

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

REPERCUSSÕES DO ALCOOLISMO NO AMBIENTE FAMILIAR

MARIA JOSÉ TEMPESTA DE FREITAS

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2012

MARIA JOSÉ TEMPESTA DE FREITAS

REPERCUSSÕES DO ALCOOLISMO NO AMBIENTE FAMILIAR

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2012

MARIA JOSÉ TEMPESTA DE FREITAS

REPERCUSSÕES DO ALCOOLISMO NO AMBIENTE FAMILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Oliveira Castro

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2012

MARIA JOSÉ TEMPESTA DE FREITAS

REPERCUSSÕES DO ALCOOLISMO NO AMBIENTE FAMILIAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Oliveira Castro

Banca Examinadora

Prof. Dr. Juarez Oliveira Castro - orientador

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/2012

Dedico este trabalho a todos aqueles que contribuíram para a sua realização.

Em primeiro lugar a Deus, criador de todas as coisas boas que vivemos.

Ao meu namorado e a minha família.

Agradeço a Deus, que concedeu inteligência e fortaleza para realização desse precioso trabalho.

A minha família, professores, ao meu orientador, amigos...

A todos que colaboraram direta ou indiretamente na construção deste trabalho.

“A mente que se abre ao conhecimento jamais volta ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

RESUMO

Este estudo aborda as repercussões do alcoolismo no ambiente familiar. Tal abordagem fundamenta-se no fato de ser este um tema de saúde pública que afeta milhares de pessoas em todas as faixas etárias, trazendo consequências biopsicossociais, familiares e individuais. Trata-se de um assunto mundialmente discutido, portanto deve ser divulgado, conhecido e refletido. Mediante esse fato traçou-se como objetivo realizar um levantamento bibliográfico acerca do álcool, das repercussões do alcoolismo no ambiente familiar, dando ênfase na melhoria da qualidade de vida para esses familiares. Este trabalho foi elaborado a partir de uma revisão bibliográfica fundamentada em artigos, periódicos e livros relacionados ao tema. Pelo estudo pode-se concluir que o trabalho com famílias deve ser priorizado na prevenção do uso e abuso do álcool. Para melhor realização deste trabalho, torna-se necessária a capacitação de todos os profissionais envolvidos, nas equipes de saúde da família, do Centro Psicossocial ad, e promover subsídios necessários para desenvolver ações de prevenção primária do uso prejudicial do álcool.

Descritores: Alcoolismo. Família. Co-dependência.

Abstract

The study examines the effects of alcoholism in the family environment. This approach is based on the fact that this is a public health issue that affects thousands of people in all age groups, bringing consequences biopsychosocial, family and individual. This is a topic discussed worldwide, so it must be disclosed, known and reflected. Upon this fact is traced as objective a literature survey on alcohol, the effects of alcoholism in the family environment, with emphasis on improving the quality of life for these families. This instrument was developed from a literature review based on articles, journals and books related to the topic. Through the study we can conclude that working with families should be prioritized to prevent the use and abuse of alcohol. To best accomplish this work, it becomes necessary training for all professionals involved, family health team, Psychosocial Center-ad, subsidies and promote actions needed to develop primary prevention of harmful use of alcohol.

Keywords: Alcoholism. Family. Co-dependency.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
5 DISCUSSÃO	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O hábito de beber vem desde a antiguidade, pré-história, mas apenas recentemente foram iniciados estudos para entender este fenômeno. Devido à grandiosidade de problemas, associados ao consumo de álcool, causados a população, atualmente pesquisadores, cientistas, psicólogos, sanitaristas, biólogos dentre outros estudiosos, tem se voltado para estudar este assunto (SANTOS; VELOSO, 2008).

O uso do álcool determina às sociedades de todos os países danos indesejáveis e dispendiosos, ocasionando o alcoolismo, tornar-se, uma doença crônica, complexa e progressiva que interfere biopsicossocial e economicamente no indivíduo afetado e em seus familiares.. Além de ser uma doença incurável, exige controle de abstinência por toda a vida (WANDEKOKEN; LOUREIRO, 2010).

O abuso e dependência de bebidas alcoólicas constituem-se um grande problema de saúde pública, sendo constatado por meio de dados epidemiológicos. Por intermédio desses dados o alcoolismo é colocado como a segunda causa de internação psiquiátrica, uma das principais causas de aposentadoria por invalidez, absenteísmo e acidentes de trabalho e de trânsito (SANTOS; VELOSO, 2008).

Os quadros de dependência química acarretam além de repercussões negativas na saúde do usuário, grave reflexo no âmbito sócio familiar entre esses problemas está a chamada co-dependência da família. Em situações como esta, os membros da família perdem a autonomia em relação as suas vidas e passam a viver exclusivamente voltados para os problemas gerados pelo dependente químico. Na maioria das vezes esse tipo de conduta gera muito sofrimento familiar e ajuda pouco o usuário de álcool ou drogas. A família precisa ser orientada e apoiada no âmbito de constituir-se em um grupo que deve acolher o dependente químico, mas não a qualquer custo.

A relevância desta pesquisa fundamenta-se no fato de ser este um tema de saúde pública que afeta milhares de pessoas em todas as faixas etárias, trazendo conseqüências biopsicossociais, familiares e individuais. Trata-se de um assunto mundialmente discutido, portanto é um tema que deve ser divulgado, conhecido e

refletido. Sendo ainda um problema presente no território da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuo e os transtornos causados as famílias repercutem no trabalho da equipe de saúde da família.

2 OBJETIVO

Realizar um levantamento bibliográfico acerca do álcool e as repercussões do alcoolismo no ambiente familiar.

3 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado a partir de uma extensa pesquisa bibliográfica fundamentada em livros, artigos, revistas, manuais e guias do Ministérios da Saúde dos últimos dez anos.

Optou-se por não definir tempo de busca e fazer a pesquisa livre nos bancos de dados, utilizando-se os seguintes descritores:

Alcoolismo, Família, co-dependência.

A pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador entrar em contato com as publicações de outros autores que trabalharam com o tema e ainda fazer interferências sobre os temas pesquisados.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Origem do álcool

Segundo Moraes (2008), dentre as drogas consumidas pela humanidade, o álcool é uma das mais antigas e mais utilizadas com diferentes fins, desde anestésico a narcótico. Pelo fato de ser uma substância produzida a partir de elementos disponíveis na natureza (água, açúcar, fermentos e calor), talvez a origem do álcool tenha ocorrido espontaneamente, durante a pré-história humana. Com o posterior desenvolvimento de técnicas agrárias e de utensílios de cerâmica, é provável que o armazenamento, fermentação e comercialização tenham sido facilitados, contribuindo para uma produção sistemática posterior.

O álcool etílico ou etanol é comumente obtido pela fermentação de produtos vegetais açucarados ou amiláceos, como caldo de cana, amido. Esta transformação é feita por um fermento, o levedo de cerveja que encerra um microrganismo, o *Saccharomyces cerevisiae*, responsável pela reação. O álcool é obtido desta maneira, é o que se encontra nas bebidas fermentadas como a cerveja e o vinho. Submetido a processos de destilação, produz o uísque, a vodca, a cachaça dentre outras, que evidentemente, possuem maior concentração alcoólica (MURAD, 2003).

A produção de bebidas alcoólicas era considerada uma arte pelos povos egípcios e gregos. Os egípcios possuíam destilarias onde praticavam o culto a Osíris como agradecimento pela dádiva da cevada. Os gregos cultuavam a Dionísio e ofereciam bebidas aos soldados e deuses para facilitar as relações interpessoais. Durante a idade média o álcool foi considerado como saudável e utilizado para fins terapêuticos. Os árabes com conhecimentos aprimorados de destilação começaram a produzir bebidas com maior teor alcoólico. Já no século XIX com a revolução industrial, houve uma expansão do consumo do álcool e de suas consequências. Surgem a partir de então, as primeiras preocupações com prevenção e o surgimento de campanhas. Até esta data o alcoolismo era considerado um vício, e não uma doença (MORENO, VENTURA e BRETAS, 2009).

Os portugueses, quando chegaram ao Brasil, conheciam o vinho e a cerveja. Depois com a cana de açúcar passaram a fabricar cachaça. Seu objetivo era alterar a

consciência para acabar com as dores do corpo e da alma, criar coragem em covardes, aplacar traições e ilusões. Na atualidade, para tudo, na alegria e na tristeza, o brasileiro justifica o uso do álcool (ANDRADE; ESPINHIRA, 2010).

Murad (2003) descreve o álcool como líquido incolor, de cheiro característico, inflamável, volátil e que produz efeito intoxicante quando consumido em maior quantidade. Em determinadas condições e de acordo com a quantidade, pode produzir sensação de euforia, bem-estar, sedação ou alacridade, inconsciência dependendo da dose em que é ingerido. Assim enquadra-se como droga psicoativa, sendo quimicamente, a mais simples delas.

As bebidas alcoólicas possuem teores diferentes de álcool etílico ou etanol. Aquelas obtidas por fermentação têm teores mais baixos, aproximadamente 5% na cerveja, e 12% no vinho. As bebidas destiladas como uísque, gim, vodca e cachaça possuem teores mais elevados que variam de 40 a 50%. Alguns países têm lançado ultimamente no mercado a cerveja tipo light, de baixo teor alcoólico, que não ultrapassa 2%, igualmente a cerveja preta, no Brasil.

Dentro deste contexto, Murad (2003) aponta outra característica do álcool, como a única droga que, quando metabolizada, produz calorías. Assim o álcool pode ser considerado como um alimento, porém pobre, pois não possui proteínas e nem vitaminas, ocasionando uma série de problemas nutricionais.

Murad (2003) ressalta ainda que o álcool é uma molécula relativamente simples, facilmente solúvel em gordura ou água, uma boa parte dela é absorvida diretamente pela mucosa do estômago, o que não acontece com a maioria das outras drogas ingeridas por via oral, que são absorvidas nos intestinos. Portanto espalha-se logo pelo corpo e chega ao cérebro com certa rapidez e os efeitos de sua ingestão se fazem sentir poucos minutos após a tomada da bebida alcoólica.

A velocidade da absorção do álcool é importante porque o cérebro se adapta de modo relativamente lento a ele e o fígado o metaboliza em um ritmo também lento. Por conseguinte, se o álcool chega à corrente circulatória mais lentamente, estômago cheio, o cérebro e o fígado têm melhores possibilidades de manejar as

doses sem que surjam maiores problemas, seja em termos de comportamento, ou em termos de metabolismo. Com o estômago vazio, o álcool chega ao cérebro e ao fígado mais rapidamente e com maior impacto, portanto, com probabilidade maior de causar riscos à saúde, produzindo-se a embriaguez com maior facilidade e rapidez (MURAD, 2003).

A princípio o álcool era apresentado como um componente essencial em festividades e reuniões familiares, sendo representado pelo vinho, com baixo teor alcóolico, sem grandes efeitos nocivos à saúde. No decorrer da história, a relação do indivíduo com o álcool mudou, é como se houvesse sido revelada a outra substância que irmana, comunga e alegra, também estimula a agressividade, a discórdia e a dor, rompendo laços de família, amizade e de trabalho (LARANJEIRA; MELONI, 2004).

4.2 Efeitos do álcool no organismo

O álcool etílico é uma substância com efeitos puramente depressores do sistema nervoso central, apesar dos efeitos estimulantes ou euforizantes o que torna a bebida promotora de animação e descontração nas reuniões sociais (LARANJEIRA; MELONI, 2004).

A absorção do etanol é muito rápida pelo estômago, distribuída de forma uniforme pelos outros tecidos do corpo, inclusive o cérebro. Atravessa a placenta e atinge o feto ainda em formação nos mesmos níveis sanguíneos de sua mãe (LARANJEIRA; MELONI, 2004).

O consumo de álcool é medido por unidades. Uma unidade equivale a dez gramas de álcool. Obtêm-se as unidades equivalentes de uma determinada bebida, a partir da multiplicação da quantidade da mesma por sua concentração alcóolica. Desse modo chega-se à quantidade absoluta de álcool da bebida. Em seguida é feita a conversão, uma unidade para cada dez gramas de álcool da bebida (MARQUES; RIBEIRO, 2002).

O uso excessivo de bebida alcoólica pode causar dependência e resultar em danos físicos, mentais e sociais. Os danos mentais podem repercutir em desordens psiquiátricas, e conseqüentemente danos sociais, como divórcio, violência doméstica e sexual, acidentes de trânsito, vandalismo, podendo resultar em morte (LARANJEIRA; MELONI, 2004).

Os motivos pelos quais o indivíduo consome bebidas alcoólicas podem estar relacionados à diminuição da timidez, forma de acalmar-se, e o prazer de beber.

Dentre os danos físicos causados pelo álcool podem ser citados: hepatite, cirrose hepática, gastrite, pancreatite, insuficiência cardíaca, hipertensão, deficiências nutricionais, alterações hormonais, disfunção sexual, doenças de pele, doenças sexualmente transmissíveis, retardo das funções do sistema imunológico resultando em doenças infecciosas como pneumonia, tuberculose e até câncer (BRASIL, 2003).

Observa-se também que durante o período de abstinência do álcool surgem sintomas desagradáveis como tremores sudorese, taquicardia, hipertensão, cefaleia, insônia, alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias, irritabilidade, náuseas, vômitos e convulsões (NOTO *et al*, 2003).

Alguns dos danos psicológicos ocasionados pelo abuso de álcool, irritabilidade, nervosismo, insônia, depressão, ansiedade, baixa autoestima, falta de concentração, e fragilidade emocional (NOTO *et al*, 2003).

É importante ressaltar o alcoolismo como uma doença que incapacita o indivíduo para a vida e para o trabalho. Se o álcool por um lado recebe um valor positivo de seus usuários como um agente produtor de sociabilidade como um momento de reunião, por outro negativamente tem levado a rupturas de relações sociais dentro da própria família (MOTA, 2004).

Nos contextos individuais várias pessoas estabelecem com o álcool e outras drogas uma relação afetiva de prazer tão intensa que não conseguem ficar livres da síndrome de dependência. A necessidade psicológica e física é evidenciada por um forte desejo ou fissura que não os mantêm fora da abstinência. Com a ingestão de

bebidas e uso de drogas os usuários-problemas começam a desenvolver em casa no trabalho como também em atividades de lazer, situações de risco internas e externas que podem levar o indivíduo a recair no uso. O perigo de perder o controle e a manutenção da abstinência como enfrentamento da situação de risco é acompanhado por muita ansiedade por parte do usuário (MOTA, 2004).

As situações de dependência estão intimamente ligadas a problemas sócios culturais que necessitam ser abordados não só como indicadores à dependência, mas como fatores importantes sinalizadoras de crenças que necessitam de intervenções e que permanecem intocáveis diante das políticas públicas no Brasil. As drogas estão sendo vistas como uma alternativa ao estresse as frustrações, mas o olhar deve ser colocado no cerne do problema que é a questão que motiva o uso (BARRETO, 2008).

Segundo Pereira e Viana (2009) deve-se suspeitar de dependência química quando estão presentes pelo menos três destes elementos compulsão para consumir a substância, dificuldades de controlar o consumo da substância, evidências de estado de abstinência ou tolerância da substância, abandono progressivo de outras atividades ou interesses em favor do uso da substância, persistência no uso a despeito de evidência clara dos prejuízos físicos, econômicos e sociofamiliares envolvidos.

4.2.1 Intoxicação aguda

Considera-se intoxicação o uso nocivo de substâncias em quantidades acima do tolerável para o organismo. Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica são caracterizados por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Primeiramente há sintomas de euforia leve, evoluindo para tontura, ataxia e incoordenação motora, passando para confusão desorientação e atingindo graus de anestesia, entre eles o estupor e o coma. A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia. O desenvolvimento de tolerância, a velocidade da ingestão o consumo de alimentos e alguns fatores ambientais também são capazes de interferir nessa relação (MARQUES; RIBEIRO, 2002).

4.2.2 Síndrome de abstinência do álcool

A síndrome resulta de um processo neuroadaptativo do sistema nervoso central. Existem dois tipos de adaptação. Frente à presença constante da substância, elas se estabelecem em busca de um novo equilíbrio. A adaptação de prejuízo é a diminuição do efeito da droga sobre a célula. A adaptação de oposição é a instituição de uma força no interior da célula, antagônica ao efeito da droga (MARQUES; RIBEIRO, 2002).

A maioria dos dependentes (70% a 90%) apresenta uma síndrome de abstinência leve à moderada, caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora. Ela se dá por volta de 24 a 36 horas após a última dose. Apenas medidas de manutenção geral dos sinais vitais são aplicadas nesses casos. Por volta dos 5% dos dependentes apresentarão uma síndrome de abstinência grave. A síndrome é autolimitada, com duração média de 7 a 10 dias. Crises convulsivas aparecem em 3% dos casos e geralmente são autolimitadas, não requerendo tratamento específico. A mortalidade gira em torno de 1% (MARQUES; RIBEIRO, 2002).

O sintoma mais comum é o tremor, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos. Ele tem intensidade variável, aparece algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, mais observados no período da manhã. Acompanham os tremores hiperatividade autonômica, desenvolvendo-se taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese, hipotensão ortostática e febre (MARQUES; RIBEIRO, 2002).

4. 2.3 *Delirium tremens*

É considerada a forma mais grave e aguda da síndrome de abstinência alcoólica. Dentre os sintomas psíquicos destaca-se um estado intensamente alucinatorio, sobretudo na esfera visual; intensa desorientação no tempo e no espaço, agitação psicomotora. Já os orgânicos ocorrem um tremor intenso e generalizado, com elevado aumento da temperatura. O *delirium tremens* é um quadro que representa risco de vida, na ausência de tratamento adequado (MINAS GERAIS, 2006).

4. 2. 4 *Delirium* alcoólico subagudo

Do ponto de vista somático, o estado geral não está gravemente afetado. Os sintomas psíquicos, porém são do mesmo tipo: o paciente vive intensamente suas alucinações. Acredita ver pequenos animais em seu corpo (zoopsias) ou vê-se envolvido em cenas de violência e terror. Há diminuição do nível de consciência, com desorientação e prejuízo da atenção (MINAS GERAIS, 2006).

4. 2. 5 Alucinose alcoólica

São quadros em que, a orientação é preservada, não havendo alterações significativas do nível de consciência. Porém a atividade alucinatoria é predominantemente auditiva. A evolução costuma transcorrer em dias ou semanas, caminhando para a cura. Preferencialmente, usa-se benzodiazepínicos, ou até mesmo antipsicóticos, especialmente o haloperidol, em baixas doses (MINAS GERAIS, 2006).

4. 2. 6 Transtornos amnésicos

Neste caso destaca-se perturbação da memória causada pelo uso pesado prolongado de álcool, geralmente após os 35 anos. A deficiência de tiamina, consequente aos maus hábitos alimentares, ou aos problemas de absorção desta substância, costumam acompanhar o alcoolismo (MINAS GERAIS, 2006).

A síndrome de Wernick, ou encefalopatia alcoólica, caracteriza-se pelos sintomas agudos reversíveis: transtorno de memória, sintomas neurológicos agudos e reversíveis: transtorno de memória, sintomas neurológicos agudos, o quadro inicial responde rapidamente a altas doses de tiamina parenteral. Esta síndrome pode evoluir para a de Korsakoff, uma síndrome amnésica crônica, que prejudica sobretudo o funcionamento da memória recente. Apenas 20% dos casos são reversíveis. O tratamento é feito com tiamina oral (MINAS GERAIS, 2006).

4.3 Alcoolismo como doença

A abordagem moderna do alcoolismo é diferente. Tanto a Organização Mundial de Saúde(OMS) como a Associação Médica Americana(AMA) , o Conselho Nacional de Alcoolismo(CNA) e os próprios Alcoólicos Anônimos(AA), encaram o alcoolismo como uma doença crônica e potencialmente fatal. Neste aspecto, sustenta-se que os dependentes do álcool herdam reações bioquímicas mal adaptadas a certas substâncias químicas. Genes falhos levam à produção de enzimas falhas que perturbam o metabolismo normal do álcool, o que resulta numa reação patológica à droga (MURAD, 2003).

Os seguintes fatos asseguram esta teoria genética. Primeiramente, estudos feitos com filhos adotivos mostram que, independentemente das influências ambientais, os filhos biológicos de alcoólatras, mesmo quando seus pais são abstinentes, apresentam maior probabilidade de se tornarem também alcoólatras do que filhos dos não alcoólatras. Por conseguinte, quando o casal é alcoólatra, os seus filhos têm quatro vezes maiores probabilidades de se tornarem alcoólatras do que a média na população (MURAD, 2003).

O álcool pode ser considerado como um agente depressor do sistema nervoso central. São efeitos aparentemente contraditórios, mas são explicados por meio do mecanismo de neurotransmissão do sistema nervoso central. Há dois tipos de ligações nas sinapses, um é o excitador que é responsável pelo aumento do estado de excitação, o outro é o curso inibidor, que diminui os efeitos da excitação, servindo assim de controle sobre o excesso de excitação nos neurônios. (MURAD, 2003).

Inicialmente, quando se ingere bebida alcoólica, ela age sobre o curso inibidor que assim é deprimido. Deste modo, a excitação predomina e o bebedor sente animação. À proporção que o indivíduo aumenta o consumo da bebida, (há maior probabilidade de se envolverem em acidentes, pois há uma diminuição dos reflexos e do tempo de reação), o curso excitador é também deprimido. Surge então a depressão (MURAD, 2003).

Fainzang (2007) defende que nos discursos da causalidade alcoólica, no que concerne ao alcoolismo dos homens esse difere em relação ao alcoolismo nas mulheres. Nelas, há uma tendência a priorizar causas psicológicas, enquanto, nos homens, há uma evocação às causas sociológicas como pressão social, más condições de trabalho. De tal modo a causa do alcoolismo masculino se situa, fora do bebedor (exógena), enquanto ela está dentro da mulher, intrinsecamente frágil (endógena).

O tratamento do alcoolismo é extremamente complexo. Muitas vezes é um longo penoso e frustrante percurso já que as recaídas são comuns e frequentes.

4. 4 Família: co-dependência

O contexto familiar influencia fortemente o estado de saúde de cada indivíduo que, influencia o modo pelo qual a unidade familiar funciona. Nesse processo de influências recíprocas a família é considerada como o grupo primário de relacionamento e articulação entre seus membros, seja por laços biológicos, legais ou reais (ZANETTI *et al*, 2008).

Os casos de dependência química na maioria das vezes trazem, além das repercussões negativas sobre a saúde do usuário, graves reflexos no âmbito sócio familiar. Nestes casos, os elementos da família perdem a autonomia em relação às suas vidas e passam a viver excepcionalmente voltados para os problemas gerados pelo dependente químico. Esse tipo de conduta gera muito sofrimento familiar e ajuda pouco o usuário de álcool e drogas.

Afirma Fligie (2004) o modelo de doença familiar considera o alcoolismo ou o uso nocivo drogas como uma doença que afeta não apenas o dependente, mas também a família.

Nesse sentido Campos, (2004) assinala que o alcoolismo, apesar de ser considerado um mal individual, ao mesmo tempo em que atinge o dependente, afeta a sua família e o local de trabalho, danificando os vínculos sociais e os afetos. Caracteriza-se como uma doença da família.

Fainzang (2007) defende que o alcoolismo é uma doença assumida fisiologicamente pelos próximos, já que algumas de suas marcas podem ser também lidas no corpo dos outros, como alguns sintomas relatados pelos cônjuges, depressão nervosa, dificuldades para dormir e raciocinar, dores estomacais, problemas de memória, dentes danificados e diminuição do apetite.

A família tem necessidade de ser orientada e apoiada no sentido de constituir-se em um grupo que deve acolher o dependente químico, mas não a qualquer custo. Os membros da família devem ser estimulados a falar de seus sentimentos em relação ao problema e encorajados a retornar seus projetos de vida sem clima de culpa, muito frequente nessas ocasiões. Reuniões familiares regulares na própria UBS e indicação para participação em grupos de autoajuda como o Al-Anon (grupos para familiares e amigos de alcoólatras) são ações recomendadas. Nos casos semelhantes, em que o usuário não apresenta demanda clara para o tratamento, os profissionais de saúde devem compreender que ele ainda está na fase de negação do problema ou não consegue perceber os prejuízos que o envolvimento com a droga tem causado para si e para as pessoas de sua convivência. (PEREIRA; VIANA, 2009).

O encaminhamento para grupos de autoajuda como os de Alcoólatras Anônimos (AA) ou Narcóticos Anônimos (NA) e dispositivos comunitários de tratamento como os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS ad) deve ser sempre encorajado. A ida para comunidades de tratamento terapêutico ou clínicas de reabilitação de dependentes químicos, onde os pacientes ficam restritos do contato social e familiar por semanas ou meses, deve ser indicada apenas para aqueles que fracassaram nas estratégias de tratamento ambulatorial, que não possuem outros transtornos psiquiátricos graves e que aceitem passar por um regime de confinamento prolongado. Para realizar o tratamento da dependência química, o ideal é que a equipe da Atenção Básica possa fornecer informações úteis para os usuários de drogas e seus familiares e também as várias opções de tratamento, já que cada usuário poderá se beneficiar de recursos distintos conforme seus interesses e necessidades em seu tratamento (PEREIRA; VIANA, 2009).

Schenker e Minayo (2004) apontam que a família é importante para a formação e o desenvolvimento do uso abusivo de drogas. Necessita-se tratar toda a família para a transformação da adição em recuperação da saúde. A questão das

drogas invade múltiplos contextos que tem de ser envolvidos na abordagem do jovem.

De acordo com Sena *et al* (2009) independente da etiologia associada, o alcoolismo constitui uma patologia que pode ser apontada como uma das mais graves para a humanidade. Já que não afeta apenas ao usuário, mas todos os que convivem direta ou indiretamente com ele, trazendo graves consequências para o desenvolvimento das pessoas, para a qualidade de vida e de saúde daqueles que convivem com o problema. Além disso, está relacionado ao alcoolismo, atos de violência, delinquência, e também desentendimentos familiares e afetivos.

A dependência química ou do álcool presente em muitas famílias torna os seus membros vulneráveis a muitas enfermidades entre elas a co-dependência. Admitir que não é o culpado pelo uso e abuso de substâncias psicoativas de amigos e parentes, é um grande desafio.

A palavra co-dependência é utilizada para descrever as pessoas cujas vidas foram afetadas como resultado de um relacionamento com um dependente químico. Diante de um relacionamento comprometido com usuário de álcool e drogas, a vida das pessoas, torna-se descontrolada. Co-dependência é uma doença emocional, onde várias pessoas vivem em função do(s) outro(s) ajudando, controlando, sentindo-se culpadas ansiosas e com atitudes de auto-anulação (BEATTIE, 2001).

Ainda conforme Beattie, (2001) os conhecimentos acerca da enfermidade são insuficientes, existe uma carência de ajuda especializada para a demanda crescente de famílias com usuários de álcool. A deficiência de estilo de vida que favoreça a incorporação de padrões saudáveis, a presença de atitudes negativas dificulta a recuperação do usuário. As expectativas são superficiais, já que a própria família precisa receber atenção especializada para confrontar uma reabilitação com recaídas ou com sobriedade onde ainda alguns membros da família fazem uso social do álcool.

A família é um sistema dinâmico e passível de mudanças. Melhorar as relações familiares é resgatar um vínculo familiar fragilizado na tentativa de estabelecer um

fator de proteção. Trata-se de um trabalho complexo que merece ser priorizado pelas políticas públicas (PEREIRA; VIANA, 2009).

4.5 A Estratégia Saúde da família e o alcoolismo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu a partir da necessidade de uma atenção integral à família e comunidade, compreendidas a partir do seu ambiente físico e social. Isto permite que a equipe multiprofissional compreenda o processo saúde-doença e as necessidades locais, e vai além da execução de práticas curativas. Assim a ESF, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem e agente comunitários de saúde, possibilitam a integração promovendo a organização destas atividades em um território definido (PIRES, 2009).

Os agentes comunitários de saúde podem ajudar a identificar problemas relacionados ao uso de álcool e propor discussões destes casos com a equipe, para desenvolver um plano de ação. Com isto eles podem contribuir fazendo orientações aos usuários, e ajudar os dependentes na busca de um tratamento mais adequado ou especializado (PIRES, 2009).

Diante das questões relacionadas ao uso problemático do álcool, as abordagens preventivas devem ser cada vez mais valorizadas e incentivadas. A Organização Mundial de Saúde têm investido em pesquisas sobre prevenção de problemas ligados ao álcool na atenção primária à saúde (PIRES, 2009).

A política nacional sobre o álcool tem como objetivo estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2010).

A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de

Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), devendo estar inserida na atuação de Saúde da Família, no trabalho dos ACS e da Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2003).

Destaca-se a importância de capacitar as equipes de saúde da família e fornecer os subsídios necessários para o desenvolvimento de ações de prevenção primária do uso prejudicial do álcool para diagnóstico precoce, tratamento de casos não complicados e encaminhamento dos casos moderados e graves (BRASIL, 2003).

É fundamental o conhecimento e a ampla disseminação da política e da legislação brasileira sobre drogas em todos os setores do país, mostrando a sua importância nas ações de prevenção do uso, tratamento e reinserção social. O uso de drogas afeta a todos, seja familiares, líderes comunitários, profissionais ou cidadãos. As orientações da Política Nacional sobre drogas contribuem para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de álcool e drogas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizante do usuário e seus familiares (BRASIL, 2010).

4. 6 CAPS ad: usuário de drogas e álcool

Seja qual for o modelo de atenção que oriente as ações em saúde, a literatura mostra que o tratamento deve fundamentar-se em aspectos biológicos, psíquicos e sociais, sendo capaz de responder às particularidades do indivíduo, do grupo, do tipo de droga e do ambiente sociofamiliar. A maior parte dos serviços de tratamento para problemas decorrentes do uso de drogas no Brasil pertence à rede pública de saúde, regida pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo modelo oficial de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Com diversas origens e pautados em diferentes concepções de atenção à saúde, a rede de atendimento a dependentes químicos no país está distribuída entre UBS, hospitais gerais, serviços ambulatoriais, unidades especializadas, clínicas especializadas e comunidades terapêuticas (MORAES, 2008).

O Programa de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS define como principais componentes da assistência: a atenção básica; a

atenção nos CAPS-ad, ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social, associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil, serviços colocados à disposição pelo SUS (MORAES, 2008).

A atenção psicossocial tem como proposta compreender a determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença. Considera os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos e intervém na organização das relações intra-institucionais, horizontalizando as ações e valorizando a equipe multidisciplinar. Trabalha para a modificação da ideia de instituição como clausura, permitindo uma relação com ambiente externo. Tem ainda como princípio a execução de ações éticas e terapêuticas baseadas na recuperação dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social (MORAES, 2008).

Para isto, algumas exigências são impostas como a desospitalização, desmedicalização, clínica ampliada e transdisciplinar, horizontalização das relações intra-institucionais, trânsito livre nas unidades de saúde, atendimento integral e territorializado, desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico em substituição ao psicossocial. Esse modelo está na base de funcionamento dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), serviços de atenção psicossocial implantado maciçamente no Brasil, paralelamente à diminuição significativa de leitos e hospitais psiquiátricos (MORAES, 2008).

A implantação dos chamados CAPS-ad, específicos para tratamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tem sido a prioridade da atual política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do ponto de vista do tratamento (MORAES, 2008).

Além da regulamentação dos CAPS-ad o Ministério da Saúde também instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a partir da Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas e na criação “de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais”, integradas ao meio cultural e

adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica. É importante destacar que a referida Portaria baseia-se, entre outros documentos, na Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, ao recomendar a ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade (MORAES, 2008).

A criação de uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde surgiu a partir da necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde. Tem como pressupostos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde como usuários, profissionais e gestores (MORAES, 2008).

A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), devendo também estar inserida na atuação das equipes de Saúde da Família, dos ACS e da rede básica de saúde (BRASIL, 2003).

É necessário também aperfeiçoar a assistência dos casos de maior gravidade os quais demandam cuidados mais específicos, em dispositivos de maior complexidade, como serviços de emergências psiquiátricas, principalmente, nos casos de urgência como, quadros de intoxicação ou abstinências graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos (BRASIL, 2003).

Em relação à capacitação, devem ser expandidas as atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS, capacitando não somente os profissionais dos CAPS-ad como também os que atuam nas equipes de saúde da família, em especial os ACS (BRASIL, 2003).

4.7 Alcoólatras Anônimos e Al-Anon

O AA constituem uma organização fundada na década de 30 nos Estados Unidos, e que se fundamenta na premissa da falta de controle que os alcoolistas têm sobre a bebida e cujo fator principal da recuperação encontra-se na abstinência completa e nas possíveis modificações no ambiente, no comportamento e nas mudanças

psicológicas e espirituais para ajudar a manter tal abstinência. O trabalho se baseia numa terapia de grupo de suporte mútuo (MURAD, 2003).

O AA são uma comunidade de homens e mulheres que compartilham experiências buscando solucionar os problemas e ajudar na recuperação de outras pessoas, enquanto o Al-Anon é um espaço de troca de experiências para familiares de alcoolistas. Esses grupos não estão ligados a seitas, religiões, partidos políticos e instituições (FIZOLA *et al*, 2009).

Ao frequentar as reuniões do Al-Anon, grupo de autoajuda para familiares de alcoolistas, a família recebe apoio e troca de experiências. Os familiares aprendem que o alcoolismo é uma doença crônica e acabam mudando suas atitudes. Eles utilizam os princípios do grupo para lidar com as situações e passam a agir com serenidade nos momentos de enfrentamento (FIZOLA *et al*, 2009).

O grupo Al-Anon tem importância na construção de uma nova forma de conviver com os problemas e que estão aprendendo a lidar com o alcoolismo. Nesse processo, elas entendem que, para ajudar seu familiar, precisam cuidar de si mesmas. Quando o alcoolista interrompe o uso do álcool, a família experimenta a vivência da sobriedade, percebe que as situações dentro do lar se modificam e também nota que a reinserção do alcoolista na dinâmica familiar é fruto de um processo. Mas os membros da família enfrentam recaídas e relatam que essas representam um grande sofrimento (FIZOLA *et al*, 2009).

5 DISCUSSÕES

De acordo com a literatura pesquisada, verifica-se que a doença do alcoolismo afeta o cônjuge, os filhos, e as pessoas próximas do dependente, originando o conceito de co-dependência. Para tratar a co-dependência dos membros, é indicado o grupo Al-Anon, que tem o objetivo de propiciar entendimento aos familiares de dependentes químicos, quanto aos efeitos do consumo de álcool, seguindo os princípios da Associação dos Alcoólicos Anônimos.

Em famílias onde existe um membro alcoolista, os filhos podem ter seu desenvolvimento afetado pela situação a qual estão expostos (TIBA, 2007).

Muitas famílias apresentam dificuldades para admitir o problema, em função de sentimentos de vergonha, demoram a procurar um profissional, o que acaba agravando a situação familiar acarretando sua desagregação.

A mídia desenvolve influência positiva ou negativa sobre os indivíduos. Na medida publicitária em que a mídia publicitária enfatiza o estímulo ao consumo de bebidas alcoólicas, a influência faz-se prejudicial à sociedade.

É importante que as famílias participem dos programas oferecidos, porque assim eles compreenderão o alcoolismo, aprenderão a lidar com as frustrações, e ainda poderão ajudar o alcoolista na busca pela sobriedade. Nos centros de apoio, os alcoolistas são acolhidos profissionais envolvidos no atendimento.

Os autores foram unânimes em dizer que o alcoolismo é uma doença que além dos males causados ao indivíduo propicia uma desagregação familiar.

Os membros da família muitas vezes também se tornam alcoólatras pelo exemplo respaldado nos ensejos dos momentos de prazer, de liberação de emoções, entre outros.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos aspectos que estudo revela é que o uso do álcool impõe as sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis, extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida. A reafirmação histórica do papel nocivo que o álcool oferece, deu origem as respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes de seu consumo, o que concretiza a magnitude da questão, no contexto de saúde pública mundial.

Em famílias onde um de seus membros é dependente de álcool, todos os membros sofrem. O tratamento também deve ser direcionado à família, já que o alcoolismo não acarreta prejuízos somente ao usuário, mas a todas as pessoas envolvidas no contexto familiar.

O trabalho com famílias deve ser priorizado na prevenção do uso e abuso do álcool. Melhorar as relações familiares é resgatar um vínculo familiar fragilizado na tentativa de estabelecer um fator de proteção. Trata-se de um trabalho complexo, mas de grande importância, que merece ser priorizado pelas políticas públicas. Para melhor realização deste trabalho, torna-se necessária a capacitação de todos os profissionais envolvidos, ESF, CAPS ad, e promover subsídios necessários para desenvolver ações de prevenção primária do uso prejudicial do álcool.

Destaca-se ainda a importância de educar a população, levando essas informações para as escolas, locais de trabalho, sindicatos e outras associações, promovendo uma conscientização sobre transtornos provocados pelo uso indevido de álcool.

Sem dúvida almeja-se com ações concretas restaurar e integrar famílias até então desfeitas, diminuir os danos sociais causados pelo abuso do álcool, garantir mais qualidade de vida para as pessoas, família e comunidade.

Em suma, faz-se necessário, a contribuição do alcoolista, dos familiares, e da equipe multiprofissional para que as intervenções realizadas no âmbito biopsicossocial e espiritual tornem o tratamento ambulatorial sobre a dependência química eficaz e promissor.

Do ponto de vista do trabalho das equipes de saúde da família, não resta dúvida da importância das ações dos profissionais para a atenção aos alcoólatras, como também de suporte às famílias, pois no território de atuação da equipe de saúde que eles vivem se relacionam socialmente.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D. A presença das bebidas alcóolicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. 2010
Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/obid/biblioteca/documentos>>
Acesso em 20 fev. 2012.
- BARRETO, A. P. Terapia Comunitária: passo a passo. Fortaleza: LCR. 2008
- BEATTIE, M. Co-dependência nunca mais. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS, 2003.
- BRASIL. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.
- CAMPOS, E. A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.5, 2004.
- FAINZANG, S. Curar-se do álcool: antropologia de uma luta contra o alcoolismo. Niterói: Intertexto, 2007.
- FIZOLA, Carmen Lúcia Alves et. al. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon.2009.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n3/07.pdf>.>
Acesso em: 18 fev. 2012.
- FLIGIE, N.B. O tratamento da família na dependência química. 2004.
Disponível em: <<http://www.einstein.br/alcooledrogas>>
Acesso em: 15 fev.2012.
- LARANJEIRA, R; MELONI, J.N. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, 2004
- MARQUES, A. S. P. R.; RIBEIRO, M. Abuso e dependência do álcool. Associação Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 2002.
- MINAS GERAIS. Secretaria de estado de saúde. **Atenção em saúde mental**. Saúde em casa. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
- MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas: percepção de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Recife, PB, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.
Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf>>
Acesso em: 18 fev. 2012.

MORENO, R.S.; VENTURA, R.N.; BRÊTAS, R.S. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 27, n. 4, São Paulo, SP, 2009.

MURAD, José Elias. Alcoolismo: doença ou distúrbio. Associação Brasileira Comunitária de Pais para a Prevenção do Abuso e Drogas, ABRAÇO. Belo Horizonte, 2003.

NOTO, A. R. ; et. al. Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: CEBRID. UNIFESP, 2003.

PEREIRA, A. A.; VIANA, P. C. de M. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Programa Ágora. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2009.

PIRES, Rodrigo Otávio Moretti. A pertinência da problemática do álcool para a Estratégia de Saúde da Família. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 2 out. dez. 2009.

SANTOS, Manuella Sisa Dantas dos; VELOSO, Thelma Maria Grisi. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. **Interface – Comunicação, Saúde Educação**. Caicó, RN v. 12, n. 26, p. 619-634, jul.set. 2008.

SCHENKER, Mirian; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, mai.jun, 2004

SENA, Edite Lago da Silva et. al. Alcoolismo do contexto familiar: um olhar fenomenológico. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a13v20n2.pdf>> Acesso em: 15 de jan. 2012.

TIBA, I. Juventude e Drogas: Anjos Caídos para pais educadores. São Paulo: Integrare, 2. ed, 2007.

WANDEKOKEN, Kallen D; LOUREIRO, Rubens José. Alcoolismo: possibilidades de intervenção durante tratamento no serviço ambulatorial. **Arq. Cienc. Saúde**, Vitória, ES, v.17, n.4, p. 185-191, out.dez. 2010.

ZANETTI, Maria Lúcia; et.al. O cuidado à pessoa diabética e repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, mar./abr. 2008.