

CONCEPÇÕES DOS FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS ATENDIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS - AD) DE SOBRAL - CE

CONCEPTIONS FROM RELATIVES OF CHEMICAL DEPENDENTS FROM THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUG MISUSE (CAPS-AD) IN SOBRAL, CE – BRAZIL

Cezar Augusto Ferreira da Silva ¹
Eliany Nazaré de Oliveira ²
Maria Suely Alves Costa ³

RESUMO

A dependência química representa um desafio para a saúde pública, sendo relevante ao seu enfrentamento a abordagem dos familiares. O objetivo deste estudo foi analisar as concepções de familiares de dependentes químicos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS – AD) de Sobral, CE. Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo tendo como sujeitos 11 familiares. Os dados foram coletados a partir de grupos focais realizados nos meses de maio e junho de 2006. Observamos que há demanda de informação sobre as diversas facetas da dependência química, incluindo tratamento e perspectivas deste. Ainda, levantam-se questões ligadas ao imaginário familiar e social em relação ao consumo de substâncias psicoativas e suas repercussões no ambiente familiar. Assim, embora expressando uma visão leiga e unilateral da dependência, o discurso dos informantes demonstra que há campo para um suporte psicossocial ao familiar, em especial, no que se refere ao uso de estratégias de redução de danos.

Palavras-chave: Família; Dependência Química; Substâncias Psicoativas.

ABSTRACT

Substance dependence represents a challenge for public health, being relevant in its confrontation to the family approach. This study had the objective of analyzing conceptions from relatives of patients with substance dependence from the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drug Misuse (CAPS-AD) in Sobral– CE. It was an exploratory-descriptive study involving 11 relatives as subjects. Data were collected from focus groups held in May and June 2006. It was observed that there is a need for information concerning the main points of substance dependence, including treatment and its perspectives. Also, it was raised questions linked to the use of the psychoactive substances and their repercussions on family environment. Therefore, although expressing a layman's and one-sided view of dependence, the discourse from family members demonstrated that there is a space for psychosocial support to the family member especially concerning the use of strategies for damage reduction.

Keywords: Family; Chemical Dependency; Psychoactive Substances.

1 - Médico do CAPS –AD de Sobral-CE. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

2 - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

3 - Psicóloga do CAPS Geral de Sobral-CE. Especialista em Psicodiagnóstico pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

1. INTRODUÇÃO

A cidade de Sobral vem realizando uma reforma radical em seu modelo de atenção à saúde. Inicialmente, com a adoção das estratégias Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, houve uma completa reformulação dos serviços, adequando as estruturas e os profissionais a um novo paradigma.

A saúde mental não poderia ficar à margem deste processo. Na verdade, já se vinha configurando um Movimento Antimanicomial, com a urgente reavaliação do modelo de atenção aos pacientes portadores de transtornos mentais e dependentes químicos. Tais ideais se alicerçam no cuidado ao paciente com transtorno mental, substituindo-se o modelo de tratamento centrado no Hospital Psiquiátrico por uma rede de atenção comunitária, de acesso garantido da população aos serviços de saúde, em respeito a seus direitos. Assim, em vez de isolar o paciente, ele recebe assistência médica em liberdade, no próprio convívio familiar e comunitário.

Em Sobral, após a morte violenta do senhor Damião Ximenes Lopes em 1999, ocorreu uma tomada de posição por parte de alguns setores ligados à defesa dos direitos humanos. Esse fato provocou uma denúncia contra o governo brasileiro na Organização dos Estados Americanos (OEA) e a Corte Interamericana de Direitos Humanos declarou que o Brasil violou sua obrigação geral de respeitar e garantir os direitos humanos. Como medida de reparação aos familiares de Damião Ximenes, a Corte condenou o Brasil a indenizá-los.

Em 2000, aquele que havia sido por mais de vinte anos o único serviço de assistência prestado à população de Sobral na área de saúde mental, a Casa de Repouso Guararapes, fecha as portas após intervenção da Secretaria de Saúde do município. Iniciaram-se o processo de revisão dos casos internados e o encaminhamento de inúmeros pacientes de volta ao convívio familiar, principalmente os vitimados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas. Começa aí a construção do que hoje se denomina Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, iniciada com a inauguração de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) para atendimento ambulatorial dos pacientes com transtorno mental, seguida da abertura de uma Residência Terapêutica para acolher aqueles pacientes que estavam internados no manicômio há vários anos, sem vínculo familiar; da criação de uma Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral e, finalmente, de um Centro de Atenção

Em 2000 aquele que havia sido por mais de vinte anos o único serviço de assistência prestado à população de Sobral na área de saúde mental, a Casa de Repouso Guararapes, fecha as portas após intervenção da Secretaria de Saúde do município.

Psicossocial para tratamento de dependentes químicos - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD).

O CAPS-AD se encontra em funcionamento desde 2002, prestando assistência a uma população acima de 200 mil pessoas visando à promoção de ações preventivas e de tratamento na área de dependência química. Acha-se composto por um psiquiatra, um clínico geral, um psicólogo, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma educadora física, além de pessoal de formação acadêmica em nível médio. Nosso desempenho profissional neste serviço permitiu-nos conhecer a dramática luta dos pacientes e de seus familiares contra a dependência química, o desconhecimento de boa parte deles sobre o processo de adoecimento e sobre as conseqüências danosas do uso abusivo de substâncias psicoativas para a saúde individual e coletiva.

Portanto, com base no exposto, o objetivo geral deste trabalho foi analisar as concepções dos familiares de dependentes químicos atendidos no CAPS-AD de Sobral sobre a doença em si, seu tratamento e as estratégias de redução dos danos (individuais, familiares, ou comunitárias) associados ao consumo abusivo de substâncias psicoativas. Os objetivos específicos incluíram: apreender as concepções dos familiares de dependentes químicos sobre a doença; averiguar a compreensão destes familiares sobre as estratégias de tratamento da dependência química, desenvolvidas no CAPS-AD; analisar as percepções destes familiares sobre o tratamento e suas atitudes dentro da perspectiva de redução de danos em relação ao dependente e sua família.

2. METODOLOGIA

Este estudo configurou-se como do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Para Minayo (2002), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois que, no âmbito das ciências sociais, preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, o tipo de pesquisa adotado trabalha com um universo de significados, motivos de preocupações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa realizou-se no CAPS-AD, situado no município de Sobral, localizado Zona Norte do estado do Ceará. Nesse serviço, os clientes são acolhidos e a partir daí são encaminhados para os diversos profissionais. Em seguida, é elaborado um plano terapêutico individualizado de acompanhamento, dividindo os casos em três categorias: pacientes que precisam de atendimento intensivo (casos graves de dependência), semi-intensivos (casos moderados) ou não-intensivos (casos leves).

...o objetivo geral deste trabalho foi analisar as concepções dos familiares de dependentes químicos atendidos no CAPS-AD de Sobral ...

Ademais, o CAPS-AD dispõe de dois leitos-dia para atendimento e observação de pacientes que chegam com sinais de abstinência leve ou moderada, definidos por um protocolo específico ou até mesmo alcoolizados e/ou sob o efeito de outras drogas, que não necessitam de internação no hospital geral. Os pacientes encaminhados para internação hospitalar recebem, quando necessário, visitas dos profissionais do CAPS-AD no ambiente onde se encontram. Além disso, são feitas visitas domiciliares e ações de busca ativa, estas em casos de abandono do tratamento. Alguns pacientes ficam na permanência-dia, são medicados na própria unidade de serviço; enquanto outros fazem o trajeto de sua residência até o CAPS-AD em veículo do próprio serviço de saúde. São também realizadas atividades de terapia ocupacional e atividades lúdico-esportivas (torneios de futebol, basquete, dentre outras, envolvendo profissionais e pacientes).

Este estudo foi desenvolvido com participantes do Grupo de Familiares dos dependentes químicos atendidos no CAPS-AD. O Grupo de Familiares se reúne, semanalmente, na sala de reunião do CAPS-AD. A amostra foi representada por familiares de 11 pacientes que aceitaram o convite feito pelo pesquisador e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde).

Os dados foram coletados a partir de grupos focais realizados nos meses de maio e junho de 2006. Segundo Gatti (2005), o grupo focal constitui uma técnica qualitativa, não-diretiva, cujo resultado visa o controle da discussão de um grupo de pessoas. Nesta técnica o mais importante é a interação que se estabelece entre os participantes. O facilitador da discussão deve estabelecer e facilitar a discussão, mobilizar o grupo a se tornar dono de seu discurso e não realizar entrevista junto aos componentes do grupo.

A análise dos resultados se deu a partir da categorização dos depoimentos, observando a semelhança de idéias contidas nas respostas obtidas através do grupo focal. Rodrigues e Leopardi (1999) afirmam que a categorização é um processo do tipo estruturalista que comporta duas etapas: o inventário que é o ato de isolar os elementos, e a classificação que é a divisão de forma organizada dos elementos de mensagem.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As temáticas, com suas respectivas categorias, que emergiram dos grupos focais foram: **Conhecimento familiar sobre dependência química** (incompreensão sobre o processo de adoecimento, impossibilidade de cura, acesso a conhecimento e suporte psicossocial no CAPS-AD), **Percepção familiar sobre o tratamento da dependência química** (desconhecimento e crenças sobre o tratamento, crença na cura pela intervenção de um ser superior), **Estratégias redutoras do sofrimento familiar** (internação do dependente, redução das violências, monitoramento da terapêutica medicamentosa, atividades laborativas, suporte familiar e comunitário).

As temáticas foram abstraídas das questões principais, enquanto que as categorias de análise emergiram da essência /concepção /significado que os familiares apresentaram em seus discursos.

Participaram da pesquisa, 10 mulheres e 01 homem, com idades entre 34 e 64 anos; destes, 06 eram pais de

Até cinco anos atrás eu não entendia nada que fosse dependente químico, que fosse droga, cigarro, bebida, eu não tinha noção assim do que pudesse ser...

dependentes, 03 eram esposas e 02 eram irmãs. Para identificar os sujeitos preservando seu anonimato, serão citados como “familiar 1” (F-1), “familiar 2” (F-2), e assim sucessivamente.

As informações veiculadas pelos meios de comunicação, relativas ao consumo de substâncias psicoativas, apresentam duas visões: uma voltada às substâncias lícitas, onde há o reforço de uma imagem de satisfação e congraçamento, como nas propagandas de cerveja; outra, relativa às drogas ilícitas, que só discorre sobre a degradação moral e tende a responsabilizar o usuário:

“Eu percebo que ele ‘tá’ bebendo sem fundamento, (...). Eu ‘num’ sei por que ele bebe tanto, ‘né’? (...). Acho que ele bebe porque gosta, ‘né’. (...). Eu me pergunto a mim: porque que o bebe tanto, meu Deus? (...) Eu não tenho resposta a dar”. (F-1)

A dependência é encarada por alguns familiares, como no depoimento acima, como uma escolha, dando-se uma atenção incipiente aos padrões de interação das famílias. Associar o surgimento de um padrão nocivo de consumo ao “gosto” esclarece bem a gravidade do desconhecimento do processo de adoecimento.

“Ah, ‘seu’ é muito fraco, (...), vem aqui na reunião, escuta, acha muito boa a palestra dos enfermeiros, dos médicos, chega satisfeito. Mas no outro dia vai ‘pra’ bodega, chega pior”. (F-1)

Fender (1996) diz que “[...] toda e qualquer parte do sistema familiar está relacionada de tal maneira com as demais partes que qualquer mudança em uma delas provocará mudança nas demais e conseqüentemente

no sistema total”. O mesmo familiar, em outro momento, relaciona o adoecimento à figura materna do dependente, que não soube “educá-lo”, ou seja, novamente encarando o surgimento do uso abusivo da substância com uma falha no desenvolvimento do caráter.

“Num é gabando todas as mães não, que tem mãe também que ensina o que não presta, mas essas droga, essas cachaça, tem a ver um pouco com as mãe”. (F-1)

Essa idealização da figura feminina (mãe, mulher, namorada, filha, etc.) é também colocada inúmeras vezes como o elemento desencadeador do processo de uso da droga. Fender (1996) cita que alguns trabalhos apontam para um protótipo de famílias de adictos masculinos, em que a mãe está envolvida numa relação indulgente, apegada e superprotetora, abertamente permissiva para com o dependente, que tende a assumir a imagem de filho favorecido.

Em relação à instalação da dependência, vemos que muitos familiares não reconhecem o adoecimento, mesmo após um longo prazo de consumo pelo usuário. O depoimento a seguir é esclarecedor da falta de informação da população sobre dependência e suas conseqüências no contexto familiar:

“Até cinco anos atrás eu não entendia nada que fosse dependente químico, que fosse droga, cigarro, bebida, eu não tinha noção assim do que pudesse ser, (...), né? E hoje eu tô vendo que é um negócio muito assustador, porque o médico dá remédio e um outro vem e dá a droga, (...). A droga (...) ela é pior que o câncer: o câncer a gente dá remédio, ela toma, e morre. E a droga fica matando as pessoas, os médicos, os enfermeiros, tudo, (...). Quando eu descobri já tava com cinco anos de droga, né. Quer dizer que agora nós estamos com quê? Com dezesseis anos de droga, né? Começou com dez anos, (...)”. (F-2)

Marinho (2004) em seu estudo sobre a relação dos fatores determinantes associados à dependência junto à população de familiares no CAPS-AD de Sobral, observou que pelo menos a metade dos participantes desconhecia a multiplicidade de fatores envolvidos no processo de adoecimento (sujeito, substância, ambiente, cultura, facilidade de acesso, legalidade ou não do consumo, etc.). Neste depoimento, o usuário novamente aparece como o único responsável por seu problema.

“Não sei qual foi o problema dele de bebida. Já era bem moço, começou a beber novo. Aí eu quando conheci já era bebendo. E o ... acho que foi por causa da esposa mesmo, de ver o pai bebendo, ele levava ele, né, (...), ele vinha, pegava os filhos e levava pra bebida, e iniciou ele, né”. (F-8)

Mas, mesmo nesse contexto de desinformação e desconhecimento sobre o adoecimento, a percepção familiar, às vezes, pode induzir conclusões que são lógicas e confirmadas por pesquisas consagradas. Uma dessas percepções diz respeito ao caráter “familiar” de alguns casos de dependência: no caso do alcoolismo, por exemplo, já foram colocadas algumas bases genéticas envolvidas no adoecimento, comprovadas em pesquisas com gêmeos e verificando a influência do meio (Edwards, 1999). O meio ambiente familiar tem um efeito sobre seus membros, tendendo, em alguns casos, a produzir uma uniformidade de comportamento.

“A minha começou muito nova, né, então eu acho que ela herdou do pai dela, que o pai dela morreu de bebida, né”. (F-10)

Fala-se frequentemente de doenças da modernidade; do aparente número, cada vez maior, de casos de depressão, hiperatividade, distímia, vistos como resultantes de uma desumanização dos sujeitos, desenvolvido pelo atual sistema de relações sociais. As repercussões dessas mudanças no contexto familiar são inúmeras, dentre elas o uso abusivo de drogas (Batista, 1990). O surgimento da “doença” num ambiente familiar (aparentemente) normal pode propiciar a visão do dependente como um membro doente num corpo são:

“A droga (...) ela é pior do que o câncer: o câncer a gente dá remédio, ela toma, e morre. E a droga fica matando as pessoas, os médicos, os enfermeiros, tudo, (...). Tem hora que a gente jura que tá curado. (...), eu certa que ele tava curado, né, mas vêm as mentiras, (...), se não é melhor a gente pegar, mandar dar uma injeção e mandar matar logo. É como eu acabei de dizer: é um câncer pior do que o câncer, que o câncer lhe mata e a droga demora vinte anos, trinta anos, (...), e um cabra desses num morre. Não tem remédio, não tem remédio, não tem remédio que dê jeito num desprezo, né? E o pior é que eu quero correr atrás de todo mundo, (...), que eu acho que se eu não ajudar eles não sobrevive,

eu acho, sei lá. Aí eu encaminho um e o outro chega, eu emendo um e o outro quebra”. (F-2)

É sabido que o Brasil é um país carente de informação, e a visão associada à “cura” na dependência química parece considerar como efetiva somente a abstinência total do consumo: Segundo Marinho (2004), 45,3% das famílias atendidas no CAPS-AD de Sobral não acreditavam na positividade do tratamento, não reconhecia em seu familiar a capacidade de superação do comportamento aditivo. Esclarecer a família sobre o caráter crônico dos comportamentos aditivos, da recaída como parte do processo, talvez reverta em boa parte o sofrimento associado às expectativas que não se concretizam idealmente.

“E ele dizia que o divertimento dele era a bebida, ele dizia que era o destino dele, ele morria mas não deixava. Aí eu larguei de mão: já tinha pelejado tanto, tanto, já tinha feito tudo, tudo, tudo já tinha feito pra ele deixar essa bebida, e num tinha jeito. Ele dizia pra mim: eu morro, mas não deixo de beber. Aí eu larguei de mão”. (F-8)

A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial para Alcool e outras Drogas no Brasil ainda é muito recente, e o impacto de suas ações ainda não foi devidamente mensurado. A grande maioria dos profissionais que militam nestes aparelhos sociais não foi habilitada, ao longo de sua formação acadêmica, a abordar e discutir sobre os inúmeros aspectos relacionados à dependência química. Aprende-se e erra-se muito na prática diária. Em virtude desta situação, o processo de aprendizagem é compartilhado pelos profissionais e pela família, cada um colocando seus pontos de vista da questão. Entender e explicar a dependência como uma condição crônica, um *continuum* de quedas e recomeços, pressupõe uma boa orientação da família, como nos depoimentos a seguir, embora a visão de ‘doença’ orgânica propicie também um distanciamento do familiar frente ao problema:

“É, agora eu sei que é uma doença, minha filha, uma doença pesada. Que eu pensava que era uma sem-vergonhice, mas é uma doença (...). Agora só pode ser uma doença, meu Deus, (...). Então eu acho, eu vim saber, ter a certeza, aqui no CAPS que é uma doença mesmo. Mas até eu aparecer aqui pra mim não era uma doença não. Mas agora tô sabendo que é uma doença”. (F-1)

“Doença então, né? Porque até, conforme eu disse antes, antes de eu vir por aqui eu achava que era (sem-vergonhice), mas depois que eu vim eu achei que é doença mesmo, sabe?” (F-6)

Mas também não basta a descrição da compulsão incontrolável do paciente pelo uso da substância. A co-dependência estabelecida dentro do sistema familiar remete a visualizar-se amplamente a questão numa perspectiva ecossistêmica. É importante considerar que o tratamento da dependência não se esgota naquele que é reconhecido como dependente: abordar psicossocialmente aqueles que gravitam em torno dele é fundamental.

“Digamos que a tudo: o CAPS-AD eu considero como que nós tivesse conhecido uma nova família. (...). Aí veio pra cá, aí os doutor atenderam a gente muito bem, deram um apoio muito bem, ela se internou. (...). Quero que você veja, só Deus mesmo e as pessoas daqui, o apoio das pessoas daqui é fundamental, gente”. (F-11)

“E esse CAPS aqui... Aqui é onde eu encontrei a minha família, encontrei apoio pra mim poder ter a cabeça no lugar (...).” (F-2)

Quando falamos em acesso ao conhecimento e suporte psicossocial temos em mente que também o “fracasso” pode libertar identidades e criar vínculos antes inimagináveis; que a travessia é mais importante que a chegada, e que a percepção e o exercício do demasiado humano sentimento de fraternidade pode ser mais importante que o estabelecimento de padrões

No imaginário de muitas famílias, a internação resolveria todos os problemas existentes. Entretanto, faz parte do processo terapêutico a conscientização da necessidade da participação familiar...

definitivos de conduta, baseados na uniformização das consciências. Ao invés de vigiar e punir, podemos optar por compreender e acolher familiares e dependentes.

Como já visto anteriormente, boa parte dos familiares tende a encarar a dependência não como doença, mas ao contrário, tendem a associar o seu surgimento a causas externas como insucesso profissional, desilusão amorosa, más companhias ou outras razões. Além disso, o despreparo dos profissionais da área de saúde em deixar claro para os familiares dos pacientes qual é o projeto terapêutico pode reforçar a idéia errônea que o sujeito em foco é apenas o paciente, e não todo o seu núcleo relacional. Em nossa experiência percebemos que esta tendência a “abandonar” o dependente ao cuidado único dos profissionais do CAPS-AD torna sua ressocialização muito prejudicada. Essa postura pode levar inclusive a reforçar a idéia da dependência como “incurável”.

“É um tratamento muito difícil. Muito difícil de se tratar e da gente entender, né? (...). Pois é, eu não entendo mesmo (...).” (F-2)

“Pra ser sincero eu tô por entender ainda. Eu não sei como é que é, o que que falam pra ele, ou se dão algum remédio, se aconselham ou coisa parecida, sabe, eu fico assim”. (F-6)

“O que eu queria do CAPS era um remédio pra cortar a raiz lá por dentro, sabe (...).” (F-1)

Por outras vias, uma crença também muito presente é aquela quando a abstinência inicial, alcançada após muito tempo de esforço, parece sinalizar como se fosse definitiva, e que todos os problemas fossem resolvidos instantaneamente no decorrer de poucos dias de abandono do consumo:

“(…), e o tratamento pra minha irmã funcionou e vai funcionar pra sempre”. (F-11)

A grande questão envolvida nestes desconhecimentos e crenças “mágicas” é o não reconhecimento da recaída no uso da substância como uma parte fundamental do processo de aprendizado, pela família e pelo dependente. É tarefa da equipe de profissionais envolvida no tratamento esclarecer que estes antagonismos são o fundamento da ambigüidade no uso de substâncias psicoativas.

Algumas famílias, visando reduzir o impacto do uso abusivo da droga no núcleo familiar, apelam para o uso de práticas espirituais. Em várias ocasiões, conforme Vaillant (1999), as tentativas de alcançar um comportamento de abstinência do dependente podem levar a família a

desenvolver uma (co-)substituição dos comportamentos, entre elas a adesão ao misticismo, à prática de oração e meditação ou outras atividades de cunho espiritual.

“Que aí eu queria que o divino Espírito Santo botasse nas mão dos médico um remédio pra cachaça, acho que todo dia rezava dez Ave Maria de joelhos só pros médico, pra curar a cachaça daquele homem”. (F-1)

“Com ele eu já andei em macumba, eu era crente, passei onze anos na Igreja Batista, (...), quem tem uma mãe (...) procura outro esforço. Eu fui pra macumba, (...), macumba na Cacimba de Baixo, macumba no Massapé, tudo eu já fiz. Oração? Toda igreja eu entrava dentro, (...), e eu não conseguia nada. (...). Saí da igreja, cheguei a ir na macumba com ele, né, ou eu servia o Diabo ou a Deus”. (F-5)

Respeitar as diferentes visões do problema da dependência, seja sob um viés religioso ou supersticioso, não significa abrir mão da tarefa de introduzir um discurso mais sistematizado dos fatos científicos, descritos pelos profissionais de saúde.

Na maior parte dos casos, o tratamento do dependente não requer internação. Nos casos raros em que a internação faz-se necessária, a decisão por ela deve ocorrer com base em critérios claros e definidos, estabelecidos de preferência em consenso entre o profissional de saúde e o dependente, ou sua família quando o juízo crítico do paciente está prejudicado.

“Quando interna a gente fica mais aliviada, mais no consciente da gente a gente sabe que os enfermeiro e os médico tão pensando lá com ele. (...), eu acho que um bom internamento numa clínica, que ele ficasse lá um bom tempo, ‘cê tá’ entendendo? (...) Quando ele se interna eu sei que tá tendo tratamento”. (F-2)

“Porque era vantagem, né: porque tanto sossega ele dentro do hospital, como a família fica sossegada. Porque quando ele tá bebendo, doutor, é um, é um tromento dentro de casa, ninguém tem sossego. (...). E eu acho que o internamento, se passasse mais uns dias, tanto sossegava ele como sossegava eu”. (F-9)

No imaginário de muitas famílias, a internação (afastamento) resolveria todos os problemas existentes.

Entretanto, faz parte do processo terapêutico a conscientização da necessidade da participação familiar, entendimento esse que se vem revelando muito difícil para algumas famílias. Mas tudo o que já foi dito não invalida também a opção pela internação como estratégia redutora do sofrimento familiar, embora não possa ser considerada isoladamente.

Vários estudos têm evidenciado em diversas situações de violência interpessoal uma importante associação desses contextos com o consumo de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas.

“O problema dele... que ele agora... Ele já veio muito mal, e muito agitado, batia ‘ni’ mim, me cortava, batia e quebrava tudo dentro de casa, (...). A vista do que ele teve ele agora tá bem, né. Tá tomando o remédio direitinho, ‘num tá’ bebendo, (...). E aí a vista do que ele tava ele tá bem, graças a Deus, tá bom”. (F-3)

A violência familiar relacionada ao uso abusivo de substâncias, em nossa opinião, é sub-notificada e pouco valorizada pelos profissionais de saúde. Num Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, são tarefas fundamentais: (1) orientar o paciente e/ou familiares a não compactuarem com práticas de violência física ou psicológica; (2) encaminhar os casos acontecidos às instâncias pertinentes; (3) prover apoio psicossocial às partes atingidas; (4) e prevenir a ocorrência de novas atitudes violentas.

“Achei vantagem para mim, que eu tava como uma desesperada, como uma louca, aqui no CAPS eu achei vantagem pra mim, (...). Melhorou porque dentro da minha casa era, com licença da palavra, um inferno. (...). Uma vez você disse que quando ele chegasse bêbo deixasse ele entrar, porque eu era muito violenta pra ele, né, era ao contrário, lá em casa era eu que era violenta pra ele, não ele comigo. E eu, pra não maltratar ele, pra num judiar com ele porque já que ele é um doente, eu tô achando melhor eu desprezar ele. (...). Porque através dos conselhos aqui, (...), você não pode maltratar ele porque ele é um homem doente, e você vai se prejudicar ‘cê’ maltratando ele, porque eu maltratava. Sou muito sincera: que Deus me perdoe, mas eu maltratava o doente lá de casa”. (F-1)

E, algumas vezes, a prevenção de sofrimento físico e psicológico associado à violência pode ser combatida com

intervenções simples e orientações bem singelas: olhar e reconhecer o outro (no caso, o dependente) como igual, respeitando a individualidade, e oferecendo atenção e carinho:

“Quando ele vivia sempre assim embriagado eu não dava muita atenção a ele, sabe? E depois disso eu tenho dado atenção, e eu acho que eu dando mais atenção, eu e a mãe dele também, então eu acredito que isso vai influir muito. Vai ajudar a fazer que ele se sinta assim mais, sabe, sei lá, estimulado”. (F-6)

Não existem remédios milagrosos em se tratando de dependência química: podemos tratar síndromes de abstinência ou comorbidades clínicas ou psiquiátricas. Naqueles pacientes com comorbidade psiquiátrica é possível que um bom suporte familiar consiga manter o dependente abstinente por longo tempo, ou então com períodos curtos de recaída. Outra vantagem seria a co-responsabilização da família na estabilização do quadro, propiciando uma melhor chance de sucesso no tratamento:

“(…), eu tenho que acudir (...) com o remédio. Aí eu tenho que agradecer muito muito ter esse tratamento aqui, porque quando a menina tá tomando o remédio ela passa de mês sem beber, ela tomando o remédio ela fica bem, né”. (F-9)

“É esse tratamento que eu consegui sossegar: antes, era de noite, quando tava melhorando começou aos gritos... (...). E tá tudo bem, (...), ele tomando o remédio direitinho, o outro também”. (F-8)

As atividades laborativas foram apontadas pela maioria dos familiares como redutora de danos. No pensamento da maioria das famílias, que associam a dependência química à “causas externas”, a inatividade e o desemprego são vistos como fatores importantes no processo de adoecimento. No presente estudo, a maioria dos familiares entende as atividades laborativas mais como terapia alternativa do que como fonte real de renda:

“Eu dou ocupação a ele: eu mando pintar o muro, a casa, é isso que eu estou fazendo, e o importante é que tá melhorando. E tomo conta dos remédio pra ele não se agoniar e sair pra beber”. (F-7)

“Pra mim era se tivesse trabalho. Porque se não faltasse, se tivesse sempre com o que

tivesse entertido... Aí eu acho que tiraria (da dependência). (...). Quer dizer que se eles tivesse, pelo menos o meu, eu acredito que se tivesse assim um trabalho (...) ia diminuindo (o consumo) com a continuação do trabalho”. (F-4)

A re-inserção desses pacientes no mercado de trabalho tem sido um dos grandes entraves nas atividades de assistência social do CAPS: o baixo nível de escolaridade, as peculiaridades clínicas e psiquiátricas, o risco de recaída e absenteísmo, são fatores que praticamente impossibilitam aos pacientes desenvolver atividades produtivas regulares. A alternativa de se disponibilizar atividades cotidianas dentro do ambiente doméstico também é bem vinda assim como as oficinas de terapia ocupacional no espaço de convivência do CAPS-AD. Entretanto, devemos tomar o cuidado de não vincular a questão da atividade produtiva a alguma forma de punição, o que afastaria qualquer possibilidade de conscientização do paciente e reforçaria sua exclusão.

“Pra ele passar o dia todinho no cabo da enxada pra quando ele chegar em casa ele já tá cansado, enfadado, aí toma banho, já procura é a rede pra ir dormir, né? (...). Tando dentro de casa ou tando fazendo qualquer coisa eu quero é vê inventar esse tipo de coisa. Eu quero é vê”. (F-3)

A importância do suporte da família e da comunidade (sejam amigos, vizinhos, companheiros de grupos de auto-ajuda, etc.) na redução dos danos devidos à dependência química é grande, mas devido à complexidade do tema não nos demoraremos muito em sua análise, procurando colocar alguns exemplos citados pelos familiares durante os grupos focais.

“Eu sei que é difícil, mas lá em casa a gente procura cuidar da alimentação dela, manter a mente dela ocupada, sabe. A gente já conversou com os vizinhos dos problemas dela, e tem uns que ajudam a manter ela controlada, tratam ela bem, sabem que ela é doente, tratam como se fosse da família. A gente tenta manter a mente dela sem pensar na bebida, arruma um trabalhinho aqui, outro acolá, não deixa ela cair na sarjeta. Acho que se num fosse isso podia ser pior”. (F-10)

“Outra coisa é a gente não perder o respeito. Minha irmã é uma mulher fraca pra bebida, mas

é uma filha de Deus, precisava de tratamento. Nós lá em casa nunca viramos as costas pra ela. Quando ela bebia a gente não deixava ela sair pra não fazer besteira na rua, ser desrespeitada. Teve vez que a gente deixava ela beber só um pouquinho em casa, a gente deixava um celular e depois ela tinha que ficar quietinha em casa, num tinha chance dela sair". (F-11)

Creemos que o trabalho do CAPS-AD de Sobral deveria, em especial, apoiar-se em ações como a criação de redes sociais, o reforço das relações afetivas, a promoção de vínculos antes inexistentes, a proposição de soluções individuais e coletivas, o fortalecimento das vivências comunitárias no tratamento de seus clientes. Por mais que seja difícil encarar o fato social de que o uso de drogas é a realidade cotidiana de grande parte das cidades brasileiras, devemos perder o medo de aproximar o dependente químico da sociedade. Embora seja complicado, o papel da comunidade e dos profissionais de saúde é estimular intervenções de prevenção de consumo e, se necessário, também as intervenções de redução de danos. Ao colocarmos o dependente químico como um vivente que necessita de políticas públicas realistas e pragmáticas, na verdade estamos tratando de um assunto bem mais amplo que é a qualidade de vida de todos nós. Se nos aproximarmos de estratégias de melhoria das condições de vida em geral – sejam elas voltadas para grupos específicos ou não – conquistaremos segurança em nossa própria qualidade de vida. Estratégias de promoção de saúde e redução de danos atingem toda a comunidade, até os que não acreditam na eficiência de tais intervenções.

4. CONCLUSÕES

A primeira lição que podemos tirar é que um CAPS-AD, por melhores que sejam seus recursos e a capacidade de seus profissionais, não pode dar conta de assumir, sozinho, a tarefa de enfrentamento da dependência química de sua clientela. É imperioso notar que as conclusões nos colocam em uma longa caminhada para alcançar algum sucesso. As percepções dos familiares espelham muito essa concepção massificada, colocada principalmente pela televisão, de que existe um “mundo das drogas”, como se o dependente químico não fizesse parte dessa mesma sociedade. Mas também é forçoso reconhecer que, de variadas maneiras, a experiência concreta vivida pelos familiares cotidianamente produz um arsenal de “micro-estratégias” de enfrentamento da dependência: seja pela afirmação da solidariedade ao outro, seja com a co-

Por mais que seja difícil encarar o fato social de que o uso de drogas é a realidade cotidiana de grande parte das cidades brasileiras, devemos perder o medo de aproximar o dependente químico da sociedade.

responsabilidade pelo tratamento ou outras formas de atuação. A esperança na capacidade humana de superação move a maioria dos familiares destes dependentes, e se constitui numa pedra angular no sucesso do tratamento, independente da meta que se deseja atingir (redução de danos ou abstinência).

É de suma importância também que os profissionais de saúde se conscientizem do impacto negativo que a não abordagem do problema da dependência química na atenção básica causa aos orçamentos dos serviços de saúde. Equipes do Programa Saúde da Família - PSF são de extrema importância na abordagem inicial de casos de dependência química, contando com informantes-chave para mapear os locais de grande consumo e organizando lideranças comunitárias nas ações de prevenção. A mobilização local de igrejas, associações comunitárias, empresas, no intuito de organizar redes de apoio e disseminação de informações podem fazer toda a diferença.

Em relação ao trabalho do CAPS-AD de Sobral, o que fica é a sensação do muito que há ainda a ser feito, principalmente no sentido de dar um melhor suporte aos familiares que freqüentam o mencionado serviço. Manter a estrutura do grupo de familiares é importante, mas ações mais educativas também se mostraram necessárias, já que boa parte dos depoimentos que apareceram nos grupos focais demonstra ainda um grande desconhecimento dos conceitos relativos à dependência, sem que os sujeitos envolvidos tenham se apoderado da compreensão dos fundamentos básicos do tratamento e de como enfrentar as adversidades que surgem nesta jornada.

Outra tarefa que se coloca para os profissionais do CAPS-AD é no campo institucional: a necessidade de criar um sinergismo com outras organizações, governamentais e não-governamentais, como Câmara Municipal, Conselho Municipal de Álcool e outras Drogas, Secretaria de Educação, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos,

agregando esforços na prevenção do uso e consumo, promoção de hábitos saudáveis e tratamento das comorbidades clínicas e psiquiátricas.

Finalizando, é preciso lembrar que o trabalho interdisciplinar envolvendo o tratamento da dependência química deve se pautar por um tom de tolerante, humanismo, realismo, pragmático, corajoso e não moralista.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, N. O problema das drogas. Em: Punidos e mal pagos: violência, justiça, segurança pública e direitos humanos no Brasil de hoje. Rio de Janeiro: **Revan**, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto Nº 93.9333 de janeiro de 1987. Critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, nº 2, 1996.

EDWARDS, G. **O tratamento do alcoolismo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

FENDER, S. A. "A importância do envolvimento dos familiares", In: SILVEIRA, D.X. E GORGULHO, M. **Dependência**: compreensão e assistência às toxicomanias – uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

GATTI, B. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. São Paulo: Loyola, 2005.

MARINHO, J.R.M. **Caracterização dos casos atendidos no CAPS-AD em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral - CE, setembro de 2002 a agosto de 2003**. Monografia apresentada à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/ Universidade Vale do Acaraú, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

RODRIGUES, M. S. P. E LEOPARDI, M. T. **O Método de Análise de Conteúdo**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

VAILLANT, G. E. **A história natural do alcoolismo revisitada**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

