoólica

Depreende-se que o grupo familiar desvia, momentaneamente, do sujeito (as ações deste) o fato da alteração de comportamento, focalizando o fenômeno pura e simplesmente na ação da substância. Ou seja, não é o indivíduo que

apresenta algum transtorno, mas sim, a substância química é quem o gera. Absolve-se o sujeito e condena-se o álcool.

4.7.3 Hospitalização – a solução emergencial do problema

Por mais significativo que esta circunstancia seja, em face a relevância dos sintomas e suas gravidades, encontramos no grupo familiar uma reação defensiva, dirigida à dilapidação do seu patrimônio. Não é propriamente à “doença” que a hospitalização se dirige, mas antes a retirar do contexto grupal um indivíduo que, até então, se pensava conhecer, mas que se mostra totalmente desconhecido e ameaçador. Nessas condições de descontrole, só poderá retornar ao meio que já não é mais seu integralmente, quando seu comportamento for reconhecido novamente pelo grupo familiar e social ao qual pertence.

Em outras palavras, por trás do disfarce do tratamento da doença - alcoolismo, esconde-se a exclusão, o banimento do indivíduo por ter infringido todas as normas estabelecidas pelo grupo familiar e tal circunstância, entre tantas outras, revela-se na destruição de sua imagem pessoal, através da debilitação física e da desqualificação moral, o que, por sua vez fere, intrinsecamente, a dignidade do grupo. Embora o grupo não queira ou não consiga admitir, o alcoolismo é tido como uma circunstância profundamente anormal e amoral.

4.7.4. O estabelecimento da dualidade patológica entre alcoolista x família

A disparidade entre os discursos (alcoolista x família) reflete uma confrontação permanente de distorções conceptuais de ambos os atores envolvidos,

em cujas representações evidenciam-se significações pertencentes ao contexto da patologia. Como o próprio termo *pathos* (divisão), a relação torna-se conflitiva, visto que, ambos os lados direcionam-se acusações pertencentes ao mesmo complexo afetivo, ou seja, a não conformidade do prazer mútuo.

O que é patológico é a ausência do discurso direto sobre a questão, a reflexão de que algo não está bom, o que atinge, diretamente, a relação dialógica entre atores. Evidencia-se, então, uma dramatização singular, em face aos acordos implícitos no estabelecimento das relações dos grupos entre si e seus sujeitos, o que por sua vez permite verificar, a alienação já instalada e, por consequência, a emergência de expressões patologizadas.

Todas as estratégias engendradas pelo grupo, até então, serão produtos dessa dramatização das relações, mas totalmente desprovidas do senso próprio de realidade que a questão requer para estabelecer uma diretriz resolutive.

4.7.5 Isenção / não comprometimento familiar com a questão

O engendramento da reflexão, com base nos cruzamentos das falas, nos revela que, a representação do grupo familiar do sujeito alcoolista direciona-se, por um lado, à permanente configuração ideológica de uma “isenção e/ou não comprometimento” com a questão. Isto porque, a partir do instante em que a significação do sujeito para o grupo sofre uma ruptura, uma cisão valorativa e, conseqüentemente, desfaz-se a importância do status antes adquirido e em função do papel hierarquizado desempenhado no grupo e ainda, em face à aquisição de um novo, agora desqualificante, todo esse processo leva o grupo familiar a uma ação

defensiva (psicologicamente distorcida) quanto às responsabilidades pela problemática instalada.

A expressão de sentimentos, verbalizações e ações mais diretas, mostram este processo, mesmo que as manifestações descritas apresentem-se diacrônicas, ambíguas, contraditórias, como por exemplo: total alheamento/importância à questão, compaixão/prazer exacerbado para com o sujeito dependente; rejeição/acolhimento do indivíduo em estado alcoólico.

Todas são formas de ação defensiva, em não permitir a apreensão do senso de responsabilidade do grupo familiar com a origem da questão da dependência. Poderíamos inferir que essas respostas procuram impedir a dor egóica dos membros do grupo, o que, por outro lado, poderia significar reavivar a ferida narcísica desses indivíduos e que a imposição social de condutas possibilita conter.

4.7.6 Inversão de valores e papéis sociais

A inferência emerge da observação na mudança de status, à qual o indivíduo dependente é reportado. Se, antes, era um ente supostamente conhecido, querido, admirado, amado e desejado pelo grupo, agora, torna-se um desconhecido, rejeitado, temido e, por isso, excluído do grupo familiar.

Ora entre um extremo e outro, o que caracteriza esta mudança é a não diferenciação pelo grupo familiar entre o que é necessariamente status e papel social. Por exemplo, um sujeito não vai deixar de ser "pai" por beber ou, em outras palavras, o papel social de pai, desempenhado pelo indivíduo independe do status social que ele possua: bom, mal, feio, bonito, rico, ou pobre. Quem define e/ou qualifica (significante do status) o sujeito são as suas ações (significado do status).

O dependente químico (alcoolista, no caso) não deixa de desempenhar o papel de pai e a questão de ser bom/mal, positivo/negativo (referente ao status), depende necessariamente da representação que dele se faz enquanto indivíduo (e suas ações), assentada na base das expectativas de realização ou não, junto ao grupo familiar, enquanto assim constituído.

O que, necessariamente, regula a questão é a intensidade com que o conceito de moral é utilizado e interpretado pelo grupo e, mediante as normas de conduta estabelecidas, os acordos efetuados entre os membros do grupo. Verifica-se na questão específica da dependência química, uma inversão de valores e, conseqüentemente, de papéis, mediante a não apreensão do real contexto dessas categorias conceituais. Toma-se então o papel pelo status e julga-se o status pelo papel desempenhado pelo indivíduo.

Observa-se uma ausência de significados e significantes que a questão faz emergir e, por outro lado, o fato da dependência química se tornar o instrumento de valor para a construção de um dado de juízo sobre o sujeito.

4.7.7 Ausência de percepção da problemática

Pela extensão e profundidade da problemática, haveria de supor-se que os atores envolvidos tivessem algum tipo de percepção em torno da realidade da questão. A complexidade torna a dependência química um dos fenômenos sociais mais intrigantes, pois enquanto constructo psicossocial tem a capacidade de obnubilar a consciência daqueles indivíduos que a experienciam; sejam enquanto dependentes, familiares, amigos, ou outros envolvidos nas relações.

O que sustenta esta complexidade é um conjunto de significações sobre o qual a dependência está atrelada. Em verdade são representações altamente motivadas pelas distorções socialmente construídas que, por sua vez, gera uma gama de ações equivocadas que alimentam, ainda mais, as distorções sobre a dimensão do problema. Assim, é que, invariavelmente, as famílias tendem a creditar mais às drogas e ao álcool o pesado estigma de geradores de alterações de comportamento e conduta, impedindo, desta forma, a visão sobre o sujeito já fragilizado por conflitos internos/externos que busca exatamente nessas substâncias, o alívio de seus males, através de uma argumentação frágil e infantil, fugindo daquilo que verdadeiramente o aflige.

4.7.8 Patrimônio familiar e códigos morais do grupo familiar

Todo grupo familiar objetiva realizações de crescimento e significação social. Estas, são visualizadas a partir da materialização destes desejos sob a forma de bens materiais (domésticos e não domésticos) e, por outro lado, um juízo valorativo de suas condutas mediante a aceitação/não aceitação pelo contexto social no qual esteja inserido. Assim, é que este conjunto de significados irá constituir-se no “patrimônio familiar” onde o tempo, a determinação e o senso crítico influirão em sua construção. Neste aspecto, a família irá se preservar guiando-se por um senso ético-moral próprio que pode ou não ser compartilhado por outros grupos. Assim, quando um membro rompe esse ethos podemos dizer sagrado, o desequilíbrio que tal circunstância provoca, gera ações conturbadas e infladas por representações ideativas as mais dispares.

Entretanto, no âmago dessas representações sobre o desequilíbrio e seu agente (ou agentes), encontra-se a noção de preservar a integridade do grupo. O primeiro aspecto ameaçador da integridade do grupo surge com a dilapidação do patrimônio material, fortemente ligado ao patrimônio moral. É nesta confluência de significados que o grupo familiar irá criar estratégias de proteção e preservação de seus bens.

Enquanto envolvidos afetiva e emocionalmente a esta questão, não perceberão a disfunção no outro, gerador do desequilíbrio, o que de fato deveria ser o foco de suas preocupações. Tal fato se efetivará quando todas as estratégias estiverem sido esgotadas, o patrimônio praticamente dilapidado e, por último, a perda do ente, enquanto o mesmo também é membro do grupo.

A hospitalização surge, então, como a última saída para a preservação do patrimônio moral ou o que resta dele. O insucesso das estratégias terapêuticas engendradas para a resolutividade da questão deve-se, em princípio, a não se considerar estes aspectos referentes ao significado que o patrimônio familiar (material e moral) representa para o grupo. Muitas das vezes, a não adesão do grupo ao processo de tratamento de um dos seus membros dependente químico se dá em função de não se levar em conta à representação moral que o grupo tem do mesmo em função da sua integridade.

4.7.9 Sentimentos depressivos e de não identificação psicossocial

O conceito durkheimiano de anomia social confere ao sujeito um atributo de ausência, enquanto significado de pertença ao grupo social, embora por outro lado, tal atributo também refira ao mesmo sujeito uma presentificação que lhe é

subjetivamente negada. Por outras palavras, o sujeito existe enquanto elemento do grupo, mas seu significado de pertença não é atribuído por sua própria significação, mas sim, o grupo é quem o nomeia.

Esta análise nos remete a um outro conceito, tratado pela psicanálise francesa, ou seja, o de "alienação". Esta categoria explicita o fenômeno da subversão do conteúdo do pensamento de um dado indivíduo ou grupo a partir das distorções sociais e culturais as quais estão afetos. Assim, as representações emergentes de tal fenômeno irão personificar a substituição não do pensamento, mas do seu conteúdo que é adulterado por um outro e, ao qual, será atribuído um valor heurístico incontestável e que os indivíduos e/ou grupos expressarão como suas próprias verdades. (Aulagnier, 1987)

O que é mais significativo nestas observações é a forma como esta substituição se dá efeito, pois ela expressa a ausência de um discurso em face de uma não nomeação do conflito. Ou seja, se não há um reconhecimento de um conflito, não há discurso que se sustente, pois não sub-existe uma nomeação ou ainda, de outra forma, não pode haver discurso sem enunciado de uma questão.

A alienação psíquica é equivalente a anomia social. Uma presença anunciada na ausência de qualquer discurso e essa ausência faz calar qualquer conflito. Tais observações nos remetem ao que acontece no conflito família dependente/químico. Os conflitos do usuário de álcool ou drogas calam qualquer discurso do grupo por nomear a sua ausência e não pertencimento ao próprio grupo, por isto, a construção de novos laços e/ou relações interpessoais externos. A sensação de ser membro não reconhecido de sua própria família torna o ente não identificado de sua própria significação psicossocial. Primeiramente, como pessoa,

subjetivamente negada. Por outras palavras, o sujeito existe enquanto elemento do grupo, mas seu significado de pertença não é atribuído por sua própria significação, mas sim, o grupo é quem o nomeia.

Esta análise nos remete a um outro conceito, tratado pela psicanálise francesa, ou seja, o de “alienação”. Esta categoria explicita o fenômeno da subversão do conteúdo do pensamento de um dado indivíduo ou grupo a partir das distorções sociais e culturais as quais estão afetos. Assim, as representações emergentes de tal fenômeno irão personificar a substituição não do pensamento, mas do seu conteúdo que é adulterado por um outro e, ao qual, será atribuído um valor heurístico incontestável e que os indivíduos e/ou grupos expressarão como suas próprias verdades. (Aulagnier, 1987)

O que é mais significativo nestas observações é a forma como esta substituição se dá efeito, pois ela expressa a ausência de um discurso em face de uma não nomeação do conflito. Ou seja, se não há um reconhecimento de um conflito, não há discurso que se sustente, pois não sub-existe uma nomeação ou ainda, de outra forma, não pode haver discurso sem enunciado de uma questão.

A alienação psíquica é equivalente a anomia social. Uma presença anunciada na ausência de qualquer discurso e essa ausência faz calar qualquer conflito. Tais observações nos remetem ao que acontece no conflito família dependente/químico. Os conflitos do usuário de álcool ou drogas calam qualquer discurso do grupo por nomear a sua ausência e não pertencimento ao próprio grupo, por isto, a construção de novos laços e/ou relações interpessoais externos. A sensação de ser membro não reconhecido de sua própria família torna o ente não identificado de sua própria significação psicossocial. Primeiramente, como pessoa,

depois como membro de um grupo. É neste instante que se rompem os vínculos societários, já que a alienação subverte os valores próprios do sujeito.

O grupo, por também ser afetado por todos esses fenômenos psicossocial, não pode reconhecer no ente, já dependente químico, a projeção de suas próprias representações, pois isto seria a reapropriação do conteúdo de sua própria alienação. Se invertemos as motivações à dependência química do sujeito para o grupo, teremos, ante aos nossos olhos, o esfacelamento da estrutura global familiar, o que, por sua vez, não se dá de todo efeito pelos códigos de conduta que estão egoicamente atrelados ao patrimônio familiar e impedem que todo o grupo se esfacele.

Este fenômeno também é originado pelo sentido de preservação e sobrevivência da espécie. Esta perigosa trajetória constituirá os sintomas depressivos que, de uma certa forma, refletem um lento processo de esfacelamento da estrutura como um todo. O grupo familiar, no fundo, apresenta um severo sentimento de impotência e baixa auto estima que, em verdade, reflete a sua alienação e, conseqüentemente, a anomia de seus membros.

4.7.10 O status adquirido pelo indivíduo em função dos conceitos de alcoolista / drogadito

Seguindo o contexto da análise efetuada, encontramos um último aspecto que, se por um lado se apresenta intrigante por outro, pode desencadear estratégias de ação ao problema que, por sua vez, determine com mais clareza, a realidade do sujeito alcoolista e/ou drogadito. Em todo o percurso do estudo, percebeu-se que o sujeito da questão, no caso, não é considerado propriamente um “doente” até que,

todos os recursos se esgotem na tentativa do grupo familiar em solucionar, as situações embaraçosas nas quais se vê envolvido, como consequência das ações do indivíduo dependente químico.

Assim, é que no sentido de preservar o que resta do “patrimônio familiar”, seja de conteúdo material ou moral, o indivíduo e a família, chegam aos serviços de saúde na tentativa de conter a avalanche de problemas que, para os quais, não há solução possível. Pelo menos, com os recursos disponíveis pela família e pelo próprio sujeito dependente. A hospitalização (diga-se internação) é um recurso que se apresenta de forma contundente. Aqui, emergem e se cristalizam, os conceitos de alcoolista e drogadito, como uma forma singular de por fim à questão. O que é intrigante é o fato de por um longo período, acrescido de situações profundamente complexas, o sujeito não ser considerado e/ou classificado de tal forma. Somente quando se dá a hospitalização é que esse rótulo, surge para sacramentar uma condição patológica que, primeiramente, só é vista, pelo lado social (as ações do sujeito).

Por sua vez, as emergências desses rótulos geram outras situações complexas: a compreensão da situação pelo grupo familiar e o sujeito da questão, a adesão ao tratamento, a medicalização, a exposição moral, confrontos afetivos e emocionais, revivescência de sentimentos negativos (mágoas, rancores, traumas) enfim, se por um lado o pseudo-coroamento de toda uma busca de solução (a hospitalização) ameniza em parte o problema da dependência por outro, cria circunstâncias demarcatórias no contexto social do indivíduo e, conseqüentemente, do grupo familiar ao qual pertença. De outra forma, ao rotular-se o sujeito como alcoolista/drogadito ou, mais genericamente um dependente químico, dando-lhe uma significação patológica, tal ação, apenas muda o foco da questão pois, o

patrimônio familiar continuará ameaçado só que, desta vez, de forma consentida por um diagnóstico legalmente constituído.

Embora esta passagem radical de um pólo ao outro, do sociológico para o patológico, atenda a alguns aspectos da gravidade do problema, entretanto, não atinge a sua raiz originária. O status adquirido pelo sujeito a partir de então, retira do mesmo, o peso moral que sobre si estava imposto pelo grupo familiar, somente isto. Ora, a questão não é especificamente de natureza “moral” na acepção do termo, mas antes, é uma conseqüência disfuncional da estrutura psicoafetiva e emocional do sujeito aos seus conflitos acrescida, de comprometimento organofisiológico que varia do grau leve ao severo, chegando ao estado de coma e óbito por múltiplos fatores clínicos envolvidos¹.

Outro fato, é que o ato de beber e/ou usar droga não é por sua vez, necessariamente, um crime ou caso de polícia embora, muitas de suas conseqüências gerem aspectos e/ou circunstâncias dessa ordem. Porém, alcooliza-se e/ou droga-se, quem apresenta uma resposta disfuncional às exigências sociais da vida que gerem conflitos tidos como limítrofes aos sujeitos e, não podemos esquecer, das peculiaridades históricas e culturais sobre o uso/consumo dessas substâncias na realidade de vida dos povos. Desta feita, aprofundando a questão, observa-se que, ao receber o rótulo (diagnóstico) de “doente”, o sujeito apenas passa da esfera do “marginalizado” na qual estava inserido, para a do “socialmente aceito”, mas, agora na condição de “incapaz”, além da dependência química, é-lhe instituída/imposta, uma outra dependência, ou seja, a institucional, verifica-se ainda a perda da identidade pelo sujeito.

Ora, o que ainda não se apreende é o fato de que: “marginal ou incapaz”, o sujeito continua sendo excluído do contexto sócio familiar embora, a linha tênue dessa condição, seja construída de forma a pensar-se que, a solução do problema foi encontrada (a hospitalização).

A gravidade da questão recai exatamente no aspecto em que, é por causa de, distorcidamente, o indivíduo sentir-se “excluído” do seu meio é que busca exatamente o caminho da dependência química ou, as condições conflituais não solucionadas, facilitam de sobre maneira, a inclusão do indivíduo, no universo da dependência.

Abundam estudos sobre a questão em que pese, a troca simbólica efetuada pelo indivíduo dependente químico, do grupo familiar pelo “grupo de rua” onde, subjetivamente supõe (e para o indivíduo isto se torna uma “verdade inquestionável”) ter encontrado todo suporte existencial que, além de “resolver” seus conflitos/problemas, no grupo familiar, não consegue reconhecer ou possuir.

Assim é que, ao longo de todo o percurso de um suposto “tratamento”, encontramos as resistências (tanto da família quanto do sujeito) em aderir ao mesmo. O que se verifica é uma troca simbólica de responsabilidades onde o grupo familiar transfere para a equipe de saúde (o grupo institucional) a função de manter o indivíduo excluído (seja por que meios esta distorção tenha sido construída) embora, adaptado ao sistema vigente e, por conseguinte, alienadamente concordante.

Nota-se que o dependente químico rompe com todos os códigos morais de conduta, quebra todos os vínculos sociais estabelecidos possíveis, enfim, torna-se um elemento “nocivo” ao meio. Então, esta via excludente de mão dupla, onde a cumplicidade subjetivamente implícita se faz presente, entre a família que exclui e, a

instituição que é excludente, se nos apresenta como sendo um dos maiores obstáculos às estratégias que pretendam dar algum tipo de resolutividade ao problema da dependência química.

Por sua vez, o diagnóstico e toda a construção de um processo terapêutico que dele se origina, não soluciona integralmente a questão, pois que, as ações só atendem aos episódios agudos psicomentais e organofisiológicos manifestos incluindo-se nessa ordem, as intoxicações e os estados de abstinência química. Não abrangem, portanto, a totalidade do problema que, a nosso ver, se encontra no âmago dos valores e das representações destes que a sociedade como um todo constrói para si, como instrumentos significativos que possam garantir a sua existência. A questão então deve ser considerada em sua abrangência e significação, como sendo pertinente ao desenvolvimento de uma sociopatologia.

4.7.11. Reinterpretando o conteúdo temático

Neste momento do caminho percorrido, observo a distância entre o conceito e sua representação social e por outro lado, a importância de estarmos permanentemente atentos às armadilhas que uma análise dessa envergadura nos impõe, principalmente, quanto ao manuseio de procedimentos aos quais, são imprescindíveis para chegarmos a uma apreensão significativa do material analisado.

Assim é que, nossa inferência conduz a uma reinterpretação do conteúdo temático estudado que, para as nossas inquirições preliminares, são substancialmente fundamentais para uma diretriz de ações e/ou estratégias que a questão incita.

Primeiramente, focalizamos que em todos os discursos analisados está implícita uma séria preocupação sobre o tipo e a ação da substância química usada pelo indivíduo. Em princípio podemos pensar que esta preocupação situa-se em torno dos danos organocerebrais que a mesma pode ocasionar, o que, por sua vez, nos remeteria as questões pertinentes à bioquímica cerebral e do sistema nervoso central, numa nítida observação dos sintomas e seus riscos à saúde do sujeito.

Entretanto, o sentido real desta preocupação assenta-se, nas conseqüências morais e sociais, que seus efeitos possam provocar. Com que tipo de gente o indivíduo estabelece suas relações interpessoais, qual o ônus de consentir ou não, a manutenção desta relação para o grupo familiar. Ou seja, qual o preço a pagar e qual a extensão do patrimônio familiar a ser dilapidado, destruído por esta circunstância. Tal fato afasta qualquer tentativa que se intente, em inserir a dependência num discurso eminentemente médico a princípio pois, o impacto social que a situação provoca, é suficientemente forte e, ao mesmo tempo, mobilizador de defesas rígidas contra qualquer sentido de esfacelamento moral, social e porque não, educacional, espiritual e cultural que o indivíduo tenha recebido.

O caráter da questão em princípio, pertence puramente à esfera da discussão social e a medicina paga, por isso, um preço demasiadamente caro, por ter sido uma das últimas instancias a dar-se conta do problema. Outra circunstância refere-se ao ato da ingestão ou consumo. Aqui verifica-se uma questão complexa. Se, a princípio a substância é o objeto central das preocupações por outro lado, as circunstâncias permissíveis ao uso não o são. De outro modo, é comum a aceitação da ingesta abusiva em festas, celebrações, eventos, etc., que atentem para a liberação do prazer mesmo que, esta seja conseguida através do uso de substância química além do que, culturalmente, permite-se a livre comercialização de uma série

dessas substâncias, bem como, suas prescrições como forma legal de tratamento de “doenças” as mais variadas.

A contradição nos discursos sobre a questão é patente, pois, como se pode proibir algo que, socialmente é permitido ? Ou ainda, como controlar o abuso do uso dessas substâncias se, a todo tempo, estas são relacionadas ao prazer, a vida plena e feliz ? Afinal, como negar o prazer das pessoas, mesmo sendo “nocivo” sua aquisição e/ou manifestação, pelo uso dessas substâncias ?

Isto tudo nos remete à outra observação, ou seja, aos atos de intervenção e/ou coerção das ações do dependente químico. Se as estratégias do grupo familiar não surtem efeito, a hospitalização entra em cena. A interdição torna-se condição sine qua non através, do estabelecimento de um diagnóstico clínico que, ao mesmo tempo, o condiciona ao status de incapaz (doente). Assim é que, essa ação vai possibilitar a diminuição da dilapidação do patrimônio familiar embora, o indivíduo permaneça excluído do contexto.

Em toda problemática, as ações sociais não são produto de uma observação mais criteriosa sobre a questão. Isto também implica em distinguir o modus operandis da ação da substância, ou seja, se psicoativa e/ou psicotrópica, porque tal distinção é que verdadeiramente deveria definir as ações clínicas e/ou terapêuticas. Então, o que estabelece a questão da interdição (diga internação) não é, propriamente, a sintomatologia e seus efeitos sobre a saúde, mas, a gravidade das ações anti-sociais e, as vezes, perigosas dos sujeitos dependentes químicos. O que por sua vez, poderia pensar-se em patologia, primeiramente se revela na própria relação entre o sujeito que se torna dependente e o grupo

familiar ao qual pertence. Isto porque, as representações advindas das distorções conceituais, irão influenciar de modo intrínseco no estabelecimento dessas mesmas relações.

Nota-se que, os discursos construídos presentificam compreensões diacrônicas sobre o sujeito e sua inserção ao universo da dependência química. A troca simbólica que se dá efeito – grupo familiar pelo “grupo de rua” - aponta para esta distorção, visto que as conturbações nos relacionamentos referentes à questão são permeadas de referências morais e comportamentais.

Assim é que, ao estabelecer o foco da discussão sobre a questão, o grupo familiar direciona toda a complexidade de sua contribuição ao problema, para o sujeito dependente, pois, é nele que diretamente são projetadas todas as frustrações e desrealizações do grupo familiar como um todo, acrescidas de toda gama de sentimentos e emoções negativas. Por conseguinte, fica evidente toda uma distorção da subjetividade, baseada na alienação social que a anomia provoca.

A exclusão gera conflitos tão intensos que, os discursos sobre a dependência química, nos leva a refletir sobre a importância da hospitalização, no sentido de tornar-se um recurso ao problema. Isto porque, a exclusão é produto da inversão, não só dos valores, quanto dos papéis socialmente dramatizados. Não fica muito longe compreender porque os núcleos familiares direcionam total atenção ao patrimônio familiar, no sentido de delimitar a extensão do problema. Isto só é possível quando não se efetiva uma percepção mais clara e/ou realista sobre o sujeito da dependência e suas disfunções ou, melhor dizendo, as disfunções do sujeito dependente químico.

Neste sentido, observa-se a emergência de mecanismos psicológicos defensivos de ação coletiva quanto ao grupo familiar. Todos a um só tempo, são

levados à rejeição da situação e aos discursos moralistas que, nada mais refletem do que, a incapacidade de enfrentamento da questão. A gravidade deste fato exprime a dissonância entre subjetividade e realidade quando da apreensão de elementos significativos de compreensão sobre a problemática. Obviamente, não só o indivíduo, mas, todo o grupo familiar está envolvido num processo de não identificação social, não só pela qualidade do estabelecimento de suas relações interpessoais, enquanto grupo familiar, bem como, a capacidade de interagir com os fenômenos sociais.

Por fim, verifica-se uma profunda contradição nos discursos, presentificada nas representações que o grupo pesquisado suscita sobre a questão da dependência química, as quais, à princípio, devem ser mais rigorosamente considerada pelas instâncias que se ocupam com a questão. Por mais que se criem estratégias de ação, intervenção e/ou interação ao problema, todos devem levar em consideração, as circunstâncias culturais e sociais. Embora seja uma consequência um tanto quanto intrínseca, visualizar-se um contexto patológico que de todo não está compreendido e que, por sua vez, necessita precisar com mais ênfase em que momento a dependência química é, de fato, uma entidade patológica, se antes, durante ou após o uso e/ou abuso de substâncias químicas. Isto se faz extremamente necessário, visto que o consumo vem gradativamente aumentando, em larga escala, e a gravidade dos sintomas, sejam organofisiológicos e/ou psicológicos ou mistos, aprofundam-se à medida em que se criam novos métodos de produção das substâncias e novas modalidades de uso e ainda, novas vias de administração.

Enquanto isso, a subjetividade dos grupos sociais, constrói representações as mais dispares e, conseqüentemente, conturbadas sobre a

questão, o que, por outro lado, só vem a contribuir para uma obnubilada percepção se o problema é de natureza psicoorganopatólógico ou sociopatólógico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início da enfermagem psiquiátrica ocorre somente na metade do século XIX, na Inglaterra. Os fatos que antecederam a profissionalização da enfermagem, estava a necessidade crescente de uma melhor qualificação, que correspondesse aos avanços no campo da saúde e às grandes transformações em curso na instituição hospitalar.

Se, por um lado, surgiu a obrigatoriedade do ensino de enfermagem psiquiátrica nos curso de graduação em enfermagem, no Brasil, determinada por força de lei nº. 775/49, por outro, mais da metade das escolas de graduação não conseguiam oferecer estágios da disciplina, isto por absoluta falta de condições dos campos de prática existentes naquela época.

O advento dos tratamentos somáticos e o reconhecimento do valor dos métodos psicoterápicos, influenciaram a teoria e a prática da assistência de enfermagem psiquiátrica. Segundo Peplau (1962), o papel psicoterápico foi identificado como o “amigo da enfermagem psiquiátrica”, devendo o enfermeiro desenvolver habilidades para se relacionar com os pacientes, de modo a compreender o significado de seus comportamentos.

Nas últimas três décadas, o ensino da enfermagem psiquiátrica, que passou a ser denominado em algumas escolas, como enfermagem em saúde mental, vem sofrendo mudanças, passando a abordar aspectos da relação familiar, técnicas grupais, a reforma psiquiátrica e os novos serviços de atenção em saúde mental, entre outros temas, dando ênfase no processo de comunicação e de relacionamento terapêutico como principal instrumental da ação do enfermeiro. Além disso, incorporou, pelo menos ao nível do discurso, a necessidade de ações

extramuros para atuar na promoção e na proteção da saúde mental, assim como na prevenção da doença mental.

Para Irving (1979, p.2) a “Enfermagem Psiquiátrica é o processo de comunicação humana que envolve duas pessoas, a enfermeira e o paciente, e seu relacionamento, a soma das interações”. Sendo este processo de comunicação estabelecido individualmente ou em conjunto com os pacientes, no ambiente terapêutico.

Repensando a enfermagem em suas atribuições direcionadas à assistência individual, somada à realidade dos serviços, enfocamos o atendimento ao alcoólatra/dependente químico. O que observamos é uma certa distancia e, até certo ponto, a incapacidade do enfermeiro em participar do “todo”.

Para Adams (1992), o enfermeiro psiquiátrico tem em sua história um paradigma de sobrevivência e submissão, sendo que este deveria desempenhar apenas tarefas básicas de cuidados ao doente mental sem até saber o por que estava fazendo. Atualmente, este paradigma ainda é visto por uma parte da sociedade e mantido por aqueles chamados conservadores.

Fraga (1993) constata uma ambigüidade das ações de enfermagem, que se contrapõem em subordinação e freqüente insatisfação às atividades integradas e organizadas visando à recuperação e à promoção da saúde e no respeito ao paciente. As ações de enfermagem podem e devem ser mais abrangentes para assegurar a produtividade do serviço e o bem estar dos pacientes. A responsabilidade nas intervenções, a criatividade e o sentimento de utilidade são de reconhecida importância para diminuir e contrapor variados mecanismos de rejeição e insatisfação no ambiente de trabalho.

Faz-se necessário refletir sobre a qualificação e o preparo do profissional enfermeiro, desde sua inserção na academia, passando pela educação continuada, promovendo suas habilidades para questões macro da promoção da saúde e o processo de cuidar coletivo e individual, capacitando-o para atender, com qualidade, os vários segmentos da enfermagem: dos setores administrativos aos assistenciais.

O preparo profissional permite ao enfermeiro atuar, com segurança, sem medo, o que lhe confere dignidade, cidadania profissional, qualidade de vida no trabalho, assim como resultado eficaz, resposta às necessidades de suas atribuições com conhecimento, garantia da contribuição efetiva de sua participação no processo de serviços para a promoção da saúde.

Entretanto, quando em princípio referimo-nos à questão da incapacidade do profissional de enfermagem em sua atuação, isto vai de encontro ao legado histórico da profissão no sentido em que, este, sempre designou uma “submissão e subordinação” profissional em que conste a autonomia das ações de enfermagem.

Na área da Saúde Mental e, principalmente, em consonância com as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica, a enfermagem é compelida a repensar suas práticas e conceitos, o que confere, por sua vez, a necessidade de reformular toda a sua estrutura, enquanto campo específico. Por outro lado, designa ao profissional uma reavaliação de sua postura, não só enquanto integrante do corpo clínico, bem como pessoa. Ou seja, as contingências atuais em Saúde Mental, direcionam uma outra ótica, um novo olhar sobre a doença e, mais principalmente, sobre a pessoa (o doente).

Estas mudanças, obviamente, provocam conflitos éticos, morais, profissionais que, se a princípio refletem, a complexidade da questão, por conseguinte, demonstra a insuficiência de conhecimentos que a equipe profissional

e, especificamente, a enfermagem encontra no seu cotidiano dentro dos serviços de saúde mental. Isto se deve, entre outras coisas, a emergência de questões referentes aos processos da doença, do adoecer e do próprio doente. Significa dizer que o ser objeto da atenção, deva ser compreendido como um todo e não compartimentalizado, de forma a poder-se determinar qual ou tal realidade sobre o mesmo. Esta mudança paradigmática tem por princípio as contribuições de outras áreas do conhecimento humano que, necessariamente, não fazem parte do universo da enfermagem. O que por sua vez, deveria, dada a natureza das relações que o exercício profissional faz emergir.

Áreas como a antropologia, a sociologia, a fenomenologia, entre outras, que buscam compreender o fenômeno humano em seu viver e fazer, construíram métodos, geraram uma gama de conhecimentos que não se pode ignorar. Não obstante, quando o nosso olhar se volta para o estabelecimento das relações da família com a doença de um de seus membros e, com o próprio doente, adentramos num terreno misterioso onde as teias dessas relações são construídas no contexto das subjetividades, no confronto dos discursos e suas representações. (BARDIN, 1977).

Estamos, então, diante de um conhecimento não familiar, onde, o processo de significação torna-se complexo à compreensão do profissional, pela falta de familiaridade do contexto, embora, mesmo com todas as dificuldades, continue lidando com suas representações. Assim é que, ao trabalhar com uma clientela dependente químico, no caso alcoolista e/ou drogadito, atuamos com representações e dramatizações do cotidiano não perceptível do sujeito que resignificam todo um quadro descrito como "patológico".

Ora, uma das maiores dificuldades, entretanto, é lidar especificamente com a totalidade dessa patologia, suas possíveis causas, suas inevitáveis conseqüências. Quando, então, a enfermagem propõe uma busca de entendimento sobre a questão, lança-se a um outro pólo do conhecimento que, até então, não era totalmente do seu domínio, na busca de apreender os significados dos fenômenos sociais para aqueles sobre os seus cuidados.

Assim, é que nosso estudo se insere no contexto da procura de respostas aos questionamentos da prática diária do lidar com essa clientela específica, bem como, com o confrontar de saberes outros que, de uma certa forma, também buscam suas respostas. Os discursos, as representações e dramatizações, enfim, uma apreensão das subjetividades por nós pesquisadas, demonstra alguns fatores muito significativos: a necessidade, constante, do profissional de enfermagem psiquiátrica na busca de outros e novos saberes; o repensar da prática do cuidar e de quem cuida; criação de estratégias de atenção que realmente atinjam os objetivos propostos quanto ao desenvolvimento do processo terapêutico; uma abordagem mais criteriosa dos contornos sociais da doença, do doente e, principalmente, do meio familiar e de seu contexto social; metodologias de assistência que designem mais resolutividade quanto ao lidar com o cliente; a apreensão da interdisciplinaridade enquanto construção de um campo mais abrangente na produção do saber.

Quanto aos aspectos do alcoolismo, mais particularmente, da dependência química numa forma mais genérica, verifica-se que a sociedade constrói uma série de significados (representações) que buscam atender mais a emergência da situação do que, propriamente, a natureza de sua manifestação. Assim é que, os discursos direcionam sentidos diacrônicos à realidade da questão,

além de gerarem ações profundamente distorcidas sobre a mesma. Isto reflete o estado de alienação no qual as mentalidades se acham mergulhadas, em função, também, do processo de anomia ao qual os atores sociais envolvidos nesse processo se acham aprisionados. Neste sentido, as ações de saúde para com a questão, encontram-se equivocadas, pois, não dão conta da complexidade da doença alcoolismo.

A ausência de conteúdos educativos e preventivos, concomitantes à construção de discussões mais objetivas e claras sobre a questão da dependência química, merece mais atenção por parte dos profissionais de saúde mental, sociedade civil e órgãos competentes, dada a abrangência e complexidade da problemática.

O profissional de enfermagem, por estar mais direta e frontalmente em contato com a questão, não pode furtar-se a esse embate, qual seja, em primeiro lugar, ser agente da distinção entre os aspectos psicopatológicos e sociopatológicos constituintes da questão e, por sua vez, tornar-se facilitador da construção de um discurso dialógico, onde o papel da exclusão seja amplamente discutido e encontre solucionamento que sirva de instrumento de promoção à uma melhor qualidade de vida.

Diante de tudo que foi apresentado e discutido neste trabalho, consideramos de fundamental importância que outros estudos sejam realizados para uma melhor aproximação com a problemática da dependência química, uma vez que, a cada dia, se torna mais abrangente e toma proporções de problema de saúde pública, onde todos estamos expostos.

Por considerarmos a família como base de toda pessoa e dela dependendo o seu ajustamento pleno na vida, é que buscamos apreender o modo

como percebe e lida com o familiar alcoolista. Dando vez e voz a estas pessoas foi possível entendermos, um pouco, a complexidade que envolve o cotidiano desses atores da vida real, onde cada dia é uma batalha incansável e dolorosa contra um “inimigo” que se disfarça e se reverte de muitas facetas, contra as quais, quase sempre, não se consegue vencer ou deflagar golpes que sejam certos.

Nesse duelo cotidiano, se ganham muitas feridas e se acumulam muitas perdas, algumas irrecuperáveis, tornando vítimas em vilões, numa ambigüidade de sentimentos e contradição de idéias e ações. Temos como resultante de todos estes conflitos um adoecimento do todo o grupo familiar, vivenciando-se uma co-dependência que atinge a todos, minando todas as inter-relações e destruindo, mesmo que temporariamente, os envolvidos nessa teia doentia.

Através de uma escuta sensível dos profissionais da saúde, principalmente do enfermeiro, é possível percebermos toda a problemática que envolve a dependência química e termos uma atuação individualizada e direcionada ao modo como cada pessoa vivencia seu sofrimento, possibilitando uma atuação de qualidade com competência técnica e comprometimento ético e social.

Este estudo, mesmo que realizado com um grupo pequeno, traz contribuições que consideramos importantes para a assistência ao dependente químico, chamando a atenção para a importância de se criar parcerias com outras pessoas envolvidas, diretamente, na problemática, numa intenção que se estende/amplia à família e até aos grupos sociais. Mostra que só juntando forças com outros que estão envolvidos e próximos da problemática, é possível uma ação mais efetiva e eficaz.

Esperamos que este seja apenas uma primeira aproximação nossa com a temática, nos moldes como se deu, já que atuamos, profissionalmente, há muito nesta área.

Com base no que conseguimos apreender juntos aos familiares do alcoolista, apontamos a necessidade de que seja criada uma rede de atenção melhor estruturada e para isto faz-se urgente que algumas condições sejam atendidas, destacando-se:

- Uma melhor qualificação e ampliação da equipe de saúde responsável pelo atendimento a esta clientela;
- Desenvolvimento de trabalho interdisciplinar, que procure atuar nos três níveis de atenção;
- Assistência individualizada ao dependente químico, criando vínculos e parcerias com a família e a rede social;
- Ampliação da rede de assistência e de uma intervenção de qualidade;
- Desenvolvimento de ações de prevenção, envolvendo instituições como escola, igrejas, comércio, indústria e todos os canais da mídia;
- Criação e implementação de políticas públicas que tratem as questões da produção, tráfico e controle do uso de substâncias psicoativas.

Todas estas ações são parte de um complexo maior de coisas que envolvem a vida humana e os direitos de cidadania do indivíduo, produzindo uma sociedade mais justa e preocupada do bem comum.

REFERÊNCIAS

AMADO, Maria Lucia Marinho. Uma experiência em terapia de grupo com pacientes alcoolistas. **Informações psiquiátricas**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 17-20, jan./mar. 1994.

ARRUDA, A. Ecologia e desenvolvimento: representações de especialistas em formação. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 234-265.

AULAGNIER, Piera. **O desejo e a perversão: amor, paixão e alucinações** (ensaio psicanalítico). Petrópolis: Vozes, 1987.

BAILLEAU, Francis. **O jovem: sua inserção social e a justiça**. Rio de Janeiro, 1995. Curso de Especialização em Psicologia Jurídica.

BALLANDIER, Pierre. **O contorno e a modernidade: as relações de desigualdade entre o norte e o sul**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1997.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Sonia. Ensino de enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicossocial. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V. de.; OLIVEIRA, F. B. de. (Org.). **Saúde Mental**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 73-80.

BERGERET, J.; LEBLANSC, J. **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/programas/mental/criar.htm>. Acesso em: nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Anais do Seminário sobre alcoolismo e vulnerabilidade às DST/AIDS entre os povos indígenas da Macro Região Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul. Brasília, DF, 2001.

BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992

CAMPOS, Regina Helena de Freitas (Org.). **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis, Vozes, 1996.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1966, 270 p.

CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., Florianópolis, 03 – 06 abr. 1984. **Anais**. Florianópolis, UFSC, 1984. p. 56 – 125.

CARLINE, E. A. et al. Apud CARMO, David Roberto. Prevenção do abuso de drogas pela educação: proposta da Universidade de Londrina. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 6.; ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 5., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: FAPESP, 2000.

CASTRO, José Duarte T. de. **Alcoolismo**. São Paulo: Martins Clavet, 2000. 144 p.

CRUZ, Marcelo Santos et al. Criação de serviço de atendimento a usuários de drogas em ambulatório do Instituto de psiquiatria da UFRJ: uma experiência de dois anos. **Informações Psiquiátricas**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-22, jan./mar., 1999.

DOLTO, Françoise. **Cultura e modernidade: ensaios psicanalíticos baseados em teorias sócio-antropológicas**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

EDWARDS, G. **O tratamento do alcoolismo**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

EDWARDS, G.; GRANT. **Alcoholism: new knowledge and new responses**. London: Croom Helm, 1977.

FORTES, J. R. A. **Alcoolismo: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1975.

FRANCO, M. L. P. B. **O que é análise de conteúdo**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1986.

IRVING, Susan. **Enfermagem psiquiátrica básica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.

JODLET, D. La representation social: fenômenos, concepto y teoria. In: MOSCOVICI, S. **Psicologia social**. Barcelona: Paidós, 1986. p. 358-394.

LARANJEIRA, Ronaldo. Crack, êxtase e a vingança divina. **Ponto de vista: monitor psiquiátrico**, v.1, n. 2, p. 1-2, out./dez. 1995.

LAZO, Donald M. **Alcoolismo: o que você precisa saber**. 3. ed. São Paulo, 1989. 160 p.

LIMA, Jarbas Couto e. **A loucura nos manicômios de São Luís: marcos teóricos para uma abordagem sociológica.** Monografia (Graduação em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1993.

LINTON, Ralph. **Cultura e personalidade.** 3. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1980.

MACEDO, Zedyr. A família e o tratamento do doente mental. **Saúde mental**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 9 -10, abr. 1996.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia.** São Paulo: Moraes; EDUC. 1989.

MASUR, J. **A questão do alcoolismo.** São Paulo: Brasiliense, 1984. 77p.

MASUR, J. **O que é alcoolismo.** São Paulo: Brasiliense, 1988.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1992.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

OLIEVENSTEIN, C. O toxicômano e sua família. In: BERGERET J.; LEBLANSC, J. **Toxicomanias: Uma visão multidisciplinar.** Porto Alegre: Artes médicas, 1991. p. 78-90.

OLIVEIRA, A. C. de. O papel da família na prevenção primária precoce do uso, abuso e dependência de drogas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 25, n. 3, jul/set. 2001.

OSORIO, L. C. A família como grupo primordial. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos.** Porto alegre: Artes médicas, 1997. p. 293 - 304.

PANDOLFI, Dulce Chaves; CARVALHO, José Murilo de; CARNEIRO, Leandro (Org.). **Cidadania, justiça e violência.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

PEDRÃO, Luis Jorge; ALBUQUERQUE, Silvéria Cristina. **O paciente dependente químico: características de egressos e reinternos de uma unidade para tratamento específico.** In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 6., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: FIESP; EERP-USP; FAPESP, 2000. p. 103 - 114.

PERRUSI, Artur. **Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria.** São Paulo: Cortez; Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 1995.

PONTES, Cleto Brasileiro. **Psiquiatria: conceitos e práticas.** 2. ed. São Paulo: Lemos, 1998.

RAMOS, Sérgio de Paula; BERTOLUCCI, José Manoel. **Alcoolismo hoje.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 240 p.

REIS, José Roberto Tozoni. **Família, emoção e ideologia.** 16. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

ROSA, Adalberto Jesus Silva da. Escutando o dependente de álcool: uma abordagem compreensiva. 2001. 146 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

RUSH, Benjamin. Álcool. In: SEIBEL, Sergio Darío. **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu, 2001. p. 51 - 61.

SABINO, Carlos A. **Metodologia de investigacion.** Venezuela: El Cid, 1978.

SANFORD, F. de M. S. **Convivendo com a loucura: as representações sociais dos líderes comunitários.** 2000. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

SANTOS, L. V. dos et al. Percepção de estudantes da área de saúde sobre o abuso de álcool no meio acadêmico. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 6., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: FIESP; EERP-USP; FAPESP, 2000. p. 198 – 209.

SANTOS, L. V. dos et al. **Tendências ao uso de drogas no Brasil: síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes do 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (1987, 1989, 1993 e 1997).** São Paulo: CEBRID, 1997.

SARACENO, Benedetto; ASIOLT, Falerizio; TOGNONI, Gianni (Org.). **Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SEIXAS, A. C. et al. Definition of alcoholism. **Ann. Internal Med**, v. 65, n. 6, p. 74, 1976.

SILVA FILHO, João Ferreira da; RUSSO, Jane Araújo (Org.). **Duzentos anos de psiquiatria**: coletânea de trabalhos apresentados na jornada de psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1993.

SILVA, Myltainho Severiano. **Se liga!** o livro das drogas. Rio de Janeiro: Record, 1997.

SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. cap. 1. p. 19-45.

STERNSCHUSS, S.; ANGEL, P. O toxicômano e sua família. In: Bergeret J.; LEBLANSC J. **Toxicomanias**: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes médicas, 1991. p. 269-288.

TANDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Abrasco, 1987.

TOSCANO JUNIOR, Alfredo. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JUNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 7-23.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. 1987.

TROTTER, Thomas. Álcool. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO Jr., A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 51-61.

VENANCIO, Ana Teresa A. Saúde mental: constituição de um campo e seus desafios. In: LOYOLA, Cristina; MACEDO, Paulo Roberto Aranha de. (Org.). **Saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Edições CUCA/IPUB, 2002. p. 46-51.

WATSON, Jean.; STAMM, Mariestela. Enfermagem e família em situação de alcoolismo: uma proposta de cuidado. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 621-631, maio/ago. 2000.

ZAGO, José Antonio. Sintomas psicossomáticos e de comportamento em dependentes de cocaína-crack: um estudo pelo Cornell Index. **Informações Psiquiátricas**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 34 - 39, abr./jun. 1999.

APÊNDICES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MINTER**

APÊNDICE A

FICHA DE AGENDAMENTO DE ENTREVISTA

Nº. DE FICHA:

CLÍNICA/SETOR: _____

DATA DA ENTREVISTA: _____

HORÁRIO DA ENTREVISTA: _____

LOCAL DA ENTREVISTA: _____

São Luís, _____ de _____ de 2002

ENTREVISTADOR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MINTER**

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO:

1. Como é seu relacionamento com essa pessoa atualmente?
Fale sobre isto.
2. Observa alguma mudança no seu relacionamento com ele(a) ligada ao fato de fazer uso abusivo de álcool? Fale sobre isto.
3. Quando você começou a perceber que a bebida estava prejudicando essa pessoa?
4. O que você associa ao uso abusivo de álcool pelo seu familiar?
5. Como você se sente em relação ao fato de seu familiar fazer uso abusivo de álcool?
6. Como você reage quando ele(a) chega alcoolizado?
7. Que mudanças na vida dele(a) você associa ao uso abusivo de álcool?
E na sua?
8. Que significado tem para você o fato de seu familiar fazer uso de bebidas alcoólicas?
9. Como você lida com esta problemática no dia-a-dia?
10. Você ou alguém já fez alguma tentativa para ajuda-lo(a) a parar de beber?
Fale sobre isto.
11. De que modo você acha que poderia ajudá-lo a superar este problema?
12. Que expectativa você tem de sua recuperação?

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/ HU- UFMA

Protocolo de Pesquisa: Familiares de pacientes alcoolistas – percepção e forma de lidar .

Autora: Manoel Ramos Costa Filho

Orientadora: Prof^ª Dra. Violante Augusta Batista Braga

Senhor Coordenador

Senhores Membros

O Protocolo de Pesquisa referido contempla a descrição da mesma compreendendo introdução, objetivos, metodologia adequada a estes, cronograma de execução, termo de consentimento, que esclarece os objetivos, métodos, participação do sujeito e bibliografia.

A pesquisa a ser desenvolvida tem significativa importância tanto para a instituição quanto para os próprios sujeitos oferecendo contribuições para maior conhecimento de toda a equipe, no que se refere aos familiares de pacientes colatras e à percepção e forma de lidar com o problema.

Dessa forma, somos de parecer favorável à sua aprovação, pelo Comitê de Ética em Pesquisa – HU-UFMA.

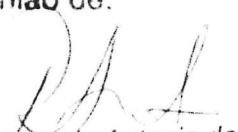
São Luís, 28 de março de 2002.

Ana Luzia de Sá Magalhães

Relatora

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da UFMA
Convocado em reunião de:

104102


Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva
Coordenador do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MINTER

APÊNDICE E

IDENTIFICAÇÃO:

01 – Caracterização Pessoal e Sócio-Econômica do Entrevistado

Identificação:

Grau de Parentesco:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Profissão:

Renda Familiar:

02 – Caracterização Pessoal e Sócio-Econômica do alcoolista

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Profissão:

Situação Ocupacional:

Tempo de Uso de álcool:

Tipo de Substância:

Freqüência de Uso:

Quantidade:

Outra drogas usadas:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MINTER**

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (INSTITUIÇÃO)

Senhora Diretora,

Estou realizando uma pesquisa sobre **FAMILIARES DE PACIENTES ALCOOLATRAS: PERCEPÇÃO E FORMA DE LIDAR**, necessitando para isto da sua valiosa colaboração, no sentido de que você permita a minha participação em atividades desenvolvidas neste hospital com os pacientes internados no CAPS, objetivando observar as atividades e ao mesmo tempo desenvolver o meu trabalho.

A pesquisa será desenvolvida no período de março a dezembro do ano 2002, em duas etapas: exploração – caminho de aquisição de conhecimento extensivo e profundo do investigador mediante uma interação investigador-sujeitos sociais e, inspeção – análise direta do material coletado. Na primeira etapa, serão realizadas as técnicas de entrevista individual semi-estruturada, norteada por meio de um roteiro (instrumento em anexo), com perguntas abertas e, observação livre. A segunda etapa consistirá em um exame analítico minucioso através da técnica de análise dos resultados.

Pelo presente, informamos que todos os participantes serão esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problematização, objetivos, metodologia, cronograma e gravação das falas); e que o consentimento informado tanto dos sujeitos sociais quanto dos representantes legais da instituição envolvida, é um documento que dá autonomia ao participante para fazer parte ou não da pesquisa, assim como para sair no momento em que se considerar prejudicado ou por quaisquer situações que lhes convierem.

Diante do exposto, solicitamos vosso consentimento para que possamos realizar essa pesquisa científica de acordo com as normas éticas e legais preconizadas pelo Ministério da Saúde. Contando com a sua colaboração, agradeço antecipadamente.

São Luís, ____/____/2003.

MANOEL RAMOS COSTA FILHO
Mestrando em Enfermagem.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MINTER.

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PACIENTE.

Sr. Paciente,

Estou realizando uma pesquisa sobre **FAMILIARES DE PACIENTES ALCOLATRAS: PERCEPÇÃO E FORMA DE LIDAR**, necessitando para isto da sua valiosa colaboração, no sentido de que você permita a minha participação no acompanhamento em suas atividades junto ao CAPS do Hospital Nina Rodrigues, e, ainda responda um questionário durante o período que envolve a pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida no período de março a dezembro do ano 2002, em duas etapas: exploração – caminho de aquisição de conhecimento extensivo e profundo do investigador mediante uma interação investigador-sujeitos sociais e, inspeção – análise direta do material coletado.

Na primeira etapa, serão realizadas as técnicas de entrevista individual semi-estruturada, norteadas por meio de um roteiro, com perguntas abertas e, observação livre. A segunda etapa consistirá em um exame analítico minucioso através da técnica de análise dos resultados.

Pelo presente, informamos que todos os participantes serão esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problematização, objetivos, metodologia, cronograma e gravação de fitas); e que o consentimento informado tanto dos sujeitos sociais quanto dos representantes legais da instituição envolvida, é um documento que dá autonomia ao participante para fazer parte ou não da pesquisa, assim como para sair no momento em que se considerar prejudicado ou por quaisquer situações que lhes convierem.

Diante do exposto, solicitamos vosso consentimento para que possamos realizar essa pesquisa científica de acordo com as normas éticas e legais preconizadas pelo Ministério da Saúde. Contando com a sua colaboração, agradeço antecipadamente.

São Luís, ----- /----- /2003.

MANOEL RAMOS COSTA FILHO
Mestrando em Enfermagem