
GRUPO DE AUTOAJUDA COMO MODALIDADE DE TRATAMENTO PARA PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL¹

Helder de Pádua Lima², Violante Augusta Batista Braga³

¹ Artigo extraído da dissertação - Grupo de autoajuda como dispositivo da rede de apoio social ao alcoolista, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), 2009. Apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

² Mestre em Enfermagem. Enfermeiro do Centro de Atenção Psicossocial do município de Caucaia. Ceará, Brasil. E-mail: padua_helder@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem da UFC. Ceará, Brasil. E-mail: vivi@ufc.br

RESUMO: Grupos de autoajuda estão se tornando cada vez mais comuns, à medida que seus membros se organizam para conviver com o alcoolismo e resolver seus próprios problemas. Objetivou-se apreender da vivência de alcoolistas o modo como um grupo de autoajuda se constitui como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. Estudo descritivo, qualitativo, realizado com 20 membros de um grupo de autoajuda. Os dados foram produzidos mediante entrevista semiestruturada e analisados conforme o método de análise de conteúdo. Resultados denotam que acolhimento, partilha de experiências e reinserção social, favorecem a participação no grupo e que, conseqüentemente, contribuem para o bem-estar físico, mental e social. Ressalta-se a necessidade de parcerias com grupos de autoajuda, tendo em vista a importância de conhecimentos produzidos nestas organizações, que podem ser colocados em favor daqueles que precisam do devido cuidado.

DESCRIPTORIOS: Alcoolismo. Apoio social. Grupos de autoajuda. Alcoólicos anônimos.

SELF-HELP GROUPS AS A MODALITY OF TREATMENT FOR ALCOHOL DEPENDENCE

ABSTRACT: Self-help groups are becoming increasingly common as their members become organized in order to live and solve their own alcohol-related problems. This study aimed to identify, based on the experience of alcoholics, how a self-help group constitutes itself as a treatment alternative for alcohol dependence. A descriptive, qualitative study was conducted with 20 members of a self-help group. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to the content analysis technique. Results show that supportive reception, exchange of experiences, and social reintegration favors participation in the group and, consequently, contributes to physical, mental and social wellbeing. There is a need to establish partnerships with self-help groups considering the importance of knowledge produced within these organizations, which can assist those requiring appropriate care.

DESCRIPTORS: Alcoholism. Social support. Self-help groups. Alcoholics anonymous.

GRUPO ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS COMO TRATAMIENTO PARA LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

RESUMÉN: Grupos de autoayuda se están convirtiendo cada vez más comunes, a medida que sus miembros se organizan con el fin de vivir y resolver sus propios problemas relacionados con el alcohol. Este estudio tuvo como objetivo aprender de la experiencia de manejo con los alcohólicos como un grupo de autoayuda se desarrolla como tratamiento para las personas con dependencia del alcohol. Estudio descriptivo, cualitativo con 20 miembros de un grupo de autoayuda. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semi-estructurada y analizados según el método de análisis de contenido. Los resultados muestran que la acogida del intercambio de experiencias y la reintegración social, promueven la participación en el grupo y contribuyen al bienestar físico, mental y social. Se hace hincapié en la necesidad de crear alianzas con grupos de auto-ayuda, en vista de la dependencia de los conocimientos producidos en estas organizaciones, que se puede colocar en la necesidad daqueles que a favor de la diligencia debida.

DESCRIPTORIOS: Alcoholismo. Apoyo social. Grupos de autoayuda. Alcoólicos anónimos.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem substâncias psicoativas de forma abusiva, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro.¹

Em resposta ao crescente consumo de drogas, como o álcool, diferentes países, inclusive o Brasil, vêm estabelecendo políticas, com maior ou menor sucesso. Percorrer este caminho significa buscar os melhores resultados de experiências históricas já desenvolvidas no país e em outros povos. A partir daí, o grande desafio social está em estabelecer uma política pública saudável e sustentável que seja efetivada na prática diária, articulando diversos setores sociais (econômico, judicial, educacional, saúde, cultural e outros).

A partir de 2004, começou a ser implementada no Brasil a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente – preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde; por sua vez regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216, sancionada em 2001. Esta estratégia ministerial considera a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que enfatize a reabilitação e reinserção social dos seus usuários. Ressalta também que a atenção psicossocial aos usuários de drogas deve se basear em uma rede de apoio organizada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) que devem se articular com os demais serviços de saúde, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.¹

Apesar dos grupos de autoajuda direcionados para dependentes químicos não estarem contemplados atualmente nas políticas públicas como um dispositivo formal da rede de atenção, já que não foram criados pelo Estado, representam uma das formas de participação da sociedade civil na rede de atenção referida, sendo organizações que desenvolvem um ambiente que encoraja interações sociais através de atividades de grupo ou relações individuais com o propósito específico de reabilitar ou apoiar pessoas com os mesmos problemas de saúde. Tais grupos são uma fonte importante de apoio a pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool. Ademais, lembram que

as pessoas com tais problemas recebem ajuda em muitos ambientes (trabalho, igrejas, dentre outros) que não os envolvem em interação com profissionais da saúde. Assim, os profissionais podem estimular a participação destas pessoas em reuniões de grupos de autoajuda, bem como a solicitação de ajuda profissional quando necessário.²

Dentre esses grupos, Alcoólicos Anônimos (AA) destaca-se como uma organização de auto-denominados alcoólicos que se reúnem frequentemente e voluntariamente para reforçar sua prática de abstinência de ingestão de bebidas alcoólicas. Surgido nos Estados Unidos, em 1935, AA se disseminou por todo o mundo, recebendo alcoolistas que compartilham, em grupo, suas vivências e sobrevivendo financeiramente através da contribuição exclusiva dos seus membros.³

Apesar dos mais de 150 estudos realizados sobre a eficácia dos grupos de autoajuda, desde 1980, incluindo o não-concluído '*Project Match*', não há dados definitivos sobre a eficácia de AA. Por outro lado, acredita-se que um movimento que atrai milhões de dependentes no mundo inteiro e, depois de 70 anos, continua diversificando-se e crescendo pode ter algo a contribuir como modalidade de tratamento da dependência de substâncias psicoativas.⁴ A participação nestes espaços tem sido descrita como importante ferramenta na promoção do bem-estar e cuidado diferenciado, sendo considerada uma forma de conhecer, compreender a saúde e lidar com a doença, facilitando a socialização das ideias.

Diante do exposto, e reconhecendo a relevância de AA no enfrentamento da dependência ao álcool, realizou-se o estudo, cujo objetivo foi apreender da vivência de alcoolistas o modo como um grupo de autoajuda se constitui como modalidade de tratamento para o alcoolismo.

Considerando que o reforço do apoio social ao alcoolista consiste numa intervenção efetiva, o profissional do setor saúde pode atuar de modo a articular serviços da rede de saúde na assistência a usuários e dependentes de drogas psicoativas (CAPS, Hospitais-dia, ambulatórios, leitos em hospitais gerais) com as demais organizações de apoio, como os grupos de autoajuda, fortalecendo a ação comunitária na tomada de decisões. Nesse sentido, possibilita-se a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, para a compreensão do problema e elaboração de estratégias para resolução através do processo de capacitação dos indivíduos para melhorar e controlar sua saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida em um grupo AA localizado em Fortaleza-Ceará, Brasil. Participaram vinte alcoolistas, maiores de 18 anos de idade, que se encontravam afiliados ao grupo referido há, no mínimo, um ano; frequentando regularmente as reuniões; que desejaram participar e que apresentavam condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos. A seleção dos informantes foi do tipo intencional, com fechamento por cotas, no qual os indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão foram deliberadamente procurados. Visando a garantia do anonimato, identificou-se cada informante de acordo com a ordem em que foi entrevistado, sendo o 'E1' o primeiro que aceitou participar da pesquisa e, assim, sucessivamente.

Para a produção de informações utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo questões norteadoras que resgatavam: história de uso de álcool e trajetória de tratamento até a chegada ao grupo de autoajuda; significado do grupo; motivação para busca e vivência no mesmo; e a influência do grupo no modo de vida do alcoolista. As informações colhidas nas entrevistas foram registradas em gravador, com autorização dos entrevistados e, posteriormente, tiveram seu conteúdo transcrito na íntegra.

Como método de análise, utilizou-se os três pólos cronológicos que compõem a análise de conteúdo.⁵ As informações foram agrupadas nas seguintes categorias: uso de álcool e trajetória de tratamento; história de participantes de AA, vivência de alcoolistas em grupo de autoajuda e repercussões no modo de vida e serviços de saúde na assistência a usuários e dependentes de álcool e as demais organizações de apoio: mapeamento baseado nas ações intersetoriais de AA.

A fundamentação dos resultados não foi baseada em um referencial teórico específico, mas na literatura que abordava temáticas relacionadas, encontrada nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, MEDLINE e SciELO. Na busca do material foram usados os descritores em ciências da saúde: alcoolismo, apoio social, grupos de autoajuda e alcoólicos anônimos.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.⁶ Teve aprovação do Comitê de Ética

em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, através do ofício nº 198/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uso de álcool e trajetória de tratamento: história de participantes de AA

Os sujeitos tinham diferentes características quanto aos aspectos relacionados ao uso de álcool e à vivência de consequências adversas à sua saúde, com interferência negativa em vários aspectos da vida: pessoal, familiar, social e econômica.

O uso de álcool entre os informantes iniciou-se, principalmente, na adolescência, tendo sido presente, em alguns, na infância e na idade adulta. Dezesete sujeitos mencionaram o abuso de álcool a partir da fase adulta, e outros três, ainda na adolescência. Porém, o início do período mais recente de abstinência às bebidas alcoólicas foi significativo a partir dos quarenta anos de idade (em dezesseis participantes), ocorrendo também na terceira idade. Quanto à frequência de uso de álcool anteriormente à chegada em AA, quinze participantes relataram uso diário; quatro, aos fins de semana, e um, irregular.

Todos os participantes estavam abstêmios, sendo que o tempo de sobriedade variou entre sete meses e vinte e quatro anos, estando relacionado, em dezesseis sujeitos, com o tempo de participação em AA. O fato de perceberem a abstinência como solução para o alcoolismo e para os problemas associados pode ter influenciado na aceitação do programa dos 'doze passos' proposto em AA, que tem a sobriedade como meta.

Percebeu-se que houve demora em buscar ajuda, hesitação e dificuldade dos sujeitos em reconhecer o fato de estar vivenciando o alcoolismo. A percepção tardia acerca do problema ocorreu à medida que a frequência do uso aumentava e as consequências do abuso esboçavam-se nas várias esferas da vida. Um dos fatores que concorreram para este fato foi a falta de sensibilização por parte dos profissionais da área da saúde que mantiveram contato com os sujeitos em algum momento. Nos relatos a seguir, há alusões a esses achados:

[...] comecei com treze anos e terminei com trinta e três... comecei devagar, bebendo em poucos lugares e terminei bebendo em tudo que era canto. Todo mundo dizia que beber era normal, que era coisa de homem, que bater e ficar agressivo era coisa de homem. Então, não achava que tinha problema [...] (E20).

[...] *uma vez fui na emergência apenas para tomar glicose, mas nunca me tratei para o alcoolismo. Fui para emergência, porque eu tava de ressaca, com uma agonia para morrer, aí fui e tomei glicose, aí depois de umas duas horas fui embora [...]* (E11).

Considerar que o problema não é grave o suficiente para merecer tratamento (negação da gravidade) é uma das barreiras mais frequentemente citadas por pessoas dependentes e por usuários ocultos aos serviços de saúde. Julgar o tratamento não relevante para promover mudanças de vida é outra alegação frequentemente citada, optando os usuários por lidarem sozinhos com o problema. Medo do estigma por procurar tratamento parece ser outro fator relevante, sobretudo para mulheres.⁷

Existe também a tendência do alcoolista em negar o consumo abusivo de álcool para não ser rotulado como alcoólatra, dada a conotação moralista subjacente, sendo este um fator importante que faz o sujeito minimizar o seu real consumo de álcool.⁸ Por vezes, essa notável negação do alcoolista em estar vivenciando o alcoolismo coloca em risco sua vida. Ao longo da história de uso da bebida alcoólica e com o aumento da frequência de seu consumo podem surgir problemas como câncer, doenças coronarianas, acidentes e suicídio. A instalação dos eventos mencionados varia diante de fatores como a permissividade, a disponibilidade da droga, o acesso, o tipo e a quantidade de bebida alcoólica ingerida. Outro problema relacionado ao consumo de drogas refere-se à incapacitação social, ou seja, prejuízos nas relações interpessoais, afetivas, familiares, profissionais e escolares. A incapacitação social ocorre em decorrência das alterações psicológicas causadas pela droga, bem como pela própria dependência a que ela leva.⁹

Outras barreiras para a busca de serviços de saúde que fazem tratamento para dependência química mencionadas na literatura são: considerar o tratamento ineficaz; não se considerar dependente por não usar diariamente as substâncias ou não as injetar; achar que ficaria sozinho porque ninguém teria problemas semelhantes; ter dificuldade de compartilhar problemas; ignorar locais de tratamento; ter medo de perder o emprego ou transtornar a família; achar que não se adaptará às regras ou aos modelos de tratamento que conhece, principalmente os de conotação religiosa; ter medo de recair e ficar envergonhado; não querer abandonar o prazer de usar; homens que possuem receio de não corresponder ao papel masculino socialmente esperado; ter medo de ser forçado a se abster e da sorologia para HIV; não

querer interromper pequenos tráficos; achar que a família o desestimularia; considerar inadequada a localização dos serviços; temer o hospital ou o tratamento; não querer “perder tempo”; mulheres que têm medo de represálias por parte de companheiros também usuários. Barreiras mais “práticas” podem surgir depois da decisão de tratar-se: não cobertura do seguro-saúde; listas de espera; não conseguir abstinência enquanto espera a vaga (política de serviços que não “desintoxicam”); burocracia; não ter quem cuide dos filhos; mulheres que não querem ser atendidas por homens ou com pacientes homens; medo, por parte dos usuários, em relação a clínicos e instituições (percebidos como possuindo características sádicas) e um distanciamento clínico-paciente.⁷

Alguns autores apontam que ainda existe, no Brasil, carência de serviços especializados para atendimento à alcoolistas, bem como uma formação especializada de profissionais da saúde, modelos de tratamentos, técnicas e intervenções dirigidas a esta população específica, o que facilitaria a detecção precoce do problema e tratamento.¹⁰ A maior parte instituições especializadas no tratamento de dependência química são não-governamentais, o que aponta a redução do papel do Estado nas políticas de saúde. Dessas instituições, a maioria pertence a organizações sem fins lucrativos, sendo os grupos AA e Narcóticos Anônimos (NA) os que mais se destacam em termos quantitativos.¹¹

Em contrapartida, outros estudos destacam que a principal rede operante dentre os vínculos de pessoas com dependência química é o CAPS para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad). Partindo dessa premissa, acredita-se que se faz urgente a necessidade de capacitação dos profissionais, bem como alteração nos moldes do ensino das diferentes disciplinas no intuito de que saberes e práticas caminhem num mesmo ritmo e que os profissionais tenham visão mais abrangente quanto à atuação comunitária e, sobretudo, voltada para esse novo modelo de atenção estabelecido pela Reforma Psiquiátrica. O CAPS ad, como a principal rede operante desses indivíduos, literalmente excluídos de uma vida social digna, necessita, sobretudo, de intervenções que enfoquem também a dificuldade que eles têm em estabelecer e manter vínculos saudáveis e duradouros. Além disso, a rede social na qual eles estão inseridos precisa de suporte a fim de modificar a estrutura vulnerável, na qual as redes estão constituídas em decorrência de todas as consequências do processo de dependência das substâncias psicoativas.¹²

Somente tendo experienciado diversas repercussões na vida os sujeitos começaram a reconhecer a doença e despertar para a necessidade de mudanças no modo de vida: [...] *eu me dei conta que precisava de ajuda justamente nessa época, foi quando fui expulso de casa. A polícia já me prendeu uma vez porque eu quis colocar fogo dentro de casa com meus filhos dentro. Eu tava agressivo, louco naquele dia [...]* (E15).

Os achados revelam a necessidade que os sujeitos tiveram de mudar comportamentos e como isto favoreceu a busca por serviços da rede de atenção e grupos de apoio. A procura nem sempre se deu para o tratamento do alcoolismo, mas, sim, das suas consequências. Além disso, nem sempre a ajuda ofertada correspondeu às necessidades do sujeito, o que implicou no abandono da tentativa de tratamento.

[...] *uma vez fiquei quinze dias bebendo direto, aí me internaram no hospital psiquiátrico, fiquei dez dias internado aí não serviu, porque assim... lá só tratam da parte física, não teve assim uma mudança para continuar a viver. Aí saí do hospital e voltei a beber. Aí me levaram, depois que eu saí, para terreiro de macumba, para o espiritismo. Mas não deu certo [...]* (E18).

[...] *eu ia num hospital público quando acontecia alguma coisa como consequência da bebida. Passei um mês internado num hospital me tratando com um médico bom, prometendo para mim que não ia beber mais. No dia em que eu saí, na mesma noite, eu estava tão bêbado que não conseguia ligar a luz do quarto. Não desacredito na psicologia, nem na psiquiatria, mas é que a doença é tão grave que não tem cura. Eles fazem o que podem. Hoje em dia frequento o AA, aqui eu consegui parar de beber [...]* (E2).

Examinando-se a história das modalidades terapêuticas oferecidas ao alcoolista, observou-se que, até a década de 1970, o tratamento, via de regra, resumia-se a internação psiquiátrica (confinamento), que, ao invés de melhorar, colaborava para o agravamento do quadro. Desde então, tem sido preconizada a adequação do método de tratamento às necessidades do sujeito.¹³

Parte significativa dos usuários de drogas nunca se submeteu a tratamento em serviços de saúde para dependência de drogas, sendo que a primeira escolha deles é geralmente a religião, pois consiste em algo gratuito, de fácil acesso e imediato. Os poucos que buscam auxílio profissional enfatizam a dificuldade de encontrar serviços públicos na área e a demora no agendamento de consultas e possíveis terapias.¹⁴

Vivência de alcoolistas em grupo de autoajuda e repercussões no modo de vida

Entende-se modalidade de tratamento como uma possibilidade de melhoria da situação de patologia de uma pessoa, seja no aspecto da saúde orgânica, psíquica ou social. Com base nessa premissa, percebeu-se o grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para o alcoolismo tendo em vista que os informantes ressaltaram que a participação em AA promovia acolhimento, respeito, reinserção social, troca de experiências, possibilidade de expressarem o que sentiam e alcance da abstinência.

O acolhimento no grupo e a disponibilidade em relação aos membros do grupo, em casos de necessidades, foram citados. O excerto a seguir denota que o acolhimento nem sempre foi contemplado nos serviços de saúde buscados como alternativa para o tratamento:

[...] *no AA foi bom, eu tinha vontade de parar, mas não sabia como, no mesmo dia que fui a primeira vez, aceitei. Me identifiquei logo com os relatos dos companheiros. Aqui ninguém discrimina você. Você vai num serviço de saúde, na igreja e todo mundo olha, aponta. Aqui não olham para sua roupa, dinheiro e ainda me ajudam [...]* (E15).

O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos sujeitos com o objetivo de escutá-los, resolver problemas e/ou referenciá-los, se necessário. Consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por determinados problemas de uma região. Ao sentirem-se acolhidas, as pessoas procuram, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos. Reportando-se ao setor saúde, o acolhimento possibilita a inclusão social com uma escuta clínica solidária e a construção da cidadania.¹³

O acolhimento contribui para a humanização das interações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. O encontro entre esses sujeitos possibilita a criação de um espaço no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, baseada em vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção.

Somado ao acolhimento, os relatos dos informantes trazem menções do grupo como espaço de ajuda na tomada de consciência como ser social, favorecendo o convívio e a interação social, a inserção em círculo de amigos com atitudes positivas em relação ao uso de álcool e a partilha das experiências. A ênfase em tais elementos na vivência em

AA pode estar relacionada à experiência anterior de exclusão social.

Os entrevistados destacaram, ainda, que a abstinência, alcançada a partir da participação nas reuniões do grupo, refletia nos aspectos de saúde, família, econômico, laboral e espiritual, conforme exemplifica o relato a seguir:

[...] tenho praticado o programa como ele é sugerido pra me manter sóbrio. Não tenho nenhuma vontade de beber. Minha filha hoje não se treme mais. Cheguei aqui com onze quilos a menos. A recuperação não é só física, mas é espiritual também. Não tenho mais bebido nem usado drogas [...] (E4).

As redes associativistas estão contribuindo para o *empowerment* dos setores populares da sociedade, ainda que de forma pontual, por trabalharem com projetos focalizados e tratarem os excluídos socialmente. Mas, os problemas sociais são graves e necessitam respostas urgentes.¹⁵

Os sujeitos ressaltaram a contribuição de AA como espaço de expressão dos seus membros, oportunizando o ouvir e o verbalizar:

[...] às vezes eu estou com a cabeça doída, cheia de aborrecimento, aí venho para a AA. Você escuta um desabafo ou vai na cabeceira de mesa desabafar, aí sai de lá leve como uma folha de papel. Tudo que você sente de ruim passa pelo ouvido. Hoje não sinto mais vontade de beber [...] (E17).

Note-se, nos depoimentos, o bem-estar proporcionado pela oportunidade de expressar sentimentos: angústias, medos, ganhos e perdas. A carga de sofrimento mental que envolve o contexto do alcoolismo é considerável e consome boa parte da energia daqueles que são afetados por tal problema. Obter apoio afetivo e emocional durante esse processo pode ser fundamental para respostas positivas e efetivas. AA tem ofertado tanto o ambiente de expressão tradicional – reuniões presenciais, quanto o ambiente virtual – nos quais pessoas formam grupos para partilhar experiências pela internet.

O desenvolvimento da informática e das telecomunicações favoreceu o acesso a uma quantidade cada vez maior de pessoas a serviços de saúde à distância. Linhas telefônicas de informações, orientações e aconselhamento em saúde têm possibilitando a troca de informações clínicas entre profissionais da saúde e pacientes. Elas complementam as intervenções face a face e de autoajuda, além de serem úteis como estratégia de prevenção de recaída ao uso de drogas.¹⁶

Atualmente, a população brasileira conta com o Serviço Nacional de Informações e Orien-

tações Sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas, o VIVAVOZ, concebido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Esse serviço, que atende pelo número 0800-5100015, presta aconselhamento telefônico reativo, gratuito, anônimo, aberto à população em geral, e especializado em oferecer informações e orientações sobre drogas em linguagem adequada e desprovida de preconceito. Além do VIVAVOZ, existem outros serviços de teleatendimento no Brasil, entre eles: o Centros de Informações Toxicológicas do Rio Grande do Sul (CIT/RS), o Serviço de Informações sobre Substâncias Psicoativas (SISP), o Disque Pare de Fumar do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Serviço Nacional de Informações sobre Agentes Teratogênicos (SIAT), os Centro de Informações sobre Medicamentos (CIMS) e os Centros de Assistência e Informação Toxicológica (CEATOXs). Cada um desses serviços usa estratégias de contato de teleatendimento, além de prestar informações. O VIVAVOZ oferece informações científicas sobre drogas e disponibiliza Intervenção Breve Motivacional (IBM) para os usuários.¹⁶

Quanto às repercussões no modo de vida, após o ingresso no grupo, os entrevistados comentaram sobre a percepção de retomada do controle de suas vidas; sensação de bem-estar físico, mental e reinserção social. Porém, alguns informantes citaram elementos que consideravam negativos e surgiram após a participação no grupo: a co-dependência em familiares e a convivência problemática com um parente alcoolista. Considera-se a família do alcoolista como uma importante fonte de apoio social para este, mas, alguns dos familiares, ao conviver diretamente com o uso abusivo de álcool por um membro, podem vivenciar dificuldades ao lidar com a problemática, necessitando também de suporte.

A co-dependência interfere na vida, notadamente na saúde mental e no modo de lidar com a condição de dependência química. As manifestações da co-dependência incluem sofrimento, dor emocional e adoecimento físico e psíquico, refletidos em respostas múltiplas. Além disso, alguns sentimentos oriundos dessa vivência de co-dependência são frequentes, entre eles: descontentamento, incertezas, angústia, depressão, ansiedade, tristeza, desesperança, perda.¹⁷

As interações do profissional de saúde com um indivíduo são também interações indiretas com a família dele, porque esta é um sistema di-

nâmico e a incapacidade de um membro afeta os demais na convivência familiar. Apenas com a incorporação da família no processo de reabilitação, pode o sistema familiar adaptar-se à mudança em um de seus membros. Ao adotar o agir centrado na dimensão desse encontro humano, além do aspecto biopsicossocial, o profissional pode identificar pontos de estrangulamento da convivência familiar, por meio de ações educativas em saúde e da visita domiciliária.¹⁸

Serviços de saúde na assistência a usuários e dependentes de álcool e as demais organizações de apoio: mapeamento baseado nas ações intersetoriais de AA

Nos relatos, foram identificados os espaços de apoio social ao alcoolista os quais os participantes buscavam articular-se: grupos de autoajuda (Pastoral da sobriedade, NA, Al-Anon, Nar-Anon); instituições educacionais (escolas e universidades), serviços de saúde (unidades básicas de saúde, CAPS, hospitais, entre outros), instituições religiosas e a comunidade, de uma forma geral.

Dentre as ações de articulação intersetorial, cita-se aquelas que ocorriam em locais próximos ao grupo, como: distribuição de material informativo (cartões, panfletos ou cartazes), realização de palestras, reuniões abertas ao público e conversas informais. Tais ações visavam, sobretudo, divulgar o grupo como modalidade de tratamento para o alcoolismo.

O trecho abaixo exemplifica as ações de articulação intersetorial: [...] *vem profissional médico, evangélicos para falar em algumas reuniões. A gente vai nos postos de saúde transmitindo a mensagem; vamos no hospital colar cartazes, falamos com a assistente social, apresentamos com livro, fazemos panfletagem também. Na área da justiça, a gente vai aqui no décimo primeiro distrito falar com o delegado, transmitir a mensagem à sua pessoa, convida ele para participar, para conversar com os presos, com as famílias sobre o AA, e cola os cartazes do AA com a permissão da pessoa dele. Pedimos para encaminhar algumas pessoas para nós. E também fazemos o corpo a corpo na comunidade. Fazemos distribuição de panfletos e cartões. Os cartões são diferentes, dependem da abordagem. Tem o do profissional, o do alcoólico e o das pessoas em geral. A gente vai divulgando e o elo vai se fechando [...]* (E6).

O esforço dos participantes em articular-se intersetorialmente foi notório. Em contrapartida, não se encontrou nenhuma menção de possíveis iniciativas de articulação do setor saúde com AA

como estratégia de intervenção no contexto em estudo. O Ministério da Saúde reconhece que vários profissionais de saúde demonstram dificuldades em relacionar-se com grupos de autoajuda por motivos diversos: os grupos não se fundamentam em teorias ou linhas de trabalho, possuem um teor espiritual/religioso que diverge de algumas abordagens teóricas, são escassos os dados de avaliação da eficácia dos grupos, entre outros.⁴

No tratamento do alcoolismo, de uma forma geral, destaca-se que o número de dispositivos de atenção ao usuário foi ampliado, mas, ainda, funciona com profissionais com necessidade de capacitação e em estruturas precárias. A assistência, por vezes é insuficiente e de qualidade questionável. Assim, parcela significativa de brasileiros que vivencia o alcoolismo recorre ao AA e a outras instituições não-governamentais como opção de tratamento.¹⁹

A atual e recente política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas não tem ênfase na abstinência, e sim, na redução do consumo. Isto pode trazer implicações culturais no sentido de haver a necessidade de tempo para agregar a mudança de paradigmas e modelos de atenção. Ao mesmo tempo, o fácil acesso aos grupos de autoajuda, seu pragmatismo e o fato das ações práticas estarem voltadas para o momento e o alcance da abstinência podem contribuir para que as pessoas recorram aos mesmos como modalidade de tratamento.

Os CAPSs deveriam assumir o papel de construção e fortalecimento da rede de apoio, articulando recursos existentes na comunidade: sócio-sanitários, jurídicos, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, grupos comunitários, entre outros. Os CAPSs necessitam, permanentemente, desses outros dispositivos, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por sofrimento mental.¹

Alguns pesquisadores reforçam a importância dos CAPSs articularem-se com os diversos elementos presentes nas redes sociais de apoio do usuário de álcool e outras drogas. Um dos estudos teve como foco a rede social de usuários sob tratamento em um CAPSs, objetivando refletir acerca da qualidade e situação dos vínculos estabelecidos com pessoas e lugares importantes para os sujeitos do estudo. O CAPSs e sua equipe multidisciplinar se fizeram presentes como elementos das cinco redes sociais mapeadas. As vinculações estabelecidas entre os usuários e esses dois componentes

variaram de fortes a moderadas, mas, todos os participantes do estudo identificaram o CAPSAd como um vínculo apoiador. Além do CAPSAd, outros dispositivos de apoio foram identificados, tais como: associação de usuários, o grupo AA e instituições religiosas.²⁰

Ressalta-se que a potência da função apoio institucional está associada à possibilidade de intercessão, articulação, interferência e produção de redes de cuidado nas quais possa haver discussão e análise do que tem sido produzido no cotidiano pelo coletivo de saúde mental. Tal interferência deve se desdobrar numa política de articulação entre os CAPS, entre saúde mental e saúde e, enfim, entre os setores da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do processo saúde-doença, os sujeitos demoram a buscar o tratamento para o alcoolismo por motivos como o fato de não reconhecerem estar convivendo com tal problema. Antes da chegada em AA, os participantes mencionam a busca de ajuda de instituições religiosas, serviços de saúde e outros grupos de autoajuda para o tratamento das consequências do alcoolismo.

A aceitação e o acolhimento encontrados em AA favorece a identificação dos sujeitos com o programa dos 'doze passos' proposto pelo AA, que objetiva a abstinência. Relatos acerca da vivência no grupo de autoajuda ajudam a perceber melhorias nos aspectos da saúde orgânica, psíquica e social, o que torna o grupo uma modalidade de tratamento para o alcoolismo. Este espaço permite aos sujeitos expressarem, inclusive, adversidades que ainda surgem no convívio com o alcoolismo.

As informações apontam para a participação da sociedade civil na rede de atenção para usuários e dependentes de álcool e outras drogas existente no Brasil, não só ao criar instituições não-governamentais como AA, mas também por articularem-se com os demais dispositivos da rede de apoio. Nos relatos, não há menção ou ênfase dos serviços de saúde como dispositivos de apoio eficazes no tratamento do alcoolismo, fato que pode ter contribuído para o primeiro contato dos participantes com AA.

Com base na realidade apreendida, reflete-se, ainda, sobre a necessidade dos profissionais de saúde engajarem-se mais no enfrentamento da dependência química, tendo uma atuação mais decisiva no fortalecimento e na avaliação de políticas e práticas que percebam e atendam esta condição

como uma problemática de saúde pública, complexa e que necessita de ações intersetoriais. Dada tal complexidade, esta participação necessita de algumas condições primordiais, entre elas: atuação resolutiva nos vários níveis de atenção, notadamente no primário; competência técnica, ética e política para se fazer resolutivo; reconhecimento da importância de outros conhecimentos e outras modalidades de tratamento; e realização de parcerias, como estratégia de cuidado e inserção social.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
2. Lima HP, Braga VAB, Carvalho LV, Morais ACO. Significados do feminino no discurso de alcoolistas e a interface com a saúde mental. *Texto Contexto Enferm.* 2010 Jul-Set; 19(3):496-503.
3. Alcoólicos Anônimos. Os doze passos e as doze tradições. São Paulo (SP): Junta de serviços gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil; 2005.
4. John EB, Labonia Filho W. Grupos de ajuda-mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias. In: Pechansky F. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas, organizador. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009. p. 21-7.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2009.
6. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
7. Fontanella BJB, Turato ER. Barreiras na relação clínico paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Rev Saúde Pública.* 2002 Ago; 36(4):439-78.
8. Oliveira ER, Luis MAV. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. *Cad Saúde Pública.* 1996 Out; 12(2):171-9.
9. Marques VMG. O viver da família do alcoolista [monografia]. Sobral (CE): Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2006.
10. Elbreder MF, Laranjeira R, Siqueira MM, Barbosa DA. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J Bras Psiquiatr.* 2008 Jan; 1: 9-15.
11. Garcia MLT, Siqueira MM. Instituições especializadas em dependência química no estado do Espírito Santo. *J Bras Psiquiatr.* 2005 Jul-Set; 54(3):192-6.
12. Souza J, Kantorski LP, Mielke FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias

- psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2006 Fev; 2(1):1-17.
13. Siqueira MM, Garcia MLT, Souza RS. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. J Bras Psiquiatr. 2005 Abr-Jun; 54(2):114-9.
14. Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Rev Psiquiatr. 2007; 34(1):73-81.
15. Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Saude Soc. 2004 Mai-Ago; 13(2):20-31.
16. Souza MF, Kohlrausch ER, Mazoni CG, Moreira TC, Fernandes SD, Mesquita DC, Ferigolo M, Barros HMT. Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2008 Jul; 30(3):182-91.
17. Moraes LMP. Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: grupo como estratégia do cuidar [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2008.
18. Fornazier ML, Siqueira MM. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. J Bras Psiquiatr. 2006 Ago; 55(4):280-7.
19. Laranjeira R. Desassistência ao dependente químico. Eco & Ação: Ecologia e Responsabilidade [online]. 2007 [acesso 2011 Jul 17]; Disponível em: http://www.sindhosp.com.br/website/exibe_txt.asp?conteudo_txt=445&tit=artigos
20. Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. Rev Esc Enferm USP. 2009 Jun, 43(2):373-83.