

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATRINA

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM FAMILIAR NO TRATAMENTO DE
ALCOOLISTAS: O CASO DA CLIPIS**

Teresa Kleba Lisboa
Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 12/02/2004

FLORIANÓPOLIS, fevereiro de 2004.

SABRINA MORES

**A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM FAMILIAR NO TRATAMENTO DE
ALCOOLISTAS: O CASO DA CLIPIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

ORIENTADORA: PROFa. Dra. LUZIELE MARIA DE SOUZA TAPAJÓS

FLORIANÓPOLIS, fevereiro de 2004.

SABRINA MORES

**A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM FAMILIAR NO TRATAMENTO DE
ALCOOLISTAS: O CASO DA CLIPIS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social** e aprovada, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Dra. Luziele Maria de Souza Tapajós

- Presidente -

Professora Jaira Freixiela Adamczyk

- Membro -

Assistente Social Maria Dolores T. Silva

- Membro -

FLORIANÓPOLIS, fevereiro de 2004

AGRADECIMENTOS

A UFSC, pelo apoio enquanto instituição de ensino.

Aos professores do Curso de Serviço Social, incentivadores, problematizadores e que de um jeito ou de outro contribuíram imensamente para que eu me tornasse o que sou.

A Dr. Luziele M. de S. Tapajós, que conduziu a orientação deste trabalho da maneira tranqüila e com muita sabedoria.

À Direção do Hospital São Francisco, que possibilitou a realização do Estágio Curricular.

A Assistente Social, Elaine Maria Pereira da Cunha, pelo apoio, incentivo e supervisão do estágio.

Aos Funcionários da CLIPIS, pela presteza e carinho.

Agradeço aos meus pais, Ovídio e Rosenei, pela minha vida, a jóia mais preciosa que tenho, e espero ter clareza e sabedoria para que venha a utilizá-la de maneira proveitosa, para que minha passagem pela terra tenha valido a pena. E também por terem sido os primeiros incentivadores para que eu buscasse nos estudos uma “riqueza” que ninguém poderia me tirar.

Ao meu irmão Tiago, por esta capacidade superior de amar e doar que em você se renova todos os dias.

Ao meu filho, cuja pouca existência já é motivo de orgulho e significado para que eu busque aprimoramento, tentando dar-lhe bons exemplos de vida.

Ao Wellington, meu namorado e companheiro de todas as horas, que sempre acreditou na minha capacidade de vencer e, com muita paciência, soube me entender nos momentos mais difíceis. Te Amo!

Às minhas colegas de curso, pelo incentivo, carinho, amizade e tudo o que me proporcionaram nesses momentos de convívio.

Sei que não citei outras tantas pessoas, mas gostaria que estas também se sentissem homenageadas, pois para estar usufruindo este momento importante em minha vida, estive em muitos palcos, nos quais foram vários os atores envolvidos; estou profundamente grata a todas as pessoas que fizeram e fazem parte de minha vida e que tem me ajudado a estar cada vez mais próxima de buscar meus ideais.

A todos meu muito obrigada!

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso objetivou abordar aspectos referentes à importância da abordagem familiar realizada pelo Serviço Social no processo de tratamento de dependentes de álcool. Caracterizamos os sinais e as conseqüências que a doença reflete na família e na sociedade, bem como a maneira contraditória que a sociedade trata tanto os dependentes quanto seus familiares. Apresentamos a instituição e a Clínica na qual se desenvolveu o Estágio Curricular Obrigatório, que foi ponto de partida para elaboração desta pesquisa. Enfatizamos a questão da abordagem familiar que o Serviço Social vem desempenhando durante o processo de tratamento com os dependentes de álcool da CLIPIS, e embasamos a análise nos resultados obtidos através da aplicação de questionários às famílias que participaram do atendimento. Utilizamos como metodologia de pesquisa a aplicação de questionários a seis famílias de dependentes de álcool, além da pesquisa bibliográfica para fundamentação teórica da análise dos dados. Verificamos que as informações sobre a doença do alcoolismo ainda não estão difundidas suficientemente para a população, o que dificulta a sensibilização das famílias quanto à participação no processo de tratamento de seu membro dependente. Porém, é a partir de reflexões sobre os princípios que as famílias possuem, que o processo de trabalho do Serviço Social insere-se como fundamental no que se refere ao entendimento que estas famílias tem acerca do alcoolismo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
1. ALCOOLISMO: UMA VISÃO GERAL.....	12
1.1. Um retrato do consumo do álcool.....	12
1.2. A Síndrome da Dependência do Álcool.....	18
1.2.1. A Dependência.....	23
1.2.2. Os Tratamentos.....	25
1.3. Aspectos sociais do Alcoolismo.....	29
2. O HOSPITAL SÃO FRANCISCO, A CLIPIS E O SERVIÇO SOCIAL.....	33
2.1. Hospital São Francisco: apresentação e contextualização.....	33
2.2. A CLIPIS e o tratamento oferecido aos alcoolistas.....	37
2.3. O processo de trabalho do Serviço Social na CLIPIS.....	53
3. O ALCOOLISMO E A ABORDAGEM FAMILIAR.....	60
3.1. A questão do alcoolismo e o relacionamento familiar.....	60

3.2. O alcoolismo na perspectiva da família.....	64
3.3. A importância do trabalho com as famílias e a ação do Serviço Social..	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES.....	82
ANEXOS.....	84

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objeto de pesquisa o processo de abordagem que o Serviço Social vem desempenhando junto aos familiares dos pacientes dependentes de álcool no que se refere ao estímulo no processo de interação e participação no tratamento e recuperação dos alcoolistas.

O alcoolismo é uma doença que acomete homens e mulheres, brancos e negros, pobres e ricos. Atinge indiscriminadamente pessoas de todos os tipos físicos e de todo tipo de temperamento. Gordos e magros, altos e baixos, pessoas bem sucedidas e mal sucedidas, tímidos e extrovertidos, personalidades alegres ou tristes, ativos e preguiçosos, angustiados ou tranqüilos, todos estão sujeitos a se tornarem alcoolistas.

O dependente de álcool é portador de uma doença que não conhece, não controla e além de destruir a si próprio leva consigo, também, todos que o cercam, principalmente a família.

Movido por um mecanismo inconsciente de auto-defesa que o impede a aceitar-se como doente, o dependente costuma racionalizar e minimizar os seus problemas ligados ao abuso do álcool, tornando-se resistente a ajuda de terceiros.

A conscientização e o tratamento da doença é muito delicado e, envolve não só o dependente, mas todas as pessoas com quem ele convive. Estas pessoas podem facilitar ou dificultar o processo de aceitação e tratamento através de sua compreensão ou preconceito.

Muitas teorias apontam que o alcoolismo é uma doença de família e requer que todo este sistema seja tratado. Pois, quando o dependente se submete a um tratamento individual,

o sistema familiar resistirá às mudanças necessárias para que o dependente se mantenha sóbrio.

* Em virtude das dificuldades de entendimento da família sobre a doença, freqüentemente estes se sentem frustrados em suas tentativas de ajudar o dependente a encontrar alívio para o estress, a ansiedade, a depressão e a deterioração que fazem parte da doença. Embora as famílias sejam diferentes e respondam à dependência de formas diferentes, há temas, sentimentos e comportamentos comuns que prevalecem em quase todas as famílias que tem como membro um dependente de álcool.

* A família de um dependente sofre muitos conflitos. Desenvolvem papéis rígidos para lidar com um estress que nunca é discutido abertamente. Vivem com medo do futuro e sofrem da negação da realidade e das conseqüências contrárias de comportamentos facilitadores.

Desejam que o dependente interrompa o abuso do álcool, mas inconscientemente acabam mesmo é contribuindo para que os conflitos se acumulem. Tem vergonha do dependente e de si mesma. De tal forma se acostumam a falsear a verdade que nem sabem mais confrontar seus próprios sentimentos.

Para tanto, é de fundamental importância que a família do dependente de álcool tenha clareza sobre a doença do alcoolismo e seu tratamento, que tem implícitos processos como o de tolerância às bebidas, a negação da doença e a recaída.

A orientação e conscientização das famílias quanto à doença do alcoolismo e também o estímulo dado pela equipe multidisciplinar durante o período de internação clínica à importância da participação destes familiares no processo de tratamento e recuperação é construído de maneira gradual. Isto porque, na maioria dos casos atendidos durante o período

de estágio, as famílias já estavam vulnerabilizadas devido ao desgaste causado pela questão do uso abusivo de bebidas alcoólicas e conseqüentemente pela demora de seus membros assumirem o problema em relação à dependência do uso de álcool.

Uma das dificuldades colocadas ao Serviço Social é justamente o fato de fazer com que as famílias compreendam que o alcoolismo não é um caso de conduta moral, como muitas vezes é encarado e tratado pelo senso comum. Mas sim, o alcance da visão do alcoolismo como uma doença igual a outra qualquer, com suas conseqüências tanto para o doente (debilidade física, emocional, etc) como para seus familiares (desgaste emocional).

O fato de o alcoolismo ser tratado como uma doença é até então pouco discutido nos meios de comunicação em massa, e isto faz com que o processo de conscientização destas famílias seja mais lento o que de certa forma prejudica diretamente o tratamento e a recuperação do paciente internado.

Esta questão ainda é agravada pelo fato periódico da ocorrência das recaídas, que, para os profissionais da área e estudiosos do tema, fazem parte de todo o processo de recuperação. Porém, para as famílias envolvidas torna-se difícil dar credibilidade novamente ao seu membro em recuperação como também, muitas vezes, a forma de tratamento a qual ele está sendo submetido. Cabe ressaltar ainda que a questão da recaída é um dos aspectos principais nos quais se sustenta a opinião formada e difundida pelo senso comum como o alcoolismo sendo um caso de conduta moral.

Outra razão para discutir o assunto consiste em buscar novas formas de intervir junto às famílias que apresentam problemas com a síndrome da dependência do álcool e com isto auxiliá-las a melhorar sua qualidade de vida.

Portanto, considerando o que foi anteriormente exposto vemos que é de fundamental importância problematizar e avaliar a questão da abordagem que o Serviço Social realiza com os familiares dos pacientes alcoolistas no que se refere ao estímulo no processo de interação e participação no tratamento e recuperação de seus membros.

Estruturamos, inicialmente este Trabalho de Conclusão de Curso com a apresentação de um panorama do consumo do álcool enfocando questões culturais e históricas que influenciaram e ainda influenciam o seu uso na região oeste de Santa Catarina. Em seqüência, abordamos as questões da denominação de Síndrome da Dependência do Álcool, os tratamentos que são fornecidos para a doença e as conseqüências desta para o dependente, seus familiares e o meio social no qual vivem.

No segundo capítulo apresentamos o Hospital São Francisco, instituição que comporta a Clínica Psiquiátrica – CLIPIS do Município de Concórdia. Abordamos também o processo de tratamento ao qual os dependentes de álcool, que nesta clínica estão internados, são submetidos. Enfocamos ainda o trabalho desempenhado pela profissional do Serviço Social da instituição no que se refere ao processo de tratamento dos dependentes de álcool e a abordagem de seus familiares.

No terceiro capítulo apresentamos as relações que são estabelecidas entre os familiares e as pessoas com a Síndrome da Dependência do Álcool. Explicitamos a visualização da família em relação à doença e também ao processo de tratamento e recuperação de seu membro. Contextualizamos a importância da abordagem que é feita pelo profissional do Serviço Social junto a estas famílias com o intuito de prestar esclarecimentos no que se refere à doença propriamente dita, ao tratamento clínico fornecido e as conseqüências deste.

Para a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso, utilizamos como metodologia a pesquisa bibliográfica para fundamentar a análise realizada a partir dos dados coletados durante o período de Estágio Curricular Obrigatório.

Também realizamos pesquisa de campo com caráter qualitativo que foi concretizada através da aplicação de questionários e visitas domiciliares. Delimitamos como amostragem desta pesquisa 06 famílias do universo dos pacientes internados na CLIPIS no período de abril a julho de 2003, com dependência do uso abusivo de bebidas alcoólicas. Independentemente da faixa etária, classe social, etnia e organização familiar.

Portanto, o trabalho objetiva avaliar a abordagem realizada pelo Serviço Social do Hospital São Francisco com os familiares dos pacientes alcoolistas, no que se refere ao estímulo no processo de interação e participação no tratamento e recuperação de seus membros, além de fomentar a discussão sobre esta problemática que é pouco divulgada e mesmo publicada para fins de pesquisa.

1. ALCOOLISMO – UMA VISÃO GERAL.

1.1. Um retrato do consumo do álcool.

A relação do homem com o álcool é tão antiga quanto à própria civilização. Há aproximadamente 250.000 anos, já havia o uso ocasional de bebidas alcoólicas – o absinto¹, por exemplo – pelo Homo Erectus.

Podemos encontrar informações sobre o uso do álcool em documentos históricos, como o Código de Hamurabi (Imperador dos Sumerianos), que regulamenta a comercialização de bebidas alcoólicas. A Bíblia, no velho testamento, menciona o consumo de bebidas alcoólicas e descreve casos de embriaguez. (FORTES, 1991)

As bebidas alcoólicas eram consumidas em festas religiosas e outras solenidades. Também eram utilizadas com fins medicinais: médicos egípcios, acerca de 4.000 anos, prescreviam vinho e cerveja aos pacientes.

Com a rápida expansão do consumo do álcool, em algumas sociedades começou-se a condenar o uso exagerado das bebidas. Na Grécia, por exemplo, Platão desaconselhava a ingestão de vinho por menores de 18 anos, juizes, pilotos de barcos, soldados em combate, assim como relações sexuais entre casais embriagados, evitando prejuízos aos possíveis frutos dessas relações.

Com o passar do tempo, a Igreja Católica começa a assumir outra posição quanto ao consumo de bebidas alcoólicas. Entre os séculos IV e IX, vários concílios manifestaram-se

¹ Bebida alcoólica preparada a partir da planta *Artemisia absinthium*.

contra o abuso do vinho, pois a bebida provocava doenças perigosas, comprometendo a inteligência e predispondo a então chamada “prática de maus atos”.

Na América do Sul, segundo Fortes (1991), o hábito de beber está diretamente relacionado ao desenvolvimento agrícola alcançado pelos povos Maias, vindos da América do Norte e América Central. Assim, no Brasil, ainda segundo Fortes (1991), as primeiras informações sobre o uso de bebidas alcoólicas aparecem nos escritos de navegadores portugueses que aqui chegaram por volta de 1500:

No Brasil, os primeiros portugueses que aqui chegaram, logo se depararam com o cauim, do tupi kawi, bebida fermentada preparada pelos índios a partir da mandioca cozida ou de sucos de frutas, como o caju ou o milho, mastigados e depois misturados e postos para ferver em vasilhame no chão por alguns dias. Hans Staden, que aqui esteve em meados de 1500, foi aprisionado pelos tupinambás e, em seus relatos, fez várias referências ao cauim, ingerido em festas belicosas ou religiosas, nas quais muitos deles se embriagavam e cometiam atos desatinados. Léry, que visitou o Brasil em 1557, assinala que a preparação do cauim constituía atribuição exclusiva das mulheres e que os tupinambás só se embriagavam nas grandes comemorações, não ingerindo bebidas alcoólicas por ocasião das refeições. (FORTES, 1991, p.07)

Com a colonização, vários engenhos foram instalados no Nordeste, São Paulo e Rio de Janeiro, os quais produziam açúcar de cana e aguardente. No Nordeste brasileiro, os senhores de engenho ofereciam aguardente ou cachaça aos escravos, utilizando-a como uma espécie de “dopping” para o trabalho duro. Assim, estes trabalhavam mais e não sentiam tanto o cansaço proporcionado pelas atividades que eram forçados a desempenhar. Fortes (1991) afirma que a cachaça também era utilizada como fornecedor calórico para subnutridos e aliviador da sensação de fome, assumindo também a posição de substituto simbólico para necessidades sociais despertadas e não satisfeitas.

Tentando evitar possíveis rebeliões – como a luta dos escravos pela liberdade – os senhores de engenho utilizavam a cachaça como uma forma de controle dos escravos,

induzindo-os à alienação, amenizando consideravelmente as contradições entre ética e conduta, existentes na época.

Com as conhecidas expedições ao interior do país, por volta de 1675 aportaram no litoral de Santa Catarina os primeiros colonizadores. Em 1735 os imigrantes alemães e italianos começaram a colonizar as demais regiões do Estado, hoje nomeadas como Norte Catarinense, Oeste Catarinense, Sul Catarinense e Região Serrana.

Há no Estado de Santa Catarina uma cultura indutora ao consumo de bebidas alcoólicas principalmente ligada às festas tradicionais próprias das culturas alemã e italiana. As festividades tradicionais destas culturas que são praticadas em Santa Catarina também são conhecidas nacional e até internacionalmente, como é o caso da Oktoberfest, Marejada, Fenachopp, Fenarreco, Festa do Vinho, Festa da Cachaça, o Kerb, entre tantas outras. Todos esses eventos têm como ênfase o consumo de bebidas alcoólicas tais como a cerveja, o vinho, o chopp e a cachaça.

Alemães e italianos vindos do Rio Grande do Sul, principalmente do Vale do Rio Sinos e Vale do Rio Taquari, colonizaram as terras no oeste de Santa Catarina. A ocupação do território catarinense deu-se de forma desordenada e aleatória, pois estes colonizadores estabeleceram-se a grandes distâncias uns dos outros. Também devemos considerar o fato de que nem todos eles vieram a Santa Catarina por livre iniciativa, ou seja, alguns foram trazidos por empresas colonizadoras particulares e isto os impossibilitou de trazer suas famílias para a nova localidade.

Embora este distanciamento entre as famílias dificultasse a manutenção das práticas culturais, os imigrantes alemães fizeram com que suas tradições não se perdessem no tempo.

Um dos costumes muito forte deste povo, que é justamente o de reunir a família para festejar algo, permaneceu.

Conforme nos coloca Lenzi (1989), na Alemanha este costume ou festividade de reunir as famílias é conhecido como Kirchmessel, Kichweihfest ou Kerbfest e abreviada de Kerb. O Kerb, além de promover a integração da comunidade na qual ele é realizado, significa a confraternização entre os familiares, que tanto pode ser realizada como comemoração do dia do padroeiro ou comemoração da inauguração da igreja local. Esta festividade apresenta dois aspectos:

- um de caráter religioso, que consiste na realização de missa ou culto dependendo ser católica ou protestante a religião da comunidade envolvida.
- um de caráter profano, consistindo em comemorações expressas em reuniões familiares das quais participam parentes e amigos da família em celebrações feitas comunitariamente nos salões de festas, no salão paroquial ou nas dependências de uma sociedade recreativa.

Podemos identificar claramente os significados que o Kerb possui através dos depoimentos feitos por imigrantes alemães, moradores do Município de Peritiba citado na obra de Lenzi (1989):

Significa encontros de famílias, encontros de amigos de longe, porque antigamente não era como agora, que a gente mora perto. Antigamente era de uma região para a outra. Daí a gente se encontrava. Já vinham dias antes. Vinham de cavalo. Era encontro da família, dos amigos, por isso o nome Kerb – confraternização. Se não era um caso urgente de se encontrar, a gente se encontrava no Kerb para falar dos acontecimentos. O Kerb é encontro. (Sr. Siegfredo Engel – 88 anos). (LENZI, 1989, p.48-49)

Ainda na obra de Lenzi (1989) outro imigrante alemão, também morador do Município de Peritiba relata:

Na Alemanha a gente comemorava só a festa do padroeiro. Quando viemos para o Brasil, todos os anos a gente se encontra porque é um motivo para se juntar as famílias, uma vez que a imigração se espalhou, e muitos perderam o contato. E isso era uma razão para eles voltarem a se reunirem, porque o Kerb é sempre atrativo. Quando o Kerb é aqui o pessoal vem aqui. Quando é em outro lugar, os daqui vão pra lá. (Sr. José Schneider – 81 anos); (LENZI, 1989, p.49)

Tradicionalmente o Kerb que acontece na região oeste de Santa Catarina, tem duração de três dias, com início sempre no domingo e término na terça-feira. Fazem parte das comemorações²: o culto religioso, confraternização entre amigos e familiares no clube, almoços, lanches e jantares nas residências, bailes durante os quais se efetuam leilões de bonecas (estas são garrafas de cerveja vestidas de bonecas) e dos enfeites do salão. A organização dos festejos públicos fica sob a responsabilidade da igreja local, das associações de moradores, da Prefeitura Municipal, além de outras entidades. Os recursos para a preparação do Kerb são angariados da comunidade através de doações de dinheiro, alimentos ou brindes. O dinheiro arrecadado durante os bailes é repassado para a igreja que aplicará em obras de interesse da comunidade.

Cabe ressaltarmos alguns dos municípios que ainda mantêm viva a prática do Kerb, são eles: Campo Erê, Campos Novos, Concórdia, Cunha Porã, Guarujá do Sul, Ipira, Ipumirim, Itapiranga, Maravilha, Modelo, Mondaí, Palmitos, Pinhalzinho, Presidente Castelo Branco, Peritiba, Piratuba, Quilombo, Romelândia, São Carlos, São José do Cedro, Saudades, Seara e Xanxerê. (ANEXO III)

A data para a realização da festa do Kerb, segundo aponta Lenzi (1989), varia em cada município dependendo do dia do padroeiro da igreja local e da escolha da época mais propícia para o encontro entre as famílias e os amigos. Sendo que para isto são considerados

² A descrição da festa do Kerb está baseada em pesquisas realizadas por LENZI (1989) nos municípios de Peritiba e Maravilha, no mês de maio nos anos de 1984 e 1985.

fatores como as exigências do trabalho (geralmente ao final da época de colheita) e em relação ao clima (preferencialmente os períodos mais quentes).

Como já foi mencionado anteriormente, este tipo de festividade incentiva o consumo de bebidas alcoólicas, e atualmente o Kerb está perdendo os aspectos culturais pelos quais se originou passando a torna-se motivo de encontro somente para o consumo de álcool. Conforme nos coloca Lenzi (1989, p. 06), “o próprio conceito de festa passou a ser um conceito associado à inclusão de álcool”.

Como pudemos perceber, há no Estado de Santa Catarina uma cultura indutora ao consumo de bebidas alcoólicas ligada às festas tradicionais próprias das culturas alemã e italiana. A iniciação ao uso de bebidas alcoólicas é vista não apenas com tolerância pela sociedade, mas principalmente pelas famílias que ainda vivenciam a prática do Kerb, e associam uso do álcool a uma forma de “curtir” a vida, de prazer, de diversão e de auto-afirmação, como também incentivam, acham “graça” nas crianças que o experimentam. A iniciação é precoce no Estado, sendo que 6,6% da população experimentaram álcool com menos de 7 anos de idade. (JUNKES, 1997)

Pelos motivos acima mencionados e pelo seu preço acessível, as bebidas alcoólicas popularizaram-se e contribuíram para o agravamento da alcoolização da população brasileira. E, hoje, conforme nos coloca Fortes (1991), a questão do alcoolismo está sendo considerada problema de saúde pública porque traz sérias conseqüências para a psique da pessoa, como também problemas na esfera social.

1.2. A Síndrome da Dependência do Álcool.

Em 1956, a Organização Mundial da Saúde - OMS posiciona-se no sentido de considerar o alcoolismo como doença. Embora não inclua em seu manual a expressão alcoolismo, mas “Síndrome de Dependência do Álcool”, institui o Código Internacional n.º 303³ para a doença. Bertolote apresenta a definição utilizada pela OMS:

Estado psíquico e também geralmente físico, resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta. (BERLOTE, 1990, p.17)

A Síndrome de Dependência do Álcool - SDA é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas comportamentais, fisiológicos e cognitivos aonde o uso do álcool alcança uma grande prioridade na vida de um indivíduo, e as demais atividades passam a um segundo plano. Em 1976, um pesquisador Inglês chamado Griffith Edwards descreveu um conceito psicopatológico para a SDA. De acordo com este autor, existem sete sinais ou sintomas característicos da dependência. A OMS baseou-se neste conceito para definir os critérios diagnósticos da SDA. Os sinais e sintomas clínicos que compõem a SDA compreendem: o estreitamento de repertório; a tolerância; a abstinência; o alívio ou evitação da abstinência pelo uso do álcool; o desejo para consumir álcool e a reinstalação da síndrome após abstinência.

³ A OMS publica periodicamente um documento denominado Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID. Inicialmente, as doenças eram representadas por códigos formados apenas por números, sendo o n.º 303 – “Síndrome de Dependência do Álcool”. Em 1993, entra em vigor a Décima Revisão da CID, na qual os códigos representativos passaram a ser compostos por letras e números. Assim, o código F10 representa “Transtornos Mentais e Comportamentais

O estreitamento ou rigidez do repertório do beber é caracterizado pela tendência a ingerir bebidas alcoólicas da mesma forma, isto é, o paciente passará a beber a mesma quantidade de álcool, quer esteja sozinho ou acompanhado, quer seja em dias úteis ou finais de semana, apesar das restrições sociais. À medida que a dependência avança, o padrão de beber torna-se cada vez mais rígido, estreitado e estereotipado, já que os dias de abstinência ou de consumo baixo vão se tornando mais raros. Inicialmente, o consumo de álcool é influenciado por fatores sociais e psicológicos. Posteriormente, o paciente dependente grave passa a beber o dia inteiro com vista a manter um nível alcoólico no sangue que previna a instalação de uma síndrome de abstinência. As influências sociais e psicológicas que o fariam beber, começam a não ser levadas em consideração.

Com o consumo contínuo do álcool desenvolve-se a tolerância que é a perda ou diminuição da sensibilidade aos efeitos iniciais do álcool. A tolerância é caracterizada pela necessidade de consumir doses crescentes de bebida alcoólica para obtenção de efeitos que anteriormente eram obtidos com doses mais baixas. Isto porque ocorre ao longo do tempo, uma diminuição dos seus efeitos agradáveis quando se consome a mesma quantidade de álcool. Na prática clínica, a tolerância é identificada quando o paciente consegue exercer - mesmo com prejuízo do desempenho - várias atividades (como por exemplo, dirigir automóveis) com uma concentração sangüínea de álcool tão elevada, que normalmente incapacitaria o bebedor normal.

A tolerância ainda acarreta no dependente um abandono progressivo de interesses, atividades ou prazeres, ficando a vida cada vez mais concentrada no ato de consumir a bebida alcoólica. A maior parte do tempo a pessoa é ocupada com a busca, o consumo da bebida ou

Devido ao Uso do Álcool", onde encontramos: intoxicação aguda, uso nocivo para a saúde, síndrome de

a recuperação que seus efeitos causam. O dependente continua bebendo apesar das evidências claras dos prejuízos físicos, psicológicos, familiares e sociais que vem sofrendo.

A abstinência é sinal e sintoma físico e psíquico que aparece decorrente da diminuição ou interrupção do uso do álcool. Inicialmente, os sintomas de abstinência caracterizam-se por tremores, sudorese, aumento da pulsação, náuseas, insônia, agitação e ansiedade. Em casos mais graves, surgem ainda as alucinações geralmente na forma de "visões" de animais, fios nas paredes ou no ar, sensações de formigamento ou de bichos andando pelo corpo da pessoa. Este quadro é chamado de "Delirium Tremens" e é ainda acompanhado de febre, convulsões e confusão mental (a pessoa não consegue conversar direito, confunde objetos e pessoas, não sabe informar sobre datas ou o local onde se encontra). O delirium tremens é um quadro grave que raramente acontece em pessoas com idade inferior aos 30 anos e necessita de tratamento hospitalar. Os principais sintomas são: grande inquietação, insônia, medo e transpiração profunda. Se conseguir dormir, o paciente tem horríveis pesadelos acordando aterrorizado. Se não for sedado neste estágio, entra rapidamente no delirium típico onde ocorrem alucinações visuais, auditivas e hápticas. Há delírios de perseguição, comumente associados a temores homossexuais ou de castração.

Movidos pelas alucinações e idéias delirantes, os dependentes podem ter comportamento impulsivo e tentar o suicídio ou o homicídio. No decorrer do delirium, a desorientação é marcante, havendo distúrbios graves da atenção e da memória, descontrole das emoções, pânico e terror embora alguns apresentem euforia ou indiferença frente às alucinações. O dependente toma desconhecidos como amigos íntimos, é muito sugestível e pode ser levado facilmente a confabular.

A duração do delirium tremens comumente é de três a seis dias. A melhora é obtida quando o dependente consegue dormir. Geralmente este tem amnésia do delirium e freqüentemente volta a seu padrão habitual de bebedor inveterado e por isso a repetição da síndrome acontece. Em casos não complicados, a morte é rara, cerca de 3% a 4%, mas pode ocorrer por falha cardíaca ou pneumonia. Quando não há uma recuperação completa, geralmente evolui para uma Síndrome de Korsakov em cerca de 15% dos casos.

A Síndrome de Korsakov é assim denominada devido à amnésia induzida pelo álcool. Clinicamente a psicose ocorre na evolução do alcoolismo crônico, sendo geralmente conseqüência de um ataque de delirium tremens. A sintomatologia básica compreende defeitos da memória de retenção. O dependente é incapaz de integrar material novo em sua memória, por exemplo, lembrar o que comeu no almoço e preenche, então as lacunas com confabulações. A memória para eventos passados é boa. A orientação quanto ao tempo é mais afetada que a orientação quanto a pessoas e lugares.

Com o agravamento da síndrome de dependência, que posteriormente será abordada, a freqüência e a gravidade dos sintomas da abstinência aumentam, passando a ser persistentes. A saliência do comportamento do uso do álcool caracteriza-se clinicamente pela perda do controle sobre o próprio consumo (por exemplo, uso em maiores quantidades ou por um tempo mais prolongado do que se pretendia inicialmente), desejo persistente e tentativas frustradas para controlar, interromper ou diminuir o consumo. Neste tipo de padrão de consumo os dependentes gastam grande parte do seu tempo procurando bebidas alcoólicas, ingerindo álcool e recuperando-se dos seus efeitos, apesar das conseqüências psíquicas e físicas adversas. Todas as suas atividades passam a girar em torno da procura, consumo e recuperação dos efeitos do álcool. As atividades sociais, profissionais e recreativas são

* abandonadas em prol do uso da substância. Apesar dos problemas psicológicos, médicos e psicossociais os pacientes persistem com o consumo, o que caracteriza a prioridade que a substância passa a assumir na vida dos usuários. Na prática clínica pode-se identificar a saliência do comportamento de busca do álcool, investigando-se a ingestão de álcool nas situações socialmente inaceitáveis como por exemplo: no trabalho, quando está doente, quando falta dinheiro, dirigindo automóveis, etc. Os dependentes abandonam progressivamente os prazeres e/ou interesses diversos em favor do uso do álcool, aumentam a quantidade de tempo necessário para obter, tomar e se recuperar dos efeitos do álcool e persistem no consumo, apesar das conseqüências nocivas, tais como problemas médicos e psicossociais. Além disso, possuem dificuldade para controlar o início, término e nível de consumo do álcool.

Na fase do alívio ou evitação dos sintomas desagradáveis e intensos da abstinência, os dependentes passam a ingerir álcool, apesar das conseqüências psíquicas e físicas adversas, motivados pela sensação de desejo subjetivo e intenso da necessidade de fazer uso do álcool - “craving” ou “fissura”.

Na reinstalação da síndrome de dependência após abstinência, a popular recaída, comumente, segue um curso temporal extremamente variável para o estágio prévio da síndrome de dependência. As pessoas que sofrem da SDA crônica, quando retornam a beber, em poucos dias apresentam sintomas de abstinência e bebem em busca de alívio, reinstalando-se a experiência subjetiva de compulsão e retomando o antigo padrão estereotipado de ingestão alcoólica.

1.2.1. A Dependência.

Segundo Silveira (2001), dependência é o impulso que leva a pessoa a usar determinada substância de forma contínua (sempre) ou periódica (frequentemente) para obter prazer. Alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma determinada substância para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, etc. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de determinadas substâncias, agindo de forma impulsiva e repetitiva.

Ainda seguindo o que nos coloca Silveira (2001), dependência se apresenta de duas formas principais: a física e a psicológica.

A dependência física caracteriza-se pela presença de sintomas e sinais físicos que aparecem quando o indivíduo pára de consumir a substância na qual é viciado ou então diminui bruscamente o seu uso: esta fase é denominada de Síndrome da Abstinência. No caso dos dependentes de álcool, a falta deste no organismo pode acarretar câibras, dores de estômago, enjôos e vômitos, tremores intensivos, visões e audições de vozes e ruídos inexistentes. Caso não haja a ingestão de álcool quando do surgimento desses sintomas, podem ocorrer convulsões, desmaios ou mesmo crises de “Delirium Tremens” que, conforme já abordamos, provocam alucinações visuais e auditivas, tremores e sensação de pânico.

A dependência psicológica corresponde a um estado de mal-estar e desconforto que surge quando o dependente interrompe o uso de determinada substância. Os sintomas mais comuns são ansiedade, sensação de vazio e dificuldade de concentração.

As conseqüências da dependência física do álcool podem afetar praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo. O aparelho gastrintestinal é particularmente atingido. Podem ocorrer gastrites, úlceras, inflamação do esôfago, pancreatite e lesões no fígado que

podem levar à cirrose. Outros aparelhos que também são atingidos são o cardiocirculatório (podendo ocorrer pressão alta e infarto do miocárdio), o sistema nervoso (epilepsia e lesões em nervos periféricos) e o geniturinário (impotência sexual). Podem ocorrer também doenças devido a deficiências de vitaminas e alterações no sangue. O uso de álcool por mulheres grávidas pode levar a malformações no feto com retardo mental, malformações no coração, membros, crânio e face (síndrome fetal do álcool).

As conseqüências da dependência psíquica do álcool podem deixar o dependente agitado, falante, eufórico, com incoordenação motora e rubor facial. Por vezes o quadro de embriaguez é acompanhado de um esquecimento dos fatos ocorridos durante a embriaguez ("blackout"). Algumas pessoas ficam embriagadas com doses muito pequenas de bebidas alcoólicas, sendo que este quadro é denominado intoxicação patológica ou idiossincrática.

Não há dúvida que tanto sob os aspectos psicológicos como físicos, o alcoolismo é altamente destrutivo.

A pessoa sob a influência do álcool é incapaz de exercer a plena capacidade de seu julgamento. Ocorrerão erros no dispêndio de dinheiro, nos negócios empresariais impulsivos, no ato de mandar o patrão para o inferno e deixar o emprego, em explosões irascíveis com os filhos, em violentas tempestades raivosas contra a esposa, nos maus tratos físicos dos membros da família, nos deslizes sexuais, na cobertura para ocultar alguma coisa mal feita, em mau desempenho no trabalho, em conduta desordeira e violação da lei; invariavelmente ocorrerá uma ou mais destas complicações comportamentais. (TWERSKI, 1990, p.34)

Portanto, é de suma importância que os dependentes de álcool sejam encaminhados para tratamentos com a finalidade de minimizar os prejuízos causados pela dependência, sejam eles fisiológicos ou psicológicos. Cabe ressaltar ainda que é neste momento a família * deve participar, juntamente com o seu membro, da escolha e do processo de tratamento.

A seguir apontaremos alguns dos modelos de tratamentos existentes no Brasil para recuperação de dependentes de álcool e de outras drogas.

1.2.2. Os Tratamentos.

* Cada vez mais as famílias encontram-se em situação de vulnerabilidade social contribuindo assim para a entrada de seus membros no mundo da dependência química. Com a falta de perspectiva de vida e de trabalho, muitos se vêem sem saída. As drogas, de uma maneira geral, estão cada dia se infiltrando mais no seio das famílias. Isto é corroborado por recente relatório sobre drogas divulgado pela Organização das Nações Unidas - ONU em janeiro de 2001, onde aponta que cerca de 180 milhões de pessoas usam drogas em todo o mundo, ou seja, 4,2% da população mundial acima de 15 anos de idade.

* Considerando os dados a cima apontados, cabe esclarecermos que o álcool é uma das drogas de fácil acesso a qualquer pessoa, independentemente da idade, da classe social, da raça, do sexo, etc. Devido seu preço acessível, a bebida alcoólica popularizou-se e contribuiu para o agravamento da alcoolização da população brasileira. E hoje, segundo nos coloca Fortes (1991), a questão do alcoolismo está sendo considerada problema de saúde pública que, conforme já abordamos, traz sérias conseqüências para a psique da pessoa, como também problemas na esfera social.

Cerca de 15% da população brasileira sofre da doença da dependência do álcool, de acordo com levantamento realizado pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas - Grea do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, em São Paulo. Dados obtidos em outros países giram em torno de 12% a 13%, segundo o coordenador do grupo,

Arthur Guerra de Andrade. Ainda devemos apontar que o alcoolismo é a terceira doença que mais mata em nível mundial.(SCHEINBERG, 2003, p.09) Isto evidencia a gravidade da situação. Assim, faz-se necessário, a implantação de programas de prevenção e tratamento de dependentes químicos.

Dentre os tratamentos existentes para a recuperação de dependentes de álcool e outras drogas, Silva (2001) apresenta quatro modelos mais comuns no contexto brasileiro:

- **Modelo Psiquiátrico** – O consumo de drogas é considerado uma doença mental. Assim, o hospital é o centro de atendimento e sua estrutura remete à idéia de enclausuramento. Neste caso, dificilmente o dependente procura pelo tratamento sendo levado pela justiça ou pela família.
- **Modelo Comportamental** – Este tratamento parte da noção do desvio social, como no modelo anterior. Os programas baseados nesses modelos têm o objetivo de estabelecer novos comportamentos sociais. Esta intervenção é caracterizada pela violência e propõe a substituição de uma dependência – os dependentes acostumam-se com as punições e não apresentam progresso em seus conflitos e dificuldades pessoais.
- **Modelo Religioso** – Neste modelo de tratamento se aceita a toxicomania como um problema mental e espiritual que só pode ser resolvido por Deus. Nele, a recuperação se dá dentro de uma perspectiva evangélica de cura.
- **Modelo Relacional de Atendimento** – O tratamento é quase sempre buscado pela família, que se vê diante de um problema ainda não reconhecido. As informações e atividades do terapeuta, ou da equipe, procuram detectar a real dimensão do problema. A família é levada a compreender que nenhum tratamento

substitui enfrentar os conflitos intrafamiliares e conseqüentemente, o envolvimento.

Existem outros tipos de tratamentos para os dependentes químicos como: Comunidade Terapêutica, Grupo de Apoio, Grupo de Narcóticos Anônimos - N.A., no Conselho Municipal de Entorpecentes - COMEN das cidades. Existe o tratamento do Amor Exigente, que é dividido em quatro etapas que são: processo de mudança, grupo de apoio, amor exigente e reconciliação (SILVA, 2001). E o Projeto Resgate do Centro de Recuperação Esperança e Vida Sete - CREV7.

Sabe-se que há muito a se fazer em relação aos tratamentos de dependentes químicos. Em muitos casos, os internados não são bem tratados. Em outros, as clínicas contam com pessoas pouco qualificadas para trabalhar com os dependentes.

Devemos considerar o alto custo dos tratamentos, e ainda assim, faltam lugares para internar os dependentes de drogas. Cientes desta carência de vagas, muitas clínicas de internação aproveitam o desespero da família para cobrar valores exorbitantes.

De acordo com os pesquisadores do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas em São Paulo, o Brasil gasta 7,3% do Produto Interno Bruto – PIB por ano para tratar de problemas relacionados ao álcool, que variam desde o tratamento de um dependente até a perda da produtividade por causa da bebida. Já a indústria do álcool no País movimenta 3,5% do PIB. "O País gasta o dobro para tratar problemas provocados pelo álcool do que usa para produzir a bebida", diz Andrade. "Não há nenhum país onde essa avaliação foi feita que ganhe mais do que perde com o álcool, mesmo considerando os grandes exportadores mundiais de bebida". (SCHEINBERG, 2003, p.10)

Na área social os altos custos para a saúde pública também exercem sua influência negativa na busca de uma solução para o problema. Porém, num país com muitos doentes, com atendimento precário e principalmente, onde proliferam a pobreza e a exclusão social, que induzem as pessoas às drogas, todo esforço na prevenção e tratamento destas pessoas parece pouco.

A prevenção e recuperação de dependentes químicos não pode ser relegada a uma única célula social. Deve ser fruto de um trabalho integrado entre órgãos públicos, a sociedade e a família. Além disto, a conscientização e vontade de mudar do próprio paciente é fundamental.

Neste sentido, Filho (1999) ensina que a aceitação do dependente é absolutamente indispensável para qualquer progresso no tratamento. Esta é uma verdade antiga e, na maioria dos casos, a mais importante. Perceber que o problema nunca será resolvido pelos outros, sentir o apoio de familiares e amigos, recuperar a auto-estima, aderir a uma fé religiosa e as rotinas novas e saudáveis tem sido a grande arma, usada com inegável sucesso, por multidões de freqüentadores de grupos comunitários, igrejas dos mais variados credos e de instituições como os Narcóticos Anônimos, para os quais a força espiritual é um recurso insubstituível.

Assim, ciente do papel de todos os atores (Estado, comunidade, profissionais, família, etc.) envolvidos no processo de busca da igualdade social e combate às mais diferentes formas de degradação e dependência (com destaque a dependência do álcool) das famílias e seus membros, faz-se necessária uma confrontação da teoria com a prática destes tratamentos, principalmente o que vem sendo desenvolvido pelos profissionais do Serviço Social.

1.3. Aspectos sociais do Alcoolismo.

O uso do álcool é um fato universal e também um comportamento transcultural, desde que todas as sociedades o usaram ou usam como sendo um comportamento socialmente aceito. Constata-se, atualmente, que os padrões e atitudes de uma cultura influenciam diretamente na maior ou menor prevalência do consumo de álcool.

O controle ou pressão que a sociedade e o sistema familiar, exercem em relação aos hábitos ou rituais do uso da bebida alcoólica, é que irão determinar o padrão de ingestão desta em determinada sociedade.

Os padrões culturais a determinados segmentos da sociedade, tornam-se mais vulneráveis ao uso de álcool. Por exemplo, como a sociedade é mais permissiva com o homem, o número de homens alcoolistas é superior ao número de mulheres; porém é de grande importância ressaltar que essa diferença vem diminuindo significativamente.

É muito comum vermos pessoas bebendo desde cedo. Isso acontece muitas vezes no próprio contexto familiar. Não raro, o primeiro contato com a bebida alcoólica se dá num almoço de família, no Natal, em alguma comemoração, quando o pai ou a mãe coloca um pouquinho de vinho em refrigerante e dá para a criança, ou então a deixa beber um golinho de cerveja, de cidra ou champanhe. Isso em si não traz maiores problemas para ninguém.

A situação muda um pouco na adolescência, quando os jovens e, aí sim, principalmente os rapazes, começam a criar o hábito de beber em bares. É a fase de provar a sua “masculinidade”, que conseguem beber bastante. Ficar embriagado é visto como prova de força, de resistência.

Vale a pena comentar aqui o que está envolvido neste hábito. Em geral, parece ser gostoso beber bastante, porque a pessoa se sente desinibida e capaz de se relacionar mais facilmente. Isso precisa ser visto com cuidado, porque muitas vezes o jovem acaba se acostumando a ter um comportamento mais “solto” somente sob o efeito da bebida alcoólica. Ou seja, ele pode estar na verdade, evitando o difícil processo de lidar com a sua vergonha natural – que muitas vezes é o de ter contato com as pessoas do sexo oposto – de saber expressar os sentimentos.

O recurso de beber bastante pode estar tomando o lugar de um aprendizado difícil, mas insubstituível. Lidar com as inibições e os problemas da vida cotidiana através da bebida pode se tornar mais tarde um hábito desastroso e incômodo, e até mesmo levar ao alcoolismo.

✧ O alcoolismo é uma doença que afeta não apenas ao seu portador. Suas conseqüências podem ser percebidas em todos os segmentos de seu meio social, perpassando as instituições e até a sociedade. Cada segmento social afetado irá receber as conseqüências e desenvolverá respostas próprias ao alcoolista e à sua doença.

* O primeiro segmento social a sofrer as conseqüências do alcoolismo é a família, depois o meio social mais próximo (amigos, vizinhos, clubes, escolas, etc) e, finalmente, as conseqüências atingem o local de trabalho.

* O alcoolista torna-se uma pessoa difícil tanto para si próprio, como para os outros. Ele reconhece a necessidade de parar de beber e se esforça para que isso ocorra, mas não consegue. Não suporta ser questionado a respeito da doença. Angustia-se e isola-se. Apresenta alterações de humor e adota mecanismos de defesa tais como: negação, projeção, racionalização e onipotência em relação ao álcool. Racionaliza todos os seus atos na tentativa

de atenuar o seu sentimento de culpa. Passa a ter uma visão distorcida da realidade, caindo na armadilha de acreditar nas próprias situações que criou. A distorção faz parte dele, acredita nela, embora outros possam ter a visão de que está mentindo. Tal situação contribui para perder a credibilidade e a capacidade de desempenhar os papéis que lhe são exigidos pela sociedade.

* O alcoolismo atinge todas as camadas sociais indistintamente, independente de sexo, idade, raça, religião e nível social.

* O meio social reage de forma contraditória, em consonância com a sociedade maior em relação ao uso do álcool. A sociedade aprova, promove, incentiva, pressiona o indivíduo a fazer uso do álcool, mas o rejeita e o discrimina quando se confronta com as conseqüências da dependência alcoólica, adotando atitudes que levam o alcoolista e sua família ao isolamento social.

* A violência do álcool se destaca na intensidade e na gravidade da incapacitação social que pode produzir. As relações sociais e profissionais de uma pessoa dependente da bebida alcoólica ficam grandemente prejudicadas.

* O álcool é a droga mais consumida no mundo e a que causa mais prejuízo ao organismo, levando em conta o número e a gravidade dos problemas decorrentes do uso de forma abusiva.

Feita a explanação sobre a doença do alcoolismo, assim com também de suas conseqüências, dos tratamentos existentes e os aspectos sociais que envolvem, abordaremos a seguir a instituição na qual se desenvolveu o Estágio Curricular Obrigatório que foi o ponto de partida para a realização desta pesquisa. Bem como, o processo de trabalho do Serviço

Social junto às famílias dos dependentes de álcool, que se constitui no objetivo desta pesquisa.

2. O HOSPITAL SÃO FRANCISCO, A CLIPIS E O SERVIÇO SOCIAL

2.1. Hospital São Francisco: apresentação e contextualização.

O Estágio Curricular Obrigatório (primeiro semestre letivo do ano de 2003), na Beneficência Camiliana do Sul - Hospital São Francisco que está localizada no Município de Concórdia, região oeste do Estado de Santa Catarina, propiciou a aproximação com a temática que justifica a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso - TCC. Por isso torna-se importante a contextualização do município onde foi realizado o Estágio assim como também a apresentação da instituição na qual a estagiária esteve inserida para fins de pesquisa.

Concórdia passou a ser considerado Município em 29 de julho de 1934, e atualmente tem 62.961 habitantes segundo o Censo realizado pelo IBGE no ano de 2000. Hoje é considerada a 7ª economia do Estado, e é reconhecida nacionalmente como a "Capital da Suinocultura". Concórdia tem nas atividades industriais, comerciais e agrícolas a base principal de sua economia. No setor primário, destacamos a pecuária na produção de suínos, aves, gado de leite, ovinos, caprinos e alevinos. Também salientamos que o Município é um dos principais produtores de milho do Estado, além de produzir soja, feijão, trigo, entre outros produtos agrícolas. No setor secundário, a indústria e o comércio crescem a cada ano em qualidade e diversidade dos produtos oferecidos. No Município encontra-se estabelecida a matriz da empresa Sadia que é um dos principais frigoríficos da América Latina,

absorvendo a maior fatia da produção de suínos e aves do Município e da região, gerando milhares de empregos.

A história da Beneficência Camiliana do Sul - Hospital São Francisco começa junto com a história de Concórdia, pois em 1935 um imigrante alemão chamado Kurt Schumann transformou um casarão de madeira em uma casa para atendimento de doentes, sendo que desta iniciativa resultou o Hospital da cidade. No dia 19 de outubro de 1947, uma missa campal marcava a inauguração do novo hospital.

No ano de 1980, com dificuldades para satisfazer a demanda por serviços de saúde, que foi provocado pela explosão de índices sociais e econômicos advindos por consequência da instalação da indústria Sadia em Concórdia, o quadro social da instituição foi preenchido com pessoas da própria comunidade.

O então presidente da entidade Sr. Anselmo Fontana, procurou a Sociedade de Beneficência São Camilo oferecendo à entidade o comando do hospital. E em 30 de junho de 1984, a Sociedade Beneficência São Camilo aceitou a oferta formando um novo quadro associativo só com religiosos Camilianos e elegendo uma diretoria que o conduz até os dias de hoje.

Com a reforma do Estatuto Social, o Hospital São Francisco passou a se chamar Beneficência Camiliana do Sul, que tem por finalidade:

- Prestar assistência à saúde a quantos buscarem seus serviços, sem distinção de nacionalidade, raça, credo político ou religioso ou qualquer condição.
- Prestar assistência social à população em geral, com vistas à erradicação das doenças.
- Desenvolver a saúde comunitária em consonância com as instituições públicas.

- Desenvolver a Pastoral da Saúde para que nenhuma pessoa doente deixe de ser devidamente atendida e para favorecer a realização integral da pessoa.
- Desenvolver a formulação de recursos humanos para saúde.

Quanto à estrutura física, atualmente o Hospital São Francisco possui uma área de 11.843,40 m² sendo que 8.827,40 m² são construídos que contemplam: Pronto Socorro projetado com as mais exigentes e modernas técnicas de arquitetura hospitalar, inclusive com fisioterapia, um centro obstétrico contendo três salas, funcionando com médicos plantonistas, prestando assistência durante 24 horas todos os dias da semana; um setor de Diálise e Hemodiálise, considerados um dos mais modernos do Oeste Catarinense; um Centro Cirúrgico novo e funcional, com cinco salas, sendo uma utilizada para recuperação pós-anestésica; dois Centros de Terapia Intensiva - CTI, para atendimento adulto e pediátrico; uma Central de Esterilização de Materiais moderna e funcional; uma ala de diagnósticos de ultra-sons e raio-x; departamento de laboratórios e um necrotério em local propício.

Entre os equipamentos adquiridos nos últimos anos estão centrífuga importada, geladeiras especiais (para o Banco de Sangue), incubadoras, respiradores, cardioversores, desfibrilador, berço aquecido, reator para hemodiálise, foco cirúrgico, aparelhos de raio-x, aparelho de mamografia, tomografia computadorizada, eco Doppler, densitometria óssea e litotriptor balístico, todos de última geração e dignos de centros especializados.

O Hospital São Francisco possui 187 leitos, destes 91 são credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS (Lei da Constituição Federal 8080/ 90). O Hospital tem uma taxa média de ocupação dos seus leitos de 73,97% , sendo que destes o percentual de pacientes provenientes do SUS é de 61,54%.

O Hospital São Francisco presta ampla assistência aos municípios⁴ que compõem a micro-região da Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense - AMAUC, e também é hoje centro de referência para outros municípios do Oeste e Meio-Oeste Catarinense.

Desde a sua fundação, a instituição, contava com o auxílio das Irmãs de São José para efetuação dos encaminhamentos que seriam de atribuição do profissional de Serviço Social. No ano de 1985 foi contratada a primeira Assistente Social do Hospital São Francisco, e com isto foram determinadas as atribuições e competências do profissional de Serviço Social no Regimento Interno da instituição.

Segundo o artigo 7º do Regimento Interno do Hospital São Francisco, ao Serviço Social atribuem-se:

- a) Visitas a pacientes internos e até externos;
- b) Encaminhamentos de pacientes a outros hospitais;
- c) Atendimento a funcionários e familiares;
- d) Identificar as causas sociais que interferem no desajustamento individual;
- e) Informar aos pacientes e a comunidade sobre os recursos da comunidade;
- f) Auxiliar familiares em transferência de pacientes para tratamento fora do domicílio;
- g) Fazer estudos de casos individuais e familiar e encaminhar para os serviços especializados. (REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO, 2001, p. 11)

Segundo o artigo 8º do Regimento Interno do Hospital São Francisco, ao Assistente Social compete:

- a) Organizar o serviço e colocá-lo a disposição dos profissionais, servidores, pacientes e comunidade;
- b) Entrevistar os pacientes que procuram o Hospital e que padecem de qualquer tipo de carência para facilitar o acesso e a consecução dos serviços do mesmo;
- c) Visitar os pacientes internados, colocando-se a serviço dos mesmos, para suprir suas carências e contornar seus problemas;

⁴ Municípios que fazem parte da micro-região da AMAUC: Alto Bela Vista, Arabutã, Arvoredo, Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Jaborá, Lindóia do Sul, Paial, Peritiba, Piratuba, Presidente Castelo Branco, Seara, Xavantina.

- d) Interagir intensamente com as instituições sociais locais, para facilitar a assistência hospitalar às pessoas da comunidade.
- e) Manter constante relacionamento com as instituições sociais locais, para que seu trabalho seja mais amplo, facilitado e diversificado;
- f) Atender aos funcionários do Hospital, para colaborar na solução dos problemas que enfrentam;
- g) Ministrare aos funcionários e familiares todo o tipo de informação sobre o acesso aos serviços de saúde locais. (REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO, 2001, p. 13)

Cabe ressaltar que o regimento interno do Hospital São Francisco desde sua fundação até os dias de hoje passou por modificações no que se refere às atribuições e competências do Serviço Social, sendo que o que foi citado acima é a versão mais atualizada.

O Hospital São Francisco conta com a atuação de somente uma Assistente Social para atender as demandas da instituição. Portanto, a partir do momento em que fomos procurar uma vaga para estágio a instituição demonstrou muito interesse também devido ao fato de anteriormente nunca ter tido uma estagiária de Serviço Social. Para delimitação mais específica da área de estágio, conversamos com a Assistente Social e com a diretoria da instituição. A partir desta conversa tivemos clareza do trabalho que a profissional desenvolve na instituição, e acabamos por direcionar o estágio para o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social na Clínica Psiquiátrica - CLIPIS.

2.2. A CLIPIS e o tratamento oferecido aos alcoolistas.

O projeto da CLIPIS foi pensado devido a grande demanda de pessoas que ficavam internadas no Hospital São Francisco devido a problemas como o alcoolismo, as drogas, problemas psiquiátricos e depressão. Estes pacientes ainda em tratamento ficavam circulando por toda a instituição, o que de certo modo constrangia os demais pacientes que estavam

internados por outros motivos que não os já explicitados. A partir da avaliação realizada pelo Serviço Social junto aos pacientes e funcionários do hospital, e considerando que no Município de Concórdia não há estabelecimentos que atendam esta demanda, começou a ser cogitada a possibilidade de ser criado um espaço especial para estes pacientes.

Durante os primeiros meses do ano de 2001, foi formulado por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, psicóloga, assistente social, nutricionista, farmacêutica bioquímica, fisioterapeuta, coordenador da pastoral da saúde, professora de técnicas em pinturas e médico, um Projeto para Credenciamento de Leitos Psiquiátricos que originaria a CLIPIS do Hospital São Francisco.

Em novembro de 2001 o Projeto foi aprovado e no mês de maio de 2002 foi inaugurada a CLIPIS que passou a ocupar o andar térreo do Hospital São Francisco possuindo uma área de 633,95 m² construídos com 12 leitos credenciados pelo SUS que são concedidos somente para pessoas do sexo masculino.

A Clínica funciona através do regime de internações, sendo que os pacientes contam com a presença da equipe de enfermeiros durante 24 horas além de diversas atividades propostas pelos profissionais da equipe multidisciplinar, aspecto que posteriormente será abordado.

Segundo o Regimento Interno da CLIPIS a internação dos pacientes pode se dar das seguintes maneiras:

- Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do paciente, sendo esta somente autorizada por profissional médico competente, devidamente registrado no CRM – SC.

- Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do paciente e a pedidos de terceiros, sendo esta somente autorizada por profissional médico competente, devidamente registrado no CRM – SC. Esta internação deverá ser notificada num prazo de 72 horas ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do serviço, devendo o mesmo procedimento ser adotado no momento de alta hospitalar.
- Internação compulsória: dar-se-á de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente.

Cabe ressaltar que as altas hospitalares cabem ao profissional médico responsável pelo paciente, porém em casos de internação involuntária são consideradas as solicitações dos familiares ou responsáveis pelo paciente.

Em caso de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento dos pacientes os familiares ou responsáveis legais e a autoridade sanitária local são imediatamente comunicados pela direção da instituição.

Aos pacientes, a CLIPIS oferece atividades como terapia grupal, palestras com integrantes de grupos de auto-ajuda como Alcoólicos Anônimos - A.A. e Associação Regional de Recuperação de Alcoolistas – ARAL, cuidados de enfermagem, terapia ocupacional, atividades físicas e atividades artísticas. Cabe esclarecer que as atividades oferecidas aos pacientes da CLIPIS serão abordadas posteriormente.

* O interesse pela temática da questão do alcoolismo concretizou-se a partir do mês de abril de 2003 do início do Estágio Curricular Obrigatório no Hospital São Francisco, devido a grande demanda por internações atribuídas ao alcoolismo que a instituição recebe. Também em âmbito municipal verificamos o aumento do número de procura por tratamento

de alcoolistas explicitada pela Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social, isto legitima a necessidade da discussão sobre a problemática. Após a reunião realizada com os familiares dos pacientes internados, identificamos a necessidade da intervenção mais efetiva do profissional do Serviço Social junto às famílias destes pacientes.

No mês de abril de 2003, a CLIPIS passou por mudanças no que se refere à estrutura física e a programação das atividades. A CLIPIS passou então a ocupar o quarto andar do Hospital São Francisco com um espaço de 700 m². Devido a grande demanda por internações e a ampliação do espaço físico, o número de leitos aumentou de 12 para 20, sendo que 15 são para pessoas do sexo masculino e 5 para pessoas do sexo feminino. Os leitos femininos foram propiciados mediante a apresentação de dados feita pela Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social através de levantamento de denúncias.

Juntamente com as mudanças que ocorreram do espaço físico, o cronograma de atividades semanais da CLIPIS passou por algumas reformulações tanto no que se refere à mudança de horários como a propostas de novas atividades. Dentre estas atividades podemos destacar: o “grupo de sentimentos” que é coordenado por um alcoolista em recuperação e ex-paciente da Clínica; oficina de culinária com a nutricionista do Hospital São Francisco; aulas de português e de matemática lecionadas por um professor da rede municipal que é aposentado; palestras com uma médica veterinária; passeios pelo centro da cidade com os enfermeiros; palestras com a médica psiquiatra; e também a programação de uma reunião semanal da equipe multidisciplinar que atua na CLIPIS para que sejam avaliadas as atividades realizadas durante a semana.

Na última quinzena do mês de julho de 2003 a CLIPIS voltou a ocupar sua antiga estrutura física no andar térreo do Hospital São Francisco. Tal mudança se deu devido a

alguns motivos como: falta de espaços ao ar livre para que os pacientes internados pudessem fumar; aumentaram o número de tentativas de fugas da Clínica pelas escadarias que dão acesso as outras clínicas do Hospital; reclamações feitas por enfermeiras e pacientes internados nas demais clínicas do Hospital devido a perturbações noturnas e mesmo diurnas, causadas pelo mau cheiro de cigarro e mesmo por volume de aparelhos de som e tom de voz; dificuldade em manter sob controle os ânimos dos pacientes com relação às mulheres internadas na Clínica.

Portanto, mesmo com a grande demanda de mulheres com problemas psiquiátricos apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social que foi feita através de levantamento de denúncias, a CLIPIS ao retornar ao andar térreo do Hospital não possui mais estrutura para comportar o mesmo número de leitos para homens e mulheres. Cabe ressaltar ainda que os quartos da CLIPIS no andar térreo estão dispostos meio que em forma de labirinto, o que dificulta ainda mais o controle dos enfermeiros quanto aos ânimos dos homens em relação às mulheres e vice-versa. Devemos considerar também que, segundo acompanhamento realizado a grande maioria dos pacientes internados na Clínica possuem problemas causados pelo uso abusivo de bebida alcoólica e estes são do sexo masculino. Vale ressaltar que a CLIPIS atende a pessoas que tenham qualquer tipo de problemas psiquiátricos, como por exemplo: esclerose, depressão, surto psicótico, alcoolismo, dependência química, etc.

Difícilmente um indivíduo procura tratamento por estar convencido de que está usando drogas ou álcool demasiadamente. As principais razões para a procura de tratamento são geralmente problemas e prejuízos que se acumulam ao longo da vida de consumo do dependente. Dentre as principais causas de busca de serviços de assistência podemos

relacionar as complicações médicas (por exemplo, às convulsões), ocupacionais (como perda do emprego), interpessoais (separação conjugal, imposição familiar), financeira (dívidas ou atrasos nos compromissos) ou psiquiátrica (depressão ou alucinações decorrentes do consumo).

Cabe retomar que o processo de internação de pacientes na CLIPIS pode se dar através de internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do paciente; internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do paciente e a pedidos de terceiros; e a internação compulsória: dar-se-á de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente. Estando cientes das formas que podem ocorrer internações na Clínica, explicitaremos a seguir o tratamento que é oferecido na instituição para os pacientes independentemente do modo como se procedeu a internação.

O tratamento tem início com a chamada “Promoção da Abstinência”, sendo que devemos considerar que o processo de internação propriamente dita, acaba por afastar o indivíduo de seu habitat o que conseqüentemente o induz a promoção da abstinência. Esta fase inicial do tratamento tem como objetivo maior a interrupção do ciclo de consumo do álcool. Esta interrupção é suma importância pelo fato de que o dependente estabelece uma “rotina” de consumo com um determinado ritmo, assim o uso do álcool passa a ser atividade tão natural quanto respirar. Nesta fase também devemos estar atentos para os relatos do paciente, pois através destes poderemos identificar a “rotina” de consumo que é estabelecida por ele e ao mesmo tempo fazer com que reflita e busque maneiras possíveis e individualizadas de enfrentar estas situações sem que ocorra o consumo do álcool.

Outro aspecto de suma importância que acontece nesta fase é a apresentação do cronograma de atividades desenvolvidas na CLIPIS (ANEXO I), pois isto é considerado

como sendo a estruturação de uma rotina básica e um sistema fundamental de suporte. Devemos estar cientes que é importante ocupar o paciente que está em tratamento com atividades que possam afastar sua atenção da falta do uso do álcool.

Conforme anteriormente já explicitado, a CLIPIS conta com uma equipe multidisciplinar, onde o trabalho de cada profissional é ao mesmo tempo autônomo e integrado na estratégia de recuperação do paciente. A seguir estaremos abordando as atividades desenvolvidas pelos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, bem como seus objetivos para o tratamento do paciente.

A primeira atividade do dia é a realização do “grupo de sentimentos” que é coordenado por um alcoolista em recuperação e ex-paciente da Clínica. Esta atividade tem o objetivo de fazer com que os pacientes reflitam o porquê estão internados na Clínica. Também favorece o processo de integração entre eles.

A oficina de culinária coordenada pela nutricionista do Hospital São Francisco tem o intuito de conscientizar os pacientes sobre a carência de vitaminas ao organismo da pessoa que ingere bebida de álcool por longo prazo de tempo, além da orientação que é repassada sobre em quais alimentos estes pacientes podem estar buscando estas vitaminas. Durante as oficinas eles aprendem a fazer pratos típicos da região e também bolos e guloseimas para as ocasionais festas que ocorrem na CLIPIS. Estas festas são realizadas devido a datas comemorativas como páscoa, natal, aniversários de pacientes e funcionários.

São fornecidas aulas de português e de matemática lecionadas por um professor da rede municipal que é aposentado. Esta atividade foi sugerida por um grupo de pacientes que esteve internado na CLIPIS e acabou sendo mantida no quadro de atividades devido ao fato de que são poucos os dependentes alfabetizados que procuram a Clínica para internação. As

aulas têm como objetivos a alfabetização e a iniciação às ciências matemáticas e contribuem com o aumento da auto-estima dos pacientes.

As palestras com uma médica veterinária, que é voluntária, objetivam prestar esclarecimentos sobre o contato do homem com os animais, assim como o risco de transmissão de doenças.

Os pacientes fazem passeios pelo centro da cidade com acompanhamento dos enfermeiros. Estes passeios têm o intuito de preparar o paciente para o momento em que receber alta hospitalar, pois através deles os dependentes vão aprendendo a controlar a ansiedade que antecede a alta. A frequência com que ocorrem os passeios depende da interação entre o grupo de pacientes e da fase do tratamento na qual estão passando. Além dos passeios, os enfermeiros são responsáveis pelos cuidados de enfermagem, ou seja, controle e manipulação dos medicamentos, observação dos efeitos destes sobre o paciente, etc.

Ocorrem também palestras com a médica psiquiatra com vistas a conscientizar e esclarecer os pacientes sobre as conseqüências fisiológicas do uso de bebidas alcoólicas.

São fornecidas aulas de técnicas artísticas com uma professora aposentada que é voluntária. Estas aulas têm o objetivo de controlar a ansiedade dos pacientes, além de possibilitarem que as festas, já anteriormente descritas, tenham decoração característica com os trabalhos que produzem. Também devemos ressaltar que é através, por exemplo, da pintura, que muitos pacientes buscam a aproximação ou a reaproximação da família.

O farmacêutico bioquímico promove aos pacientes esclarecimentos sobre os efeitos colaterais dos medicamentos que são necessários para o tratamento. Estas palestras têm o objetivo de conscientizar os dependentes dos prejuízos causados devido ao uso

prolongado do álcool, já que até mesmo os medicamentos podem comprometer a saúde do dependente. Também são alertados quanto ao fato de ingerirem bebidas alcoólicas enquanto estiverem tomando qualquer tipo de medicação.

As palestras proferidas pela Pastoral da Saúde acontecem semanalmente e objetivam esclarecer os prejuízos que a dependência causa nos dependentes. Também repassam os conhecimentos acerca da medicina alternativa com a qual trabalham.

Os fisioterapeutas atuam na CLIPIS como intuito de tratar das conseqüências causadas pelo uso do álcool em alguns pacientes que apresentam falta de coordenação motora. Também promovem aulas de atividades físicas como de alongamento e exercícios que melhorem a coordenação motora dos pacientes em geral.

A psicóloga faz atendimentos individuais conforme a solicitação dos pacientes ou então por solicitação médica. Ela coordena as reuniões de terapia de grupo e as reuniões com os familiares juntamente com a Assistente Social. Cabe esclarecermos que estes pontos serão abordados no próximo item, onde descreveremos o processo de trabalho do Serviço Social na CLIPIS.

Os pacientes possuem horários para receberem visitas fixos. As visitas podem ocorrer diariamente desde que no horário das 13 às 14 horas. O fato de conceder espaço diariamente as visitas objetiva fazer com que o paciente não perda em momento algum o vínculo com sua família, além de favorecer para que o dependente se sinta seguro e tenha o apoio dos familiares durante o processo de tratamento.

Salientamos que durante todo o processo de tratamento na CLIPIS, os pacientes são estimulados a frequentar os grupos de auto-ajuda com os quais o seu município de origem conta. No município de Concórdia um dos grupos mais fortes é o AA - Alcoólicos

Anônimos. O AA foi criado nos Estados Unidos, no ano de 1935, por dois alcoolistas e é considerado um dos primeiros esforços no sentido de auxiliar o dependente. O grupo de AA se auto-afirma como sendo uma irmandade, sem fins lucrativos, composto por homens e mulheres dependentes que se reúnem em grupos e utilizam um determinado conjunto de princípios espirituais baseados nos “Doze Passos” (ANEXO II) para encontrar uma nova forma de viver.

Os pacientes são estimulados pelos coordenadores do Grupo do AA que também coordenam reuniões na CLIPIS todas as terças-feiras no horário das 9:30 às 11:30 horas. Neste espaço, os coordenadores do Grupo AA seguem a mesma metodologia das reuniões que acontecem fora da Clínica todas às quintas-feiras no auditório da Celesc no horário das 19:30 às 21:30 horas, com pausa para o cafezinho. As reuniões são abertas a participação de toda a comunidade.

No início da reunião é feita pelos participantes a oração da serenidade: “Deus, concedei-nos a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar aquelas que posso, e sabedoria para distinguir uma das outras”.(Grupos Familiares AL-NON, 1959, p.57). Em seguida são lidos os “Doze Passos” (ANEXO II) e os participantes que se sentirem à vontade fazem a interpretação dos passos para que o grupo possa fazer a reflexão à cerca da doença e da conduta de que cada um esta seguindo.

Além dos coordenadores, algumas vezes participam das reuniões na CLIPIS outros membros frequentadores do Grupo AA. A programação desta atividade no cronograma da Clínica tem o intuito de promover a integração dos pacientes com os membros do Grupo de auto-ajuda com a finalidade de que mesmo após a alta hospitalar os dependentes continuem

freqüentando as reuniões do Grupo. Também como forma de integração dos pacientes internados com o grupo de AA, os pacientes são levados mensalmente pelos enfermeiros plantonistas às reuniões que acontecem na sede do Grupo.

Paralelamente as reuniões do Grupo AA, acontecem as reuniões do Grupo AL-ANON. Este grupo é coordenado por familiares de alcoolistas em recuperação e a reunião é aberta para qualquer pessoa participar. Segundo a literatura do Grupo Familiar AL-ANON (1999, p.58), este apresenta como propósito:

... ajudar os familiares e amigos de alcoólicos, oferecendo esperança e amizade, proporcionando a oportunidade de aprender a crescer espiritualmente pela prática dos Doze Passos adotados de Alcoólicos Anônimos, e compartilhando experiências sobre a convivência com a doença do alcoolismo e como aprender a compreender e encorajar o alcoólico. (AL-NON, 1959, p.58)

Estas reuniões acontecem em sala separa do auditório onde se reúne o Grupo AA, porém, no mesmo horário e com a mesma duração. Esta “coincidência” atribui-se ao fato de enfatizar e reforçar a importância da participação da família no tratamento e recuperação do dependente, pois assim não só o dependente tem o compromisso de freqüentar a reuniões, mas também a sua família. Acaba sendo criado um duplo vínculo para a continuidade do tratamento fora da CLIPIS entre as reuniões dos grupos de auto-ajuda, a família e o dependente.

Outro grupo de auto-ajuda que atua no Município de Concórdia é conhecido como Associação Regional de Recuperação de Alcoolistas – ARAL. Esta entidade foi fundada em Concórdia no dia 15 de novembro de 1979, com o objetivo de prevenir, conscientizar e encaminhar pessoas portadoras da doença do Alcoolismo, seja qual for o seu estágio, através de um trabalho social junto ao alcoolista e a família. Segundo seus estatutos, a ARAL é uma

entidade filantrópica sem fins lucrativos, com caráter beneficente recreativo e assistencial que vem atuando desde a sua fundação em todo o município e microrregião da AMAUC.

Desde a sua fundação a ARAL tem mantido reuniões semanais que são realizadas às quartas-feiras no horário das 20 às 21 horas, na sua sede própria, localizada no Bairro Santa Cruz. Participam das reuniões alcoolistas abstêmios e suas famílias. As reuniões na ARAL iniciam com uma oração e em seguida o coordenador passa a palavra aos presentes ou então nomeia um dos participantes que falam de suas experiências. Ao longo de sua existência no município, a ARAL conta com cerca de 2.500 pacientes cadastrados.

Os coordenadores da ARAL também estimulam os pacientes internados na CLIPIS a participarem das reuniões do grupo. Este estímulo acontece durante as reuniões semanais que a ARAL realiza na Clínica, no horário das 18 às 19 horas das quartas-feiras. Estas reuniões acontecem com o intuito de sensibilizar e integrar os pacientes ao grupo.

Apresentaremos aqui algumas das dificuldades pelas quais a CLIPIS passa no que se refere a real aplicação de sua proposta de trabalho. Um dos impasses mais frequentes que acontecem no hospital é quanto às relações que são estabelecidas entre os diferentes profissionais que nele atuam. Na CLIPIS, apesar de ser uma idealização construída por uma equipe multidisciplinar, é percebida uma real falta de compromisso dos dois médicos psiquiatras que atuam na Clínica no que se refere ao trabalho em equipe. Estes, por exemplo, não participam das reuniões de equipe que estão programadas para todas as sextas-feiras no horário das 17:30 às 18:30 horas e que objetivam discutir sobre o processo de recuperação/tratamento dos pacientes internados, assim como avaliar as reais possibilidades de encaminhamentos para internações em clínicas especializadas (quando explicitado desejo do paciente ou da família deste). Além disto, não é valorizada pelos médicos a avaliação

realizada pelos demais profissionais no momento em que é concedida a alta hospitalar para os pacientes.

No que se refere a esta questão da alta hospitalar, o trabalho de acompanhamento realizado pela Assistente Social e pela Psicóloga acaba sendo extremamente prejudicado. A terapia realizada com o paciente durante o período de internação e também a terapia familiar são interrompidas, muitas vezes no momento impróprio, pela alta hospitalar que é concedida somente pelo profissional médico sem a consulta aos demais membros da equipe multidisciplinar. Portanto, avaliamos que esta atitude dos profissionais médicos acaba por facilitar que o paciente saia da CLIPIS mesmo sem estar devidamente preparado e conscientizado sobre a doença com a qual terá que conviver, assim como também muitas vezes a família não está preparada para lidar com esta doença em sua residência e a junção destes dois fatores podem propiciar as possíveis recaídas.

Devemos ressaltar também a falta de comprometimento de alguns profissionais que elaboraram o projeto da Clínica e não estão sendo coniventes com as atividades programadas, ou seja, os horários para trabalhar com os pacientes estão livres, o profissional não aparece e os pacientes que ficam esperando a atividade programada. Por fim acabam jogando baralho ou então ficam tomando chimarrão, fumando e conversando sobre os mais diversos assuntos, inclusive a falta de comprometimento desses profissionais. Em várias reuniões com a Assistente Social e a Psicóloga os pacientes internados levantaram esse tipo de questão, porém mesmo sendo repassado para os profissionais envolvidos, estes não demonstraram interesse em retomar as atividades.

Outra dificuldade visível está ligada à estrutura física da CLIPIS, pois pelo fato de estar inserida em um Hospital Geral acaba sofrendo algumas restrições. Uma delas é quanto à

questão do espaço físico, pois as outras clínicas do Hospital possuem uma área bem maior que a CLIPIS devido a grande demanda que o Hospital atende de toda a microrregião do Município de Concórdia. O andar térreo que é onde está situada a CLIPIS, é um local pouco arejado pelo fato de ter poucas janelas. Este local repassa uma idéia de prisão, pois as portas ficam trancadas, as janelas que existem somente de um lado da Clínica têm grades, os quartos onde estão os leitos ficam dispostos em forma de labirinto, a umidade é muito intensa no local, o espaço disponibilizado para que os pacientes possam fumar é um pequeno pátio onde ao redor estão as paredes do Hospital e conseqüentemente as janelas que dão para as outras Clínicas e não existe uma área verde para que este ambiente de prisão seja um pouco amenizado. Diretamente ligada a esta questão, temos o fato da impossibilidade de serem feitas oficinas de jardinagem por causa do risco de infecções hospitalares que podem ser causadas pelo cultivo de plantas nas clínicas, e isto é uma pena, pois a maioria dos pacientes internados são agricultores e durante período em que estão internados sentem falta de manusear com a terra. Além do mais, se houvesse a possibilidade de serem praticadas estas oficinas o cronograma semanal de atividades da CLIPIS teria maior diversidade e estaria contemplando também um dos desejos dos pacientes que nela ficam internados.

Também devemos levantar a questão das visitas recebidas pelos pacientes durante o período de internação. Neste caso, o que deixa a desejar é o fato de não poderem ser feitas revistas dos objetos com os quais os visitantes entram na CLIPIS. Durante o Estágio Curricular Obrigatório, o Serviço Social do Hospital recebeu denúncias de que alguns jovens que estavam internados recebiam através de suas visitas drogas para consumo dentro da própria Clínica. Quando a denúncia foi levada até a diretoria do Hospital, o assunto foi dado

por encerrado, pois as normas do Hospital Geral não permitem que sejam feitas revistas nos visitantes que entram na instituição.

A CLIPIS recebe muitos pacientes encaminhados pelo Programa de Saúde Mental, assim como também após receberem alta hospitalar, muitos pacientes voltam para o Programa para adquirirem a medicação que é fornecida gratuitamente pelo SUS.

Em Concórdia o “Atendimento à Saúde Mental” iniciou no ano de 1984 com a Fundação Educacional do Alto Uruguai Catarinense – FEAUC, em parceria com a Prefeitura Municipal. O Projeto visava atender pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e pacientes portadores de distúrbios mentais.

Em 1986 com a criação da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social contrata-se uma enfermeira para dar continuidade ao projeto e um psiquiatra atendendo uma vez por semana. No ano de 1993, com o desmembramento da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social, são contratados um psiquiatra, uma enfermeira e uma assistente social.

A seguir o Projeto virou um Programa da SEMUS intitulado de “Programa de Saúde Mental” e ganhou sede própria onde pode trabalhar com equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeira, auxiliar de enfermagem, arte terapeuta e auxiliares administrativos, este se torna referência para o Estado de Santa Catarina. No Programa de Saúde Mental são prestados os serviços de triagem, encaminhamentos de pacientes para centros especializados, consultas, administração e fornecimento de medicação, psicoterapia, orientação familiar, avaliação e internação psiquiátrica, terapia de grupo, arte terapia, visitas domiciliares e hospitalar.

Ainda como rede de apoio aos casos de alcoolismo, Concórdia conta com os grupos de auto-ajuda: Amor Exigente, Alcoólicos Anônimos - A.A. e a Associação Regional de

Recuperação de Alcoolistas – ARAL. No Grupo Amor Exigente são feitas reuniões quinzenais com as famílias dos dependentes de substâncias psicoativas, estas reuniões acontecem aos sábados no horário das 13:30 às 15:30 horas em uma sala do Colégio Estadual Professor Olavo Secco Rigon. Nelas são abordados os seguintes aspectos: como a família deve tratar o dependente, a importância do papel da família tanto na recuperação como na dependência do seu membro, as consequências físicas, sociais e psicológicas do uso abusivo das substâncias psicoativas e principalmente é trabalhada a questão de que a recaída também faz parte do tratamento. As reuniões do Grupo Amor Exigente são abertas à população e organizadas pela Assistente Social e Enfermeira, ambas do Programa de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Concórdia.

As reuniões do grupo de auto-ajuda Alcoólicos Anônimos - A.A. acontecem todas as quintas-feiras das 19:30 às 21:30 horas, com um intervalo de 15 minutos, no auditório da Celesc, são abertas ao público em geral e visam manter o dependente “sóbrio por mais 24 horas”, ou seja, adotam a filosofia de que promessas para longo prazo nestes casos de dependência não funcionam.

As reuniões do grupo Associação Regional de Recuperação de Alcoolistas – ARAL são realizadas às quartas-feiras no horário das 20 às 21 horas, na sua sede própria, localizada no Bairro Santa Cruz. Participam das reuniões alcoolistas abstêmios e suas famílias.

Incorporar a saúde mental no cuidado integral à saúde tem uma importância fundamental, pois representa o fortalecimento de uma visão ampla sobre fatores que influenciam na qualidade de vida. Valorizar a saúde mental é voltar-se para o sujeito na sua singularidade e sua inserção familiar e social.

2.3. O processo de trabalho do Serviço Social na CLIPIS.

O profissional do Serviço Social está atuando na CLIPIS desde a sua criação, ou seja, participou desde elaboração do Projeto para Credenciamento de Leitos Psiquiátricos do Hospital São Francisco e vem prestando seus serviços desde maio de 2002 quando a clínica foi inaugurada até os dias de hoje.

Como já indicado, Serviço Social atua na CLIPIS seguindo as atribuições que estão estabelecidas no artigo 7º do Regimento Interno do Hospital São Francisco:

- a) Visitas a pacientes internos e até externos;
- b) Encaminhamentos de pacientes a outros hospitais;
- c) Atendimento a funcionários e familiares;
- d) Identificar as causas sociais que interferem no desajustamento individual;
- e) Informar aos pacientes e a comunidade sobre os recursos da comunidade;
- f) Auxiliar familiares em transferência de pacientes para tratamento fora do domicílio;
- g) Fazer estudos de casos individuais e familiar e encaminhar para os serviços especializados. (Art. 7º do Regimento Interno do Hospital São Francisco; 2001)

E também segundo o que está preconizado no artigo 8º do Regimento Interno do Hospital São Francisco no que diz respeito às competências do Assistente Social:

- a) Organizar o serviço e colocá-lo a disposição dos profissionais, servidores, pacientes e comunidade;
- b) Entrevistar os pacientes que procuram o Hospital e que padecem de qualquer tipo de carência para facilitar o acesso e a consecução dos serviços do mesmo;
- c) Visitar os pacientes internados, colocando-se a serviço dos mesmos, para suprir suas carências e contornar seus problemas;
- d) Interagir intensamente com as instituições sociais locais, para facilitar a assistência hospitalar às pessoas da comunidade,
- e) Manter constante relacionamento com as instituições sociais locais, para que seu trabalho seja mais amplo, facilitado e diversificado;
- f) Atender aos funcionários do Hospital, para colaborar na solução dos problemas que enfrentam;

g) Ministrar aos funcionários e familiares todo o tipo de informação sobre o acesso aos serviços de saúde locais. (Art. 8º do Regimento Interno do Hospital São Francisco; 2001)

As atividades que competem ao profissional do Serviço Social com os alcoolistas internados na CLIPIS tem início logo após o momento da internação com o que chamamos de “Abordagem” do paciente. Esta é a fase inicial do tratamento oferecido pela clínica e é considerada pela profissional do Serviço Social como sendo crucial para que o tratamento possa prosseguir, pois uma avaliação cuidadosa e o mais completa possível é o ponto inicial e essencial para que os alcoolistas possam receber ajuda efetiva. O objetivo desta fase é construir, juntamente com o paciente, o retrato detalhado e atual de seu envolvimento com o consumo de álcool, seu meio ambiente e os resultados deste uso/abuso. Outro fator de fundamental importância nesta fase é o estabelecimento de um bom vínculo entre a equipe terapêutica (médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, etc.) e o alcoolista, onde a confiança possa crescer gradativamente.

* Neste momento também é feita a investigação das expectativas do paciente quanto ao tratamento, pois expectativas irreais e exageradas acarretam frustrações e denotam, às vezes, pouca disponibilidade individual para a mudança do estilo de vida, fator essencial para a manutenção dos resultados do processo terapêutico.

A história clínica do paciente dependente deve, obrigatoriamente conter algumas informações essenciais, como o tipo de bebida alcoólica já utilizada e as que o indivíduo atualmente consome, utilização concomitante do álcool, a via de uso atual e as anteriores, quantidade de álcool consumida no último ano, mês e semana, a dose diária comumente utilizada, o volume de gastos monetários dirigidos ao uso e a frequência que o consumo de álcool ocorre. Através destes dados o profissional do Serviço Social pode estimar a dimensão

da compulsão do indivíduo para o consumo. As circunstâncias onde o consumo ocorre são fundamentais para a previsão de possíveis fontes de recaídas.

As informações sobre o consumo são recolhidas paralelamente à história de vida do paciente, o que sugere determinado contexto contributivo para o uso de álcool, ou seja, através dela o profissional percebe a combinação de fatores da vida do sujeito que facilitaram ou mesmo propiciaram o início do consumo, a sua progressão, o surgimento dos prejuízos relacionados a ele e a busca por tratamento. Também é realizada uma entrevista com um familiar do paciente, tanto para corroborar informações obtidas junto ao paciente, como para investigar os fatores familiares que possam estar contribuindo para o consumo de álcool. A entrevista com um familiar auxilia ainda no estabelecimento de uma rede de suporte mínimo que possa auxiliar o paciente após o período de internação na CLIPIS.

Ainda durante a abordagem inicial, também é realizado o levantamento das conseqüências físicas e psíquicas sofridas pelo paciente devido o uso abusivo de bebidas alcoólicas, ou seja, o paciente é avaliado clínica e laboratorialmente quanto ao seu estado físico e ao seu estado psíquico.

A Assistente Social esclarece ao paciente e a seus familiares como será realizado o tratamento, as regras da CLIPIS, as atividades que são oferecidas na clínica (ANEXO I), as atribuições dos profissionais que nela atuam e dos pacientes, os horários que devem ser cumpridos no que se refere às reuniões de grupo, as atividades e as visitas. Além disto, o paciente é conscientizado quanto ao comprometimento no que se refere à abstinência total de todos os tipos de substâncias que contenham álcool, assim como também são orientados para que evitem contato com pessoas que ainda estão fazendo uso de bebidas alcoólicas.

O profissional do Serviço Social, juntamente com a Psicóloga, coordena a realização da Psicoterapia de Grupo para os pacientes internados. Esta metodologia de trabalho é aplicada pelas profissionais com o objetivo de modificar os comportamentos mal-adaptativos dos pacientes internados na CLIPIS. As reuniões acontecem todas as segundas e quartas-feiras no horário das 9:30 às 11:30 horas na sala de reuniões que fisicamente a clínica destina a este tipo de atividade.

As abordagens psicoterapêuticas grupais que são utilizadas pela Assistente Social e pela Psicóloga podem ser agrupadas segundo seu corpo teórico em dois principais grupos, sem que existam de efetividade entre eles:

- Grupo das abordagens psicodinâmicas, onde temos a realização de psicanálise e terapias para a resolução de conflitos pessoais, de relacionamento com os demais membros do grupo de pacientes internados e/ou com os familiares. São fornecidas orientações para que o dependente compreenda os efeitos do uso abusivo de bebidas alcoólicas no psiquismo.
- Grupo das abordagens cognitivo-comportamentais propõe que a dependência seja um “comportamento aprendido”, que é constantemente reforçado pelos efeitos prazerosos e pelas contingências do consumo de álcool.

Em qualquer uma das abordagens grupais realizadas são incluídos aspectos psico-educacionais sobre o uso do álcool e também de outras drogas. O processo de psicoterapia em grupo privilegia a interdependência entre os pacientes participantes, o que faz com que se estabeleçam relações sociais saudáveis voltadas para a promoção da abstinência e para a reabilitação. Também oportuniza que o paciente possa se identificar com os demais membros do grupo, expressando suas idéias e emoções.

É durante a realização da Psicoterapia de Grupo que as profissionais podem identificar se os pacientes estão transformando as informações cognitivamente aprendidas, ou seja, se as orientações que foram repassadas nas reuniões anteriores estão sendo transformadas em comportamento operante.

O Serviço Social da CLIPIS, consciente que a família é um fator fundamental tanto na dependência quanto em seu tratamento, realiza semanalmente com os familiares dos pacientes internados a Terapia Familiar. As reuniões acontecem nas quartas-feiras a partir das 14 horas na sala de reuniões do Hospital São Francisco, e não possui horário estipulado para seu término.

* Durante a Terapia Familiar, são repassadas às famílias informações sobre a doença do alcoolismo e as fases do tratamento pelas quais os pacientes passarão. Assim, os familiares saberão como lidar com os altos e baixos de humor dos pacientes. Neste espaço são discutidos os (pré-) conceitos que as famílias possuem quanto à dependência de seu membro e são orientados a lidar com a negação, com mal-entendidos, com defesas mal-estruturadas, com a estigma e sua própria ignorância em relação às diversas dimensões do problema da dependência do álcool. Também são orientadas quanto à mudança no estilo de vida e a redistribuição dos papéis que acontece por seus membros quando da ausência do dependente.

Ainda como atribuição da Assistente Social podemos elencar a organização da escala de atividades realizadas pelos próprios pacientes internados na CLIPIS. Estas atividades foram estipuladas para que os pacientes tenham noção de responsabilidade e ocupem o tempo vago entre as atividades programadas pela equipe multidisciplinar. Como exemplos dessas atividades podemos citar: preparação da sala para as reuniões, motivação do

grupo para participar das reuniões, organização do refeitório após as refeições, controle do horário para assistir televisão, vistoria para verificar a arrumação dos quartos (cada paciente é responsável pelo seu leito), controle do horário das visitas, arrumação da sala de reuniões quando esta é utilizada para jogos de baralho, dominó, etc.

O Serviço Social realiza também transferências de pacientes para clínicas mais especializadas quando da solicitação do próprio paciente ou dos familiares. Estas transferências são feitas com a parceria da SEMUS através do Programa de Saúde Mental, isto porque a clínica mais próxima e conveniada com o SUS fica no Município de Quilombo e esta destina para todo o Município de Concórdia três vagas mensais. A Assistente Social da * CLIPIS entra em contato com a clínica para agendar a internação, com a SEMUS para agendar o transporte que é efetuado pela Prefeitura Municipal e com os familiares para conscientizá-los sobre as normas de funcionamento da clínica, bem como do tratamento que é oferecido aos pacientes e o que podem ou não levar no momento da internação.

Também são realizados pela Assistente Social esclarecimentos aos pacientes internados na CLIPIS sobre os programas e projetos que a Prefeitura Municipal fornece, sejam eles: habitacionais, de geração de renda, saúde (fornecimento de medicação para dar continuidade ao tratamento pós alta hospitalar), educação, etc.

O Serviço Social realiza encaminhamentos de atestados médicos para as empresas que têm seus funcionários internados na CLIPIS, bem como o acompanhamento de pacientes para a retirada de benefícios salariais e/ou previdenciários.

A profissional do Serviço Social apresenta para a diretoria do Hospital São Francisco relatórios mensais com a quantificação dos casos por ela atendidos no decorrer do período. Observando-se estes relatórios, percebemos que durante o período de abril a julho

de 2003, os casos de internações devido à doença do alcoolismo chegam a ocupar 87% dos leitos disponibilizados na CLIPIS.

*A partir destes dados podemos perceber que a questão do alcoolismo vem crescendo a cada dia principalmente como um problema de saúde pública, e traz sérias conseqüências aos dependentes e principalmente ao meio social no qual esta inserido.

* De acordo com pesquisa realizada por Correia; Rahm (1987, p. 193), temos dados indicativos de que para cada pessoa alcoolista, existem em média no Brasil, outras cinco ou seis pessoas que sofrem os efeitos desta doença. Portanto, o próprio dependente do álcool é considerado apenas parte do problema cujas conseqüências atingem, diretamente, sua família, avançando, simultaneamente, nas dimensões social, econômica, cultural, intelectual, emocional e biológica que constituem o seu contexto de vida.

* O impacto que a doença do alcoolismo provoca nos membros da família, manifesta-se principalmente através da ruptura e desorganização das relações interpessoais com conseqüente prejuízo para o desenvolvimento das pessoas e a qualidade de vida e saúde daqueles que convivem com esta problemática.

Portanto, no capítulo seguinte estaremos contemplando a temática referente às conseqüências da doença do alcoolismo no âmbito familiar, bem como a importância da abordagem que é realizada com os familiares de pacientes alcoolistas que estão em tratamento.

3. O ALCOOLISMO E A ABORDAGEM FAMILIAR.

3.1. A questão do alcoolismo e o relacionamento familiar.

Os problemas dos dependentes do álcool não são sofridos isoladamente. Virtualmente, todo alcoolista afeta outros, especialmente os que vivem mais próximos a ele.

O alcoolista vai, progressivamente, sofrendo as influências do uso do álcool, da mesma forma em que sua família também passa a ser afetada em estágios previsivelmente progressivos.

No primeiro momento, a família começa a experimentar a ansiedade em decorrência do abuso do álcool pelo dependente. Apesar de todos na família negarem que o problema existe, o relacionamento entre eles vai se tornando cada vez mais tenso. Surgem discussões e dificuldades, e as pessoas deixam de falar a respeito daquilo que realmente acreditam e sentem.

No segundo momento, a família passa a se preocupar com o uso do álcool, especificadamente. Ao mesmo tempo em que se ilude a respeito da doença, tenta controlar o uso e as conseqüências do abuso do álcool por parte do dependente. A vida familiar se desgoverna à medida que os membros desenvolvem sintomas físicos e emocionais e, com freqüência, se afastam do convívio social. De forma implícita ou explícita fazem um acordo, conhecido como a regra do “não falar”, não se discute o assunto, na tentativa de ignorar que o uso do álcool é o causador de muitos dos problemas da família.

No terceiro momento, os membros da família assumem papéis rígidos e previsíveis. Tornam-se “facilitadores” do problema e desenvolvem sérias disfunções. É comum, então, a negação do sofrimento emocional e outros sofrimentos.

No quarto momento, poderão ocorrer crises graves na família. Os membros cansados buscam maneiras de fugir da situação que se torna insustentável, podendo ocorrer um afastamento emocional completo ou divórcio ou, até mesmo, um suicídio ou homicídio. Ao mesmo tempo, a família continuará a ter sentimentos fortes, protetores do dependente. Este último momento se caracteriza pela exaustão emocional.

Com a progressão da doença, a família experimenta todo tipo de sentimento, entre os quais destacamos:

- A raiva: que sentem pelo comportamento do dependente é tamanha que os familiares parecem estar sempre irados;
- O ressentimento: é nítido nos familiares do em relação às atitudes esquisitas, às promessas que não são cumpridas, à desonestidade que caracteriza o comportamento do dependente;
- A dor: não só de observar como também de participar da desintegração do doente e da própria família;
- A vergonha: do comportamento embaraçoso do doente e de si própria, sobretudo quando se percebem impotentes diante da situação;
- A culpa: pelos problemas gerados pelo uso do álcool. As crianças, em especial, se acham culpadas por “causar” os problemas. Por exemplo: “Se eu tirasse notas melhores na escola, se fosse selecionado para a equipe de natação, talvez mamãe/papai, não bebessem assim”.

- A solidão: os familiares se sentem isolados tanto uns dos outros, dentro da família, como do resto da sociedade;
- O medo: do futuro, do desconhecido, de possíveis acidentes, discussões, da violência e da ruína financeira. Ficam ansiosos mesmo nos finais de semana, quando há festas ou encontros de família;
- A perda do contato com o plano real: com a progressão da doença a família se sente incapaz de continuar amando ou se preocupando com o doente. Com o distanciamento entre os membros, a dissolução de uma comunicação saudável, todos se tornam emocionalmente alienados e passam a viver uma situação mentirosa, baseada somente em ilusões. /

Segundo Cordo (1998), existe o herói da família que é, geralmente, o filho mais velho, cuja incapacidade de ajudar o doente provoca-lhe sentimento de fraqueza e culpa. Como espera muito de si e dos demais, fica com raiva quando as expectativas se frustam. Porém, nega e reprime essa raiva. Acha que ele não pode e não deve se sentir irado. Então:

- Aprende que a melhor maneira de evitar confusões é mostrando-se perfeito, buscando formas de dar a todos exatamente o que querem;
- Torna-se estudante exemplar e é capaz de sobressair-se, também, nos esportes, na música e em outras atividades;
- É visto pelos demais como alguém bem sucedido. O herói propicia à família uma sensação de êxito;
- Nega que existam sentimentos negativos;
- Aprende e ensina a regra do “não falar”;

- Exige demais de si e desenvolve sintomas psicossomáticos comuns as pessoas que trabalham demais: úlceras, enxaquecas, doenças circulatórias;
- Prefere a admiração e o respeito à intimidade e ao amor.

Conforme nos coloca Cordo (1998) segundo filho, geralmente, assume o papel de “bode expiatório”, costuma ter raiva dos pais, do mundo e de si mesmo. A culpa e a vergonha são sentimentos comuns nessa criança, e então:

- Afasta-se do convívio familiar, fugindo de casa, rejeitando valores e normas da família;
- Pode fugir da realidade se tornando também um dependente;
- Comporta-se de forma aberrante e anti-social, na tentativa de desviar a atenção da família do problema central, que é a dependência;
- Finge não se importar com as coisas que o cercam;
- É muito sensível;
- Tem grande risco de suicidar-se;
- Se receber tratamento adequado poderá ser capaz de ajudar a outros necessitados.

Ainda seguindo o que nos coloca Cordo (1998), a criança perdida, muitas vezes, o terceiro filho, costuma alienar-se de todos e torna-se uma criança solitária. Sente-se indigna e o pior é que ninguém na família se dá ao trabalho de mudar a idéia que tem de si própria.

Então:

- É passiva e pouco espera de si e dos outros;
- Tem dificuldade de se relacionar efetivamente;
- Mal consegue fazer escolhas ou cumprir compromissos. Por via das dúvidas, segue os outros;

- Provavelmente, será ineficaz, mas se dará bem porque não causa problemas;
- Poderá ser um alívio para as tensões porque esta sonhadora não causa problemas, ajudando a família a manter a ilusão de normalidade;
- Muito provavelmente terá problemas de doença ou de peso excessivo, os quais lhe proporcionam maneiras de receber atenção sem ter de pedi-la.

* As famílias de alcoolistas sofrem muitos conflitos. Desenvolvem papéis rígidos para lidar com um stress que nunca discutem abertamente. Vivem com medo do futuro e sofrem com a negação da realidade. Sentem vergonha do dependente e de si mesmas. De tal forma se acostumaram a falsear a verdade que nem sabem mais confrontar seus próprios sentimentos.

* As famílias dos alcoolistas necessitam da ajuda de profissionais para desenvolver em si mesmas o desejo, a confiança e a habilidade de intervir na doença de seu dependente. //

3.2. O alcoolismo na perspectiva da família.

Atualmente os jovens estão começando a beber mais precocemente. Nos últimos 20 anos, a idade média para o início do uso do álcool diminuiu de 14 para 10 ou 12 anos de idade. Levantamentos sobre o uso de drogas entre estudantes de escolas públicas de 10 capitais brasileiras, realizados pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, de 1987 a 1997, confirmaram que o álcool é a droga mais consumida. O álcool costuma ser a principal porta de entrada para o consumo de outras drogas.

Os estudos da Organização Mundial da Saúde - OMS apontam a dependência ao álcool e outras drogas como um dos problemas de saúde pública de maior importância.

* De acordo com Silva *et al* (2000), o alcoolismo está inevitavelmente enraizado na rede de interações familiares. Essas interações incluem tanto comunicações abertas e impactos diretos quanto processos dinâmicos e muito sutis. O alcoolismo influencia o comportamento de seus familiares de tal forma que se estabelece uma espécie de ressonância.

* Assim, o problema da bebida envolve tão intensamente a família quanto o paciente. Geralmente as pessoas mais atingidas são o cônjuge e os filhos. Eles não são apenas receptores passivos do que se faz, mas participam ativamente, sendo os mais envolvidos no problema. Esta participação se dá a medida em que sofrem o impacto adverso do comportamento de quem bebe; possuem relação direta com o dependente; são coniventes com o problema ou o estimulam.

* A falta de conhecimento sobre o alcoolismo enquanto doença, desperta a idéia de que o alcoolista é um indivíduo irresponsável e que não se interessa pela família. Isto é visível dentro de cada lar que possui um dependente de álcool, chegando a ponto de perder o respeito e a confiança de sua família.

Com isto, altera-se o relacionamento familiar e os papéis sociais são invertidos. As responsabilidades são passadas para os demais membros, às vezes até para crianças que se quer têm idade para trabalhar.

Com o passar do tempo, o comportamento dos familiares passa a ter certa semelhança pelo acúmulo dos desgostos, desrespeitos e, aí vem a descrença total. Neste estágio ninguém mais acredita na recuperação. Assim, inicia-se a busca individual de uma forma de se fugir do problema. Dentre as alternativas encontradas, destacam-se o trabalho infantil, os tóxicos e a prostituição.

* Outra consequência da dependência do alcoolismo, são os sentimentos e atitudes que emergem dos familiares tornando a situação insustentável, conduzindo-os a um aumento dos mecanismos de defesa que os impede de ver a realidade. Esta postura objetiva a proteção e manutenção de sua auto-estima.

* Porém, poderá também, ocorrer a reação inversa. Ou seja, os membros da família podem conscientizar-se da gravidade da situação e reconhecer sua incapacidade em lidar com ela. Nestes casos, partem em busca de ajuda.

De acordo com Silva et al (2000) diz que independentemente da postura da família diante de um caso de dependência, diversas são as barreiras a serem superadas. A seguir destacam-se as principais:

- **Vergonha** – Este sentimento é muito comum nas famílias que têm um alcoolista. O cônjuge e os filhos sofrem sozinhos, muitas vezes, se calam para não externalizar o problema. Procuram conservar o alcoólatra e a si mesmos de vexames. Ex: Quando o alcoólatra chega a cair na rua, será puxado para casa, às escondidas.
- **Raiva e Ressentimento** – O cônjuge e os filhos sentem raiva e ressentimento do alcoolista. Dentre as razões para este tipo de sentimento destacam-se o dinheiro gasto com bebidas, as promessas não cumpridas e as agressões físicas e verbais.
- **Irritação** – Em decorrência de um problema de dependência química, os familiares, principalmente o cônjuge, ficam tensos e irritados. Os efeitos dessa irritação não se limitam ao alcoolista, mas a todas as pessoas que se relacionam com elas.

- **Críticas ao Alcoolista** – Em decorrência das constantes situações de desconforto à que são expostos, os familiares acabam criticando o dependente, As críticas mais comuns contemplam sua higiene, aparência, comportamento, insucesso profissional e insegurança.
- **Relações Sociais** – Devido à vergonha e constrangimentos à que são expostos, os membros da família acabam se isolando, afetando assim, suas relações sociais. As famílias têm receio que ocorram discussões e escândalos. Muitas vezes os alcoolistas se afastam das pessoas por sentirem-se inferior aos outros, por não conseguirem estabelecer um diálogo devido ao medo ou insegurança. E a medida em que se afastam as frustrações se acumulam.
- **Sentimento de Culpa** – O alcoolista cheio de sentimento de culpa, projeta nos familiares a razão do seu beber descontrolado. Esta se constitui numa forma de proteger seu próprio ego. Com isto, busca fazer com que seus familiares se sintam responsáveis pelo seu alcoolismo. Quando o alcoólatra é o filho, os pais também acham que são responsáveis. Acham que não souberam educar.
- **Sentimento de Fracasso** – Neste caso, as pessoas sentem-se frustradas por não conseguirem resolver seus problemas. O sentimento de fracasso poderá levá-los a perda da esperança.
- **Problemas Emocionais** – As crianças são as mais prejudicadas, e as que mais sofrem com a situação. O ambiente de brigas e hostilidades poderá causar-lhes inseguranças e receios, comprometendo o rendimento escolar e proporcionando outros danos emocionais mais profundos. Pode apresentar dificuldade de relacionamento social e até mesmo desenvolver sintomas ou comportamento

claramente neuróticos. As constantes surras, gritos, desprezo e reclamações podem gerar elevação do nível de ansiedade da criança. Esta poderá se tornar muito dependente, desesperada e ansiosa, envolvida com o lar, preocupada em proteger o genitor que não bebe e incapaz de se identificar com os outros jovens. Poderão também desenvolver na adolescência, atitudes de rejeição em relação a seus pais e se identificarão precipitadamente com grupos de companheiros adolescentes, podendo resultar na ingestão de drogas ou delinquência. Isso poderá em parte, representar uma vingança em relação aos pais, o conforto e a excitação que venham substituir sentimentos internos de bem estar que tanto faz falta.

- **Desajuste Financeiro** – O alcoolista, mesmo não estando desempregado, geralmente não consegue, prover sozinho o sustento da família. Isto porque seu salário vai para a manutenção da sua dependência. Assim, seu cônjuge se vê obrigado a trabalhar fora para assumir parte ou mesmo totalidade das despesas da família.
- **Stress** – O álcool tem na família um impacto devastador. Cria um alto nível de estresse. Isto acontece porque o alcoolista ora apresenta-se demasiadamente bom e afável (geralmente quando não se alcooliza), e ora está agressivo e irritado. Como o estado mais constante é o da alcoolização, instala-se na família uma ansiedade muito grande, principalmente nos horários próximos à chegada ao lar (o que pode não ocorrer vez ou outra, quando chega a dormir fora de casa). Quando os familiares retornam de suas atividades externas, estão sempre na expectativa de encontrar o ambiente tumultuado. Esta situação de incerteza gera desavenças,

ansiedades, depressões, medos, inseguranças e tudo isso leva ao stress, que acaba por comprometer toda a unidade familiar.

- **Dúvida Quando a Própria Sanidade** – As pessoas começam a ter atitudes incoerentes e ambíguas entre eles. Muitas vezes pensam que estão com a saúde mental abalada. Duvidam da própria sanidade, pois se encontram em constantes conflitos. A mãe sente-se dividida e inadequada como mãe e esposa. Tem medo e insegurança para exigir mudanças no comportamento do alcoolista e no seu próprio.
- **Modificação dos Papéis** – O cônjuge de um alcoolista ativo vive no medo, frustração e autopiedade. Muitas vezes é agressivo ao extremo, outras, fica histérico e pensa em abandonar o lar. Falta-lhe segurança material ou paz interior. No afã de tentar alguma atitude que faça com que o alcoolista se dê conta da vida que o álcool está proporcionando a todos, e disposto a acabar com o clima de confusão e desespero que envolve o seu lar, o cônjuge cumpre diversos papéis. Algumas vezes, assume atitude de descrença, dando as costas a tudo; outras, assume papel de exigente, levando todos a um clima de tensão e ansiedade.

Com relação aos filhos, ainda de acordo com Silva *et al* (2000) estes podem demonstrar comportamento fora do normal: alguns viram “adultos” na adolescência, assumindo a responsabilidade dos pais. Este tipo pode ser chamado o “RESPONSÁVEL”. Outro se perde em fantasias, nas quais foge da realidade dolorosa que vive, tornando-se às vezes o “HUMORISTA”. Outro se torna rebelde e começa a aprontar, mentir, roubar, experimentar drogas, é o “DELINQUENTE”. Outro se torna insensível, numa fuga

inconsciente que o torna incapaz de sentir qualquer emoção, seja ruim ou boa. É o “APÁTICO”.

Estes se constituem nos principais comportamentos que emergem numa família que possui um dependente do álcool.

3.3. A importância do trabalho com as famílias e a ação do Serviço Social.

* Como pudemos constatar através da explanação feita nos itens anteriores, o impacto da SDA afeta principalmente os membros da família do dependente. Sendo que as conseqüências da doença são manifestadas na família através da ruptura e desorganização das relações interpessoais com conseqüente prejuízo para o desenvolvimento das pessoas e a qualidade de vida e saúde daqueles que convivem com este problemática.

* Conscientes de que inevitavelmente o problema do alcoolismo encontra-se imbricado na rede de interações familiares ^{vemos q/} é que, focalizar apenas a pessoa dependente do álcool para um tratamento, representa, no mínimo, a negação dos direitos destas famílias com relação à saúde de sua coletividade. Assim como também, faz com que o processo de tratamento e recuperação do dependente seja prejudicado, devido à falta de informações que a família pode fornecer sobre a história da dependência de seu membro. Além do mais, os familiares recebem orientações que são essenciais para a vida do dependente após a alta hospitalar, principalmente no que diz respeito à convivência familiar. [?]

Apontaremos a seguir alguns dos fatores que justificam a importância da abordagem realizada pelo Serviço Social com as famílias dos dependentes de álcool que estão em tratamento na CLIPIS.

* Primeiramente, cabe retomarmos que a participação da família no processo de tratamento do dependente de álcool é de extrema importância tanto para o alcoolista quanto para si própria. Isto devido ao fato de que ao mesmo tempo em que a família contribui com informações sobre a história da dependência do paciente, recebe orientações de como proceder com as conseqüências do alcoolismo.

* O fato da família do paciente contribuir com informações acerca da história da dependência, favorece o tratamento no sentido de confirmar as informações já repassadas pelo dependente no momento da abordagem inicial que é realizada pelo Serviço Social. Estas informações englobam: o tipo de bebida alcoólica já utilizada e as que o indivíduo atualmente consome, utilização concomitante do álcool, a via de uso atual e as anteriores, quantidade de álcool consumida no último ano, mês e semana, a dose diária comumente utilizada, o volume de gastos monetários dirigidos ao uso e a frequência que o consumo de álcool ocorre. Através destes dados o profissional do Serviço Social pode estimar a dimensão da compulsão do indivíduo para o consumo. As circunstâncias onde o consumo ocorre, são fundamentais para a previsão de possíveis fontes de recaídas, além de contribuírem para que as demais famílias fiquem atentas aos locais e hábitos que seus membros podem vir a desenvolver após a alta hospitalar com o intuito de voltar a consumir bebidas alcoólicas.

* As orientações que são repassadas para as famílias dos dependentes de álcool, pelo Serviço Social durante o processo de tratamento, estão voltadas para o esclarecimento das mais variadas dúvidas e inquietações que estas famílias apresentam quanto à doença. Dentre as questões mais comumente colocadas durante as reuniões com os familiares estão os preconceitos difundidos pelo senso comum. Um deles é o de considerar o alcoolismo como sendo um problema de conduta moral e de falta de vontade e não como uma doença que

↳ talvez tema pl reunião

apresenta conseqüências tanto para o dependente (debilidade física, emocional, etc) como para seus familiares (desgaste emocional), como por exemplo o diabetes. O fato de o alcoolismo ser tratado como uma doença é até então pouco discutido nos meios de comunicação em massa, e isto faz com que o processo de conscientização destas famílias seja mais lento, o que de certa forma prejudica diretamente o tratamento e a recuperação do paciente internado.

✧ Esta questão ainda é agravada pelo fato periódico da ocorrência das recaídas, que para os profissionais da área e estudiosos do tema, fazem parte de todo o processo de recuperação. Porém, para as famílias envolvidas torna-se difícil dar credibilidade novamente ao seu membro em recuperação como também, muitas vezes, a forma de tratamento a qual ele está sendo submetido. Cabe ressaltar ainda que a questão da recaída é um dos aspectos principais nos quais se sustenta a opinião formada e difundida pelo senso comum de que o alcoolismo é um problema de conduta moral. Com referência ao que foi exposto, devemos acrescentar que cabe ao Serviço Social priorizar, durante as reuniões com os familiares, reflexões acerca dos preconceitos estabelecidos no cotidiano das famílias objetivando que questões como estas não prejudiquem o andamento do tratamento do dependente.

✧ As famílias, durante as reuniões, recebem orientações quanto à forma como devem proceder com o dependente após a alta hospitalar. Estas orientações envolvem desde mudanças nos hábitos alimentares do dependente (como o de substituir o vinagre que temperamos a salada por suco de limão ou de laranja), até como prevenirem comportamentos que possam facilitar que o dependente venha a ter uma recaída (evitar discussões que aconteciam anteriormente). Neste último ponto descrito, a inserção do profissional do Serviço Social é de fundamental importância, pois ele através de seu “olho clínico” e perante

os depoimentos dos familiares e do próprio dependente, percebe a combinação de fatores da vida do sujeito que facilitaram ou mesmo propiciaram o início do consumo, a sua progressão, o surgimento dos prejuízos relacionados a ele e a busca por tratamento. Portanto, este profissional é capaz de analisar as situações conflitantes descritas e alertar a família sobre as mesmas para que estas não retornem a acontecer, prevenindo-se assim a recaída.

* ^{Reunião} Além das discussões, as famílias também são orientadas quanto à redistribuição de papéis. Como vimos nos itens anteriores, a partir do momento em que um membro da família deixa de assumir o seu papel, logo os demais membros se organizam para suprir esta necessidade. Isto é o que acontece com as famílias dos dependentes do álcool, onde muitas vezes a esposa e os filhos trabalham dobrado para conseguir o sustento da família já que o dependente gasta seu salário com a bebida, portanto a família acaba assumindo o papel que antes era do dependente. Quando este retorna ao seu lar, após o período de internação, os papéis devem ser redistribuídos de maneira que a família possa voltar a se organizar segundo seus próprios princípios.

Porém, em muitos dos casos esta redistribuição não acontece devido à falta de esclarecimento dos membros envolvidos, ou seja, a rotina na qual a família passou a se organizar está de tal forma concretizada que no momento em que seu membro retorna para reassumir seu papel, mesmo que inconscientemente, os familiares não o possibilitam. As famílias que participam do tratamento do dependente são conscientizadas sobre esta questão o que facilita a reorganização do âmbito familiar, tendo em vista que elas foram orientadas quanto ao processo. Claro que mesmo com o esclarecimento que é feito pela Assistente Social, algumas famílias ainda sentem dificuldade no momento da redistribuição dos papéis.

A importância da abordagem familiar realizada pelo Serviço Social na CLIPIS pode ainda ser justificada através da análise dos questionários (APÊNDICE I) que foram aplicados a seis famílias que participam do processo de tratamento oferecido aos dependentes de álcool.

As seis famílias participam do processo de tratamento de seu membro através de: acompanhamento do tratamento médico; compreendendo e tendo paciência; dialogando sobre as etapas do tratamento; observando se o dependente toma o medicamento; participando das reuniões de AL-ANON; buscando mais informações sobre a doença; e procurando orientação da Assistente Social. Através destas afirmações podemos perceber que o papel desempenhado pelo Serviço Social da CLIPIS durante a abordagem familiar resultou na conscientização das famílias quanto à importância da sua participação no processo de tratamento de seu membro dependente, pois o saber que a família detém pode ser muito útil na solução do problema, mas não a capacita a escolher condutas ou tomar decisões. É preciso refletir com o auxílio do profissional sobre as posturas e os valores que a família assume, pois pode estar agindo com o dependente de forma inadequada, invadindo a privacidade e desrespeitando a individualidade. Pode estar “ajudando” para satisfazer apenas o seu ego, ou desviando-se de suas próprias necessidades.

Quatro famílias responderam que sentem necessidade de ajudar o dependente, enquanto que as outras duas afirmam que são obrigadas em função da situação difícil que vivenciam em casa. Estar disposto a ajudar o dependente a encontrar o caminho da sobriedade, por meio de uma mudança de atitudes, mudando o próprio modo de viver e olhar a vida, é a melhor forma de ajuda.

* Todas as famílias responderam que o fato de participarem do tratamento de seu familiar facilita o relacionamento entre eles e apontaram alguns dos motivos como: melhor compreensão do comportamento do dependente; facilita o diálogo diminuindo as brigas e as cobranças; compreensão do problema como doença; através da orientação podemos perceber as falhas que cometemos; o dependente se sente mais à vontade para falar dos seus problemas; e percebemos que às vezes é preciso mudar de atitudes para compreender o dependente. Perante estas afirmações podemos perceber que as reuniões familiares que são realizadas na CLIPIS pelo Serviço Social estão alcançando os objetivos propostos no que se refere à aproximação entre os membros das famílias durante o processo de tratamento para que o dependente não se sinta abandonado e sim seguro e confiante em si mesmo.

* As seis famílias concordaram que se recebessem melhores informações sobre o alcoolismo os conflitos em seus lares seriam amenizados, e afirmam que a partir do momento que começaram a participar das reuniões familiares da CLIPIS passaram a entender cada vez mais o porquê de tantos conflitos no período anterior a internação. Ainda explicitaram que os esclarecimentos feitos pela Assistente Social durante as reuniões, no que se refere à doença do alcoolismo, a importância da participação da família no processo de tratamento e principalmente como lidar com o dependente são de fundamental importância para as pessoas que desejam voltar a ter um convívio familiar adequado quando da alta de seu membro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do álcool é um fato universal e também um comportamento transcultural, desde que todas as sociedades o usaram ou usam como sendo um comportamento socialmente aceito. Constatou-se, atualmente, que os padrões e atitudes de uma cultura influenciam diretamente na maior ou menor prevalência do consumo de álcool.

Através de pesquisa bibliográfica constatamos que, na região oeste de Santa Catarina as festas típicas da cultura alemã (Kerbs) exercem grande influência no consumo de bebidas alcoólicas. É muito comum vermos pessoas bebendo desde cedo, a iniciação é precoce no Estado, sendo que 6,6% da população experimentaram álcool com menos de 7 anos de idade.(JUNKES, 1997) Esta iniciação acontece muitas vezes no próprio contexto familiar, que é o mesmo contexto no qual se desenvolve a festa do Kerb. Não raro, o primeiro contato com a bebida alcoólica se dá num almoço de família, no Natal, em alguma comemoração (Kerb), quando o pai ou a mãe coloca um pouquinho de vinho em refrigerante e dá para a criança, ou então a deixa beber um golinho de cerveja, de cidra ou champanhe.

O alcoolismo é uma doença que afeta não apenas ao seu portador, segundo Correia; Rahm (1987), dados indicam de que para cada pessoa alcoolista, existem em média no Brasil, outras cinco ou seis pessoas que sofrem os efeitos desta doença. Portanto, o próprio dependente do álcool passa a ser apenas parte do problema cujas conseqüências atingem diretamente sua família, sendo que estas podem ser percebidas em todos os segmentos que constituem o seu contexto de vida.

A família, mesmo vulnerabilizada, tenta tratar do seu membro alcoolista muitas vezes sem uma orientação precisa e adequada. Este fato faz com que ela, inconscientemente, colabore com a doença através de atitudes e comportamentos que ao invés de auxiliar o dependente na busca da sobriedade, acabam por estimulá-lo a continuar bebendo.

O mais aconselhável é que o dependente seja conscientizado de que sua doença precisa de tratamento, assim como também sua família. Este tratamento, quando conta com a participação da família, beneficia ambas as partes. O dependente se sente seguro ao saber que pode contar com o apoio de sua família, e esta por sua vez, passa a compreender a doença e suas conseqüências de forma a auxiliar seu membro no processo de tratamento e recuperação.

Constatamos através dos questionários aplicados às famílias de alcoolistas, que o processo de abordagem familiar realizado pelo Serviço Social na CLIPIS durante o processo de tratamento do dependente, é de extrema importância para que as relações entre os familiares possam se restabelecer de forma saudável e com o intuito de prevenir a recaída.

Através das leituras realizadas para a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso, percebemos que o meio social exerce um papel contraditório em relação à doença do alcoolismo. Ou seja, a sociedade aprova, promove, incentiva e pressiona o indivíduo a fazer uso do álcool, mas o rejeita e o discrimina quando se confronta com as conseqüências da dependência alcoólica, adotando atitudes que levam o alcoolista e sua família ao isolamento social.

Este é mais um dos fatores que demonstram a importância da abordagem familiar realizada pelo Serviço Social da CLIPIS durante o processo de tratamento do dependente, pois estas famílias são acolhidas e incentivadas a participarem também de outros grupos de auto-ajuda, como por exemplo, o AL-ANON. Isto para que ocorra o fortalecimento da rede

de serviços de apoio ao alcoolismo e ao mesmo tempo a família possa perceber que não está isolada do contexto social.

Espero que este Trabalho de Conclusão de Curso sirva como fonte de orientação e conscientização para que seja valorizada a importância da abordagem familiar realizada como processo de trabalho do Serviço Social no caso de tratamento de dependentes de álcool.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-ANON, G. F. **Alcoolismo, a doença da família.** Grupos Familiares do AL-ANON: São Paulo, 1999, p.57-58.

BERTOLOTE, J. M. Conceitos em alcoolismo. RAMOS, S. de P. (et al). **Alcoolismo Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, 2 ed., p. 15-24.

CARDOSOS, L. M. Alcoolismo, questão de bom senso. **Jornal Consciência 2000.** Florianópolis: Editora Paulus, 1999, n°13, ano 2, mar., p. 01-03.

CORDO, M. O alcoolismo e a família: sinais de co-dependência. **Hospitalidade.** São Paulo: Rose Campos, v. 62, n. 245, out./dez., 1998, p.9-15.

CORMILLOT, A. **Beber o no beber: Esa es la cuestion.** Buenos Aires: Paidós, 1992.

CORREIA, L. A. ; RAHM, H. J. **Solução para farmaco-dependentes: uma experiência terapêutica.** São Paulo: Loyola, 1987, p. 193.

COTRIN, B. C. Alcoolismo: prova de resistência ou de fraqueza? **Jornal Consciência 2000.** Florianópolis: Editora Paulus, 1999, n°14, ano 2, abr., p. 01.

FILHO, G. M. Drogas: como sair dessa. **Revista Galileu.** Rio de Janeiro: Globo, 1999, p. 46-54.

FORTES, J. R. de A.; CARDO, W. N. **Alcoolismo: diagnóstico e tratamento.** São Paulo: SAVIER, 1991. 327 p. Cap. 1 e 2. Pgs. 1-10, 11-26.

JUNKES, L. G. G. Ser Alcoólatra: Representações Sobre a Dependência do Álcool. **Dissertação** (Mestrado em Sociologia Política). Florianópolis: 1997, mai.

LEITE, M. da C. **Aspectos básicos no tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001, 2ª Ed..

LENZI, Z. M. **O Kerb em Santa Catarina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989, p. 48-49.

MEHLAN, K. E. Alcoolismo e a Polícia Militar: a constituição do programa de prevenção e recuperação da dependência química. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Serviço Social). Florianópolis: UFSC, 1999, mar.

PEÑA-ALFARO, A. A. **Alcoolismo: os seguidores de Baco**. São Paulo: Mercuryo, 1993.

PAES, G. D. M. R. A Solução Está na Família. **Viver Psicologia**. São Paulo: Rose Campos, 2000, ago., p. 16-20.

PUEL, E. **Padrões de Interação da Família Alcoólica**. Rio de Janeiro: PUC, 1991.

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO. **Atribuições do Serviço Social**. Concórdia, maio de 2001, Cap. VII, Art. 7º, p.11.

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO. **Competências do Serviço Social**. Concórdia, maio de 2001, Cap. VII, Art. 8º, p. 13.

REGIMENTO INTERNO DA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (CLIPIS). **Internações**. Concórdia, maio de 2002, Cap. I, Art. 1º, p. 03.

SCHEINBERG, G. Dados do Alcoolismo. **O Estado de São Paulo**. São Paulo: O Estado de São Paulo, 2003, p. 09-10, jul..

SCHNORRENBARGER, A. S. Família e a Dependência Química. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Serviço Social). Florianópolis: UFSC, 2003, fev.

SILVA, M. de L. da., et al. **Alcoolismo: um problema com o qual muitos convivem, porém poucos conhecem**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000, p. 36-41.

SILVA, M. R. S. da. Família e Alcoolismo: em busca do conhecimento. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Florianópolis: UFSC, 1996, mar.

SILVA, P. E. da. Caracterização das Famílias Atendidas pelo Projeto de Orientação e Apoio Sócio Familiar do Município de Florianópolis em Relação ao Uso de Drogas. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Serviço Social) – Centro Sócio-Econômico. Florianópolis: UFSC, 2001.

SILVEIRA, A.C. da. **O Drama do Alcoolismo - causas, conseqüências e soluções**. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1980.

SILVEIRA, D. X. **Um guia para a família**. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001.

TWERSKI, A. J. **Como Proceder Com o Alcoólatra**. Trad.: Auriphebo Berrance Simões. São Paulo: Paulinas, 1990, p.34.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO APLICADO PARA AS FAMÍLIAS.

1. Você participa do tratamento de alcoolismo juntamente com seu familiar?
Sim. Como?
Não. Por quê?
2. Caso você respondeu Sim, por quê?
 sente necessidade de ajudar.
 é obrigado em função da situação difícil que está em casa.
3. Participar do tratamento de seu familiar facilita ou dificulta o seu relacionamento com ele?
 Dificulta. Por quê?
 Facilita. Por quê?
4. Você acha que se recebesse melhores informações sobre alcoolismo, iria amenizar a situação conflitante de sua família?
 Sim.
 Não.
5. O que você acha do trabalho de esclarecimento às famílias de dependentes a respeito do alcoolismo?
6. O que você acha do espaço que é disponibilizado pela Clínica para que as famílias dos alcoolistas possam participar do tratamento de seu membro?
7. Após o esclarecimento feito pelo Serviço Social sobre a importância da participação da família no processo de tratamento do alcoolista, você percebe sua importância neste processo?
8. Após freqüentar as reuniões das famílias, você se sente realmente preparado (a) para participar ativamente no processo de tratamento e também pós alta hospitalar de seu familiar?

ANEXOS

ANEXO I

Cronograma de atividades semanais realizadas na CLIPIS.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
6:30 as 7:00	Amanhecer	Amanhecer	Consulta Médica Psiquiátrica	Amanhecer	Amanhecer	Amanhecer	Amanhecer
7:00 as 7:30	Grupo de Sentimentos	Grupo de Sentimentos	Grupo de Sentimentos	Grupo de Sentimentos	Grupo de Sentimentos	Grupo de Sentimentos	Grupo de Sentimentos
7:30 as 8:00	Café da Manhã	Café da Manhã	Café da Manhã	Café da Manhã	Café da Manhã	Café da Manhã	Café da Manhã
8:00 as 9:25	Cuidados de Enfermagem Passeio	Cuidados de Enfermagem Passeio	Cuidados de Enfermagem Passeio	Cuidados de Enfermagem Passeio	Grupo Terapêutico	Palestra Médica Psiquiátrica	Cuidados de Enfermagem
9:30 as 11:30	Terapia de Grupo	Grupo de Auto-ajuda (AA)	Terapia de Grupo	Atividades com Farmacêuticas	Pastoral da Saúde	Fisioterapia	Livre
11:30 as 12:30	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
12:30 as 13:00	Intervalo TV	Intervalo TV	Intervalo TV	Intervalo TV	Intervalo TV	Intervalo TV	Intervalo TV
13:00 as 14:00	Visita Familiar	Visita Familiar	Visita Familiar	Visita Familiar	Visita Familiar	Visita Familiar	Visita Familiar
14:00 as 15:00	Cuidados de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	Atividade com a Nutricionista	Cuidados de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem
15:00 as 15:30	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche
15:30 as 17:15	Aulas Português Matemática	Atividades com Enfermagem	Fisioterapia	Atividades com Enfermagem	Fisioterapia	Livre	Livre

ANEXO II

DOZE PASSOS

- 1- Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas;
- 2- Viemos a acreditar que um poder superior a nós mesmos poderia levar-nos a sanidade;
- 3- Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que o concebíamos;
- 4- Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;
- 5- Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata das nossas faltas;
- 6- Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter;
- 7- Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições;
- 8- Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados;
- 9- Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem;
- 10- Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitimos prontamente;
- 11- Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de sua vontade em relação anos e forças para realizar esta vontade;

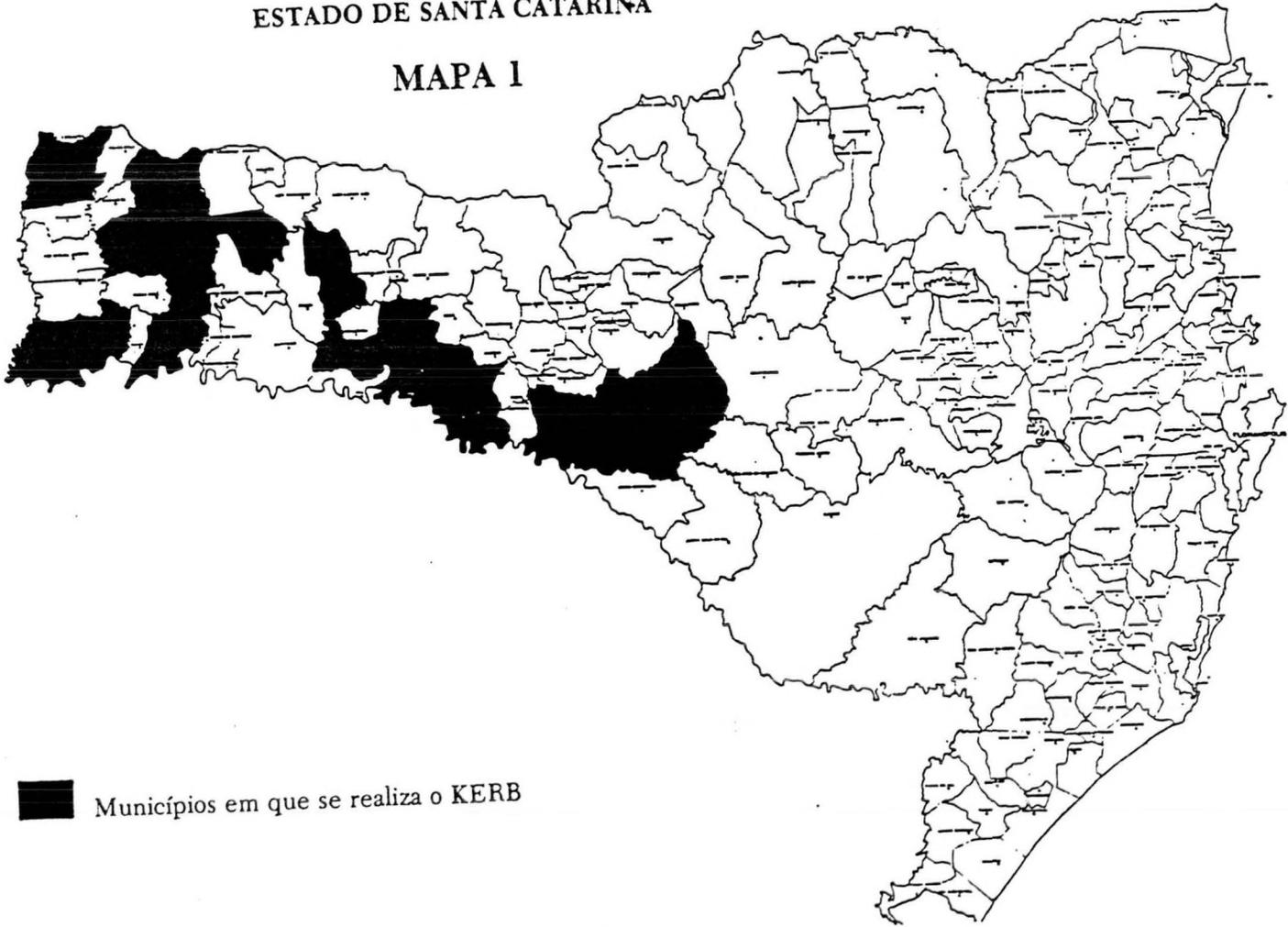
12-Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades.

Fonte: PEÑA-ALFARO, A. A. **Alcoolismo: os seguidores de Baco.** São Paulo: Mercuryo, 1993, p.118-119.

ANEXO III

ESTADO DE SANTA CATARINA

MAPA 1



Fonte: LENZI, Z. M. O Kerb em Santa Catarina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1989, p. 73.