

REDE DE APOIO SOCIAL AO ALCOOLISTA: MAPEAMENTO BASEADO NAS AÇÕES INTERSETORIAIS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

ALCOHOLIC'S SOCIAL SUPPORT NETWORK: MAPPING BASED ON ALCOHOLICS ANONYMOUS ACTIONS

APOYO SOCIAL AL ALCOHÓLICO: MAPEO BASADO EN ACCIONES INTERSECTORIALES DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Helder de Pádua Lima¹, Violante Augusta Batista Braga², Angélica Mota Marinho³

Destacamos a construção de uma rede de apoio social ao alcoolista como estratégia para a manutenção dos vínculos deste com a família e com a sociedade, e fortalecimento de laços de solidariedade. Objetivamos mapear a rede de apoio ao alcoolista a partir das ações intersetoriais desenvolvidas por integrantes de um grupo de alcoólicos anônimos do município de Fortaleza — CE. Estudo descritivo, realizado com 20 membros do referido grupo. Os dados foram produzidos mediante entrevista semiestruturada e analisados de acordo com o método de análise de conteúdo. Os resultados denotam ações de articulação a outros grupos de autoajuda; instituições educacionais, de saúde e religiosas, além da comunidade de forma geral. A ausência de passagens relativas a iniciativas de articulação do setor saúde com alcoólicos anônimos sugere falta de integração entre os dispositivos de modo a compor uma rede efetiva no enfrentamento do alcoolismo.

Descritores: Alcoolismo; Apoio social; Alcoólicos Anônimos.

We emphasize the construction of a social support network to alcoholics as a strategy for maintaining its affective and solidary ties with their families and society. This study aims to map the alcoholic's support network from the intersectoral actions developed by members of an Alcoholics Anonymous group (AA) located in Fortaleza — Ceará. This is a descriptive study with 20 members of the AA group. The data were produced through semi-structured interviews and analyzed in accordance with the content analysis method. The results show joint actions with other self-help groups; educational institutions, health and religious institutions, as well as the general community. The absence of passages relating to joint initiatives of the health sector with AA suggests a lack of integration between the devices so that they compose an effective network in coping with alcoholism.

Descriptors: Alcoholism; Social Support; Alcoholics Anonymous.

Hacemos hincapié en la construcción de una red de apoyo social al alcohólico como estrategia para que él mantenga los lazos familiares y sociales y el fortalecimiento de lazos de solidaridad. Planteamos mapear la red de apoyo al alcohólico a partir de las acciones intersectoriales desarrolladas por los miembros de un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), ubicado en el municipio de Fortaleza — Ceará. Estudio descriptivo, realizado con 20 miembros del mencionado grupo. Los datos procedieron de entrevistas semiestructuradas y analizadas de acuerdo con el método de análisis de contenido. Los resultados denotan acciones de articulación a otros grupos de autoayuda; instituciones educativas, de salud y religiosas, además de la comunidad en general. La ausencia de accesos relativos a las iniciativas de articulación del sector de la salud con AA sugiere una falta de integración entre los dispositivos de forma que compongan una red eficaz en la lucha contra el alcoholismo.

Descritores: Alcoholismo; Apoyo Social; Alcoólicos Anônimos.

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeiro do Centro de Atenção Psicossocial do Município de Caucaia (CE). Brasil. E-mail: padua_helder@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; e-mail: vivi@ufc.br

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; bolsista da CAPES; E-mail: angellykitty@yahoo.com.br

Autor correspondente: Helder de Pádua Lima

Rua Saci, 116. Parque Potira. CEP: 61648-390. Caucaia-CE, Brasil. E-mail: padua_helder@hotmail.com

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O uso de drogas psicoativas, na sociedade atual, tem configurado uma problemática de saúde pública, considerando-se as suas conseqüências em todos os aspectos da vida humana e social.

Estudos recentes evidenciam que, em âmbito nacional, o álcool tem sido a droga mais consumida, sendo o alcoolismo um dos problemas advindos do uso abusivo. O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, por exemplo, realizado em 2005 nas 107 maiores cidades do país, incluindo Fortaleza, aponta que 12,3% das pessoas, com idade entre 12 e 65 anos, são dependentes de álcool, taxa superior à de 11,2% encontrada no I Levantamento, realizado em 2000⁽¹⁻²⁾.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde tem preconizado uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente. Esta estratégia concebe o uso de álcool e outras drogas como um tema transversal a outras áreas (saúde, justiça, educação, social e de desenvolvimento) e considera a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de apoio social baseada em diretrizes como a intersectorialidade⁽³⁾.

Entendemos intersectorialidade como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social⁽⁴⁾.

A rede de apoio social ao alcoolista pode ser composta por vários cenários e agentes, funcionando como dispositivos que, quando se articulam, podem favorecer a manutenção dos vínculos desse com a família e com a própria sociedade, além de fortalecer laços de solidariedade.

Dentre os dispositivos, grupos de autoajuda, como Alcoólicos Anônimos (AA), estão se tornando cada vez mais comuns, à medida que seus membros se organizam para reforçar sua prática de abstinência. Os integrantes dividem experiências, trabalham juntos na busca de um mesmo objetivo e usam seus recursos para conquistar maior controle sobre suas vidas. Os processos envolvidos nesses grupos são os de afiliação social, aprendizagem de autocontrole, modelagem de métodos para lidar com o estresse e agir para mudar o ambiente social⁽⁵⁾.

Na perspectiva da intersectorialidade, podemos mapear uma rede de apoio social ampla que extrapola o que é oferecido pelo setor da saúde, qualificando e integrando o atendimento, a saber: movimentos sociais, esporte, lazer e cultura, profissionalização, geração de renda, entre outros recursos.

Com base no exposto, nos questionamos: integrantes de um grupo de autoajuda, no caso AA, desenvolvem ações intersectoriais de forma a compor uma rede de apoio ao alcoolista?

Buscando respostas ao questionamento proposto, elaboramos este estudo objetivando mapear a rede de apoio ao alcoolista que se configura a partir de ações intersectoriais desenvolvidas por integrantes de um grupo AA.

O estudo vem a contribuir para o preenchimento de lacunas, no que concerne a produção teórica envolvendo mapeamentos de rede de apoio social ao usuário de álcool a partir de grupos de autoajuda. Desde a elaboração do projeto de pesquisa, no período de fevereiro a agosto de 2008, percebemos que nenhum estudo abordava o tema nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE, através de descritores “alcoolismo”, “apoio social” e “alcoólicos anônimos”.

Dessa forma, o estudo fornece subsídio teórico para a devida utilização da rede de apoio ao usuário de álcool, tanto por parte dos profissionais, como também pela própria comunidade. Aos profissionais dos serviços é importante a prática na perspectiva da formação da rede de apoio, entendendo o usuário em seu contexto; e a este é proporcionada uma atenção mais integral, na perspectiva da sua recuperação e reinserção social. Além disso, possibilitam a criação e/ou fortalecimento de parcerias dos serviços de atenção à saúde com grupos de autoajuda, visando seu reforço enquanto suporte para o dependente químico.

Considerando que o reforço do apoio social ao alcoolista consiste numa intervenção efetiva para os profissionais de saúde, podemos atuar de modo a promover o fortalecimento da ação comunitária na tomada de decisões. Nesse sentido, possibilitamos a articulação de saberes técnicos e populares, e mobilizamos recursos institucionais e comunitários para a compreensão do problema e elaboração de estratégias para resolução através do processo de capacitação dos indivíduos para melhorar e controlar sua saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para atender ao objetivo proposto, realizamos um estudo descritivo, desenvolvido em um grupo AA localizado no bairro Rodolfo Teófilo em Fortaleza-Ceará.

Neste bairro, há vários dispositivos da rede de apoio social ao alcoolista, dentre eles citamos os serviços de saúde, como o Hospital Universitário Walter Cantídio; os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de diversas modalidades, incluindo um centro para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad); e outros dispositivos formados por setores da sociedade civil (instituições, associações e organizações comunitárias como grupos de autoajuda).

O grupo funcionava em uma escola pública, na qual os integrantes não pagavam taxa para o uso da sala onde ocorriam as reuniões. Em contrapartida, os próprios membros do grupo prestavam serviços à escola, como: conserto de mobiliário, pinturas e desenhos em paredes, pequenas reformas, dentre outros.

Os sujeitos do estudo foram representados por 20 alcoolistas, maiores de 18 anos, que se encontravam afiliados ao grupo referido por, no mínimo, um ano participando regularmente das reuniões; desejaram participar e apresentavam condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos. A seleção dos participantes ocorria mediante a ordem de chegada a reunião do grupo bem como o consentimento de participação no estudo. O número de sujeitos foi definido no decorrer da coleta de dados, através do critério de saturação de respostas.

Para garantir o anonimato dos sujeitos, cada um foi identificado de acordo com a ordem de participação durante o período de coleta de dados, sendo o "Participante 1" o primeiro que aceitou participar da pesquisa e, assim, sucessivamente.

A coleta foi iniciada após a emissão da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, do coordenador do grupo escolhido, mediante termo de autorização, e de cada sujeito. Os dados foram coletados através de entrevistas individuais, realizadas durante dois meses do ano de 2008, em dois dias de cada semana. Utilizamos um roteiro de entrevista semiestruturado contendo perguntas fechadas para caracterização dos sujeitos (idade, sexo, escolaridade, procedência, naturalidade, profissão/ocupação, condições de moradia, renda mensal, situação conjugal, reli-

gião, com quem mora e número de filhos) e as seguintes questões norteadoras: Conte sua história de uso de álcool até a chegada no grupo de autoajuda; Como é para você participar do grupo? O que lhe faz permanecer no grupo? Como avalia sua vida agora? Gostaria de falar mais alguma coisa?

As informações colhidas nas entrevistas foram registradas com um gravador, com autorização dos entrevistados e, posteriormente, tiveram seu conteúdo transcrito na íntegra. Além disso, foram feitas anotações em diário de campo para complementação das informações.

Os dados objetivos foram organizados e analisados em uma categoria contendo a caracterização das participantes.

Das leituras sucessivas das entrevistas emergiu a categoria empírica intitulada: A articulação dos integrantes de AA a outros dispositivos da rede de apoio social ao alcoolista: implicações para o setor saúde.

Como método de análise, utilizamos os três pólos cronológicos que compõem a análise de conteúdo. A pré-análise corresponde à fase de intuições que objetiva operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais, direcionando o desenvolvimento das operações sucedentes. Nesta fase inclui-se a leitura flutuante das informações coletadas; escolha dos documentos a serem analisados; formulação das hipóteses; referenciação dos índices (elementos que podem ser agrupados em um conjunto) e a elaboração dos indicadores; e preparação do material. Em seguida, tem-se a conclusão da preparação do material e a exploração do mesmo, sendo seguida pela fase de tratamento dos resultados obtidos que podem ser representados em quadros, tabelas e outros, a partir dos quais poder-se-á propor inferências e adiantar interpretações, conforme os objetivos⁽⁶⁾.

Como referencial teórico para a fundamentação dos resultados, utilizamos a literatura encontrada que abordava temáticas relacionadas aos grupos de autoajuda, à problemática do uso de droga nos dias atuais e às redes de atenção e apoio ao usuário de álcool e outras drogas.

A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁷⁾. Teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, através do Ofício nº 198/08.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Caracterizando os sujeitos

Quando nos referimos a um determinado desempenho, como a articulação dos integrantes do grupo de autoajuda com os demais dispositivos da rede de apoio social ao alcoolista, é importante conhecermos alguns aspectos referentes à caracterização dos participantes e considerarmos as situações em que se espera esse comportamento. As pessoas interagem conforme sua história prévia e não são igualmente habilidosas nas diferentes situações interpessoais. Assim, buscamos uma aproximação das características dos sujeitos nesta primeira categoria.

Os participantes tinham idade entre 30 e 69 anos, sendo dezoito homens e duas mulheres.

Em relação à idade e ao sexo, o I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil mostrou que, tanto o uso de álcool na vida, como a prevalência de dependência a este, era maior entre os homens em todas as faixas etárias estudadas, a partir de doze anos de idade⁽⁸⁾.

Epidemiologicamente, os transtornos de uso de álcool afetam cinco vezes mais homens do que mulheres. Homens são acometidos em idade mais precoce, mas, uma vez portadoras do transtorno, as mulheres têm uma progressão mais rápida da doença. Ao longo dos últimos anos, as pessoas têm iniciado o consumo de álcool cada vez mais cedo, o risco de dependência tem aumentado, e o padrão de uso de álcool e dependência entre as mulheres têm se tornado semelhantes aos dos homens⁽⁹⁾.

A presença maior de uso de álcool e alcoolismo entre homens é um achado que vem sendo consistentemente descrito, cuja causa, ainda, não está devidamente esclarecida. As hipóteses elaboradas em diversos aspectos (biológicos, culturais, sociais e econômicos) têm considerado o papel da mulher na sociedade, a identificação da virilidade com hábito de beber, a utilização do álcool como ansiolítico entre os homens e o estigma que cerca o consumo de álcool em mulheres.

Já o beber feminino engloba um conjunto de fatores relacionados ao ser mulher no espaço social e ser mulher alcoolista, numa relação dialética entre o plano identitário e os processos de subjetivação hegemônicos de gênero, onde a questão da violência doméstica se apresenta de forma significativa. Assim, esse fenômeno

relaciona-se com o processo de lidar com experiências adversas e fugir do sofrimento, resistindo à violência e ao desamparo, numa tentativa de ficar alegre e mais sociável; assim como num comportamento de isolamento social, depressivo e autodestrutivo⁽¹⁰⁾.

Entre os entrevistados, doze estavam casados; quatro, em união estável; dois solteiros e dois divorciados; três moravam sozinhos e dezessete conviviam com familiares; todos tinham filho(s).

Os familiares do alcoolista podem representar fonte significativa de apoio social, podendo resultar em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos, com importante repercussão na manutenção da saúde, na prevenção contra doenças e como forma de facilitar a reabilitação⁽¹¹⁾.

Ao mesmo tempo, o alcoolismo pode constituir-se como um dos maiores problemas para as famílias, as quais demonstram pouco conhecimento sobre o tema. Entre as maiores dificuldades enfrentadas estão a violência e as relações conturbadas. Assim, uma rede de apoio efetiva é fundamental, não somente ao alcoolista, mas, também, à sua família⁽¹²⁾.

Dos participantes, quinze seguiam o catolicismo; quatro, o protestantismo; e um não tinha práticas religiosas.

Independente da religião declarada sabemos do impacto de várias dimensões da religiosidade (afiliação religiosa, frequência a cultos, autoavaliação quanto à religiosidade, e educação religiosa na infância) no uso de drogas, com possível efeito inibidor. Porém, é difícil identificar qual dimensão da experiência religiosa é mais significativa para a modulação do uso de álcool e outras drogas, devendo ser considerados, também, aspectos como: importância atribuída à religião na vida; envolvimento religioso, medidas de crença religiosa (crença em deus, intensidade da fé, etc.); práticas religiosas pessoais (orações solitárias, leituras religiosas, etc.); participação em atividades da igreja além dos cultos; tempo gasto com atividades religiosas; e crenças e valores religiosos⁽¹³⁾.

Todos os participantes procediam de bairros próximos ao grupo de autoajuda, sendo que treze eram naturais de Fortaleza e os demais de outros municípios do Ceará. Este fato pode ser explicado com base na existência de muitos núcleos de AA, distribuídos na maioria dos bairros da cidade, o que favorece a participação em grupos próximos da residência dos alcoolistas.

Em relação à escolaridade, oito sujeitos iniciaram o ensino fundamental, mas, destes, apenas dois concluí-

ram; oito participantes haviam concluído o ensino médio, um possuía ensino superior e três tinham pós-graduação. Quanto à profissão/ocupação, nove eram aposentados e quatro, autônomos; entre os demais havia um educador físico, uma secretária, uma telefonista, um funcionário público, e três trabalhavam com serviços gerais (pinturas, desenhos e vigilância).

Quanto à renda mensal (valor de 350 reais), quatorze sujeitos ganhavam até dois salários mínimos; três, entre 2 e 3; e outros três participantes tinham remuneração acima de 5 salários mínimos. Dezesesseis residiam em moradia própria.

Sabemos que a escolaridade influencia na profissão ou ocupação de uma pessoa e, conseqüentemente, na sua remuneração. Os baixos preços de bebidas alcoólicas no país, em geral, o fácil acesso em vários pontos de venda e a percepção sobre o consumo de álcool são fatores que permitem que as pessoas estejam, igualmente, expostas e vulneráveis. Diversas pesquisas foram conduzidas envolvendo a interface entre fatores sociais e os padrões de consumo de álcool e trouxeram contribuições importantes para um maior esclarecimento sobre tal relação.

O consumo global de álcool pode, por exemplo, estar, significativamente, associado ao estado civil (solteiros), migração, educação (nível superior) e classe social (alta). Além disso, o gênero masculino e níveis socioeconômicos mais altos foram associados ao aumento de consumo de alto risco em algumas pesquisas⁽¹⁴⁾.

A articulação dos integrantes de AA a outros dispositivos da rede de apoio social ao alcoolista: implicações para o setor saúde

Nos relatos, foram mencionados os espaços de apoio social ao alcoolista aos quais os participantes buscavam articular-se. Dentre os dispositivos aos quais os participantes articulavam-se estavam: outros grupos de autoajuda; instituições educacionais (escolas e universidades), de saúde (unidades básicas de saúde, CAPS, hospitais, entre outros) e religiosas, além da comunidade de forma geral.

Dentre as ações de articulação interssetorial, citamos principalmente aquelas que ocorriam em locais próximos ao grupo, como: distribuição de material informativo (cartões, panfletos ou cartazes); realização de palestras, reuniões abertas ao público e conversas informais. Tais ações visavam, sobretudo, divulgar o grupo enquanto estratégia de enfrentamento do alcoolismo.

Os trechos abaixo, extraídos das entrevistas com os sujeitos, evidenciam as ações de articulação interssetorial: *Dou palestras em escolas, hospitais, clínicas de repouso, CAPS, e qualquer instituição que me convidar, e com pessoas que precisem de esclarecimento sobre o alcoolismo. Eu presto serviços na estrutura da irmandade: na coordenação, secretaria de correspondência, comitê trabalhando com os outros* (Participante 1). *Pra mim, o AA ainda é um pouco fechado, acho que deveriam abrir as portas e fazer mais divulgação nas instituições, com o pessoal jurídico, nos hospitais. Fazemos panfletagem, divulgação com carro de som. Vem profissional, médico, evangélicos pra falar em algumas reuniões. A gente vai nos postos de saúde transmitindo a mensagem; vamos no hospital colar cartazes, falamos com a assistente social, presenteados com livro, fazemos panfletagem também. Na área da justiça, a gente vai aqui no décimo primeiro distrito falar com o delegado, transmitir a mensagem à sua pessoa, convida ele pra participar, pra conversar com os presos, com as famílias sobre o AA, e cola os cartazes do AA com a permissão da pessoa dele. Pedimos pra encaminhar algumas pessoas pra nós. E também fazemos o corpo a corpo na comunidade. Fazemos distribuição de panfletos e cartões. Os cartões são diferentes, dependem da abordagem. Tem o do profissional, o do alcoólico e o das pessoas em geral. A gente vai divulgando e o elo vai se fechando* (Participante 6). *Temos reuniões temáticas com os grupos de AA, aí convidamos médico, enfermeiro, padre, pastor, advogado, e cada um fala do alcoolismo, de como vê o AA, até mesmo pra poder saber indicar quando for necessário. Hoje em dia até grupo de AA online na internet tem. Qualquer pessoa hoje pode ter acesso a computador. É só entrar que se forma o grupo online, com os membros trocando experiências a qualquer hora do dia e em qualquer lugar* (Participante 7). *A gente leva a mensagem do AA nas escolas, a gente busca falar com a diretora dos colégios pra transmitir nossa mensagem, deixar afixar um cartaz, entregar o cartão do AA, e se ela permitir, a gente participa da reunião de pais e mestres alertando os pais sobre o alcoolismo e do papel do AA. Também vamos nos hospitais e nos dirigimos aos profissionais pra passar a mensagem, se eles permitem a gente também estende nosso trabalho aos pacientes* (Participante 9).

Nos relatos, notamos, ainda, o esforço dos participantes em não executar tais atividades de forma individualizada e descoordenada, sob o risco de não atingir resultados práticos. Nesse contexto, os entrevistados mencionaram a organização do Comitê Trabalhando com os Outros (CTO).

Através deste, que é composto por membros de AA que desejarem participar, a mensagem do grupo pode ser levada à comunidade de diversas formas: artigos publica-

dos em jornais e revistas, programas de rádio e televisão, internet, etc. Os integrantes também levam a mensagem de AA a serviços de saúde, presídios, penitenciárias e aos profissionais de diversas áreas de atuação; o que demonstra claro esforço em articular-se a outros dispositivos de apoio social⁽¹⁵⁾.

Vários estudos acerca da eficácia de grupos de autoajuda têm sido realizados, desde 1980, e ainda não há dados definitivos, devido à sua particular estrutura. Entretanto, a participação nestes espaços tem sido descrita como importante ferramenta na promoção do bem-estar e cuidado diferenciado, sendo considerada uma forma de conhecer, compreender a saúde e lidar com a doença, facilitando a socialização das ideias⁽¹⁶⁾.

Além disso, acreditamos que um movimento que atrai milhões de pessoas no mundo inteiro e que, depois de 65 anos, continua diversificando-se e crescendo; tem contribuições significativas como modalidade de tratamento que podem ser eficazes no enfrentamento da dependência de substâncias psicoativas⁽¹⁷⁾.

No Brasil, as organizações e associações de caráter voluntário, como AA, ganharam visibilidade e proliferaram, sobretudo na década de 1990, sob a égide da solidariedade. Essa rede de solidariedade, presente no tecido social brasileiro, contrariou a tese de que a sociedade civil estaria totalmente desativada e apática. A importância da formação e ampliação dessas redes de solidariedade está, não só, na mobilização e distribuição de recursos para famílias, grupos e pessoas em situação de carência, mas, também, na disseminação de uma noção de cidadania ligada à idéia de interdependência entre os membros da sociedade. Essa idéia remete à noção de rede, já que envolve relações de trocas e laços de dependência mútua⁽¹⁸⁾.

Ressaltamos que o trabalho desenvolvido pelos participantes de AA não recebe nenhum incentivo governamental e que, mesmo com os méritos das iniciativas destacadas no presente estudo, não avançaremos diante da problemática do alcoolismo somente através do voluntarismo e dos esforços isolados destes grupos. É necessária uma política pública sustentável e eficaz que norteie as práticas de atenção nesse contexto, comprometida em proporcionar qualidade de vida aos indivíduos, além de ser eficaz na prevenção e tratamento do abuso de drogas e da dependência química.

O esforço dos participantes em articular-se inter-setorialmente foi notório nos relatos acima. Em contrapartida, não encontramos nenhuma menção dos mesmos

acerca de possíveis de iniciativas de articulação do setor saúde com AA como estratégia de intervenção no contexto em estudo, o que pode sugerir pouco conhecimento e reconhecimento por parte dos profissionais da área acerca do trabalho desenvolvido nesses grupos.

Apesar das possibilidades que a noção desinstitucionalizante de rede de apoio social traz no enfrentamento do alcoolismo, ainda se observa que o setor saúde pauta sua organização em um viés biomédico e racionalizador. Apesar do avanço na criação de novas modalidades assistenciais, a preocupação com a criação de novos modos de articulação entre eles e com os demais dispositivos sociais e de saúde é bastante recente, predominando ainda na prática assistencial a lógica burocrática e administrativa da referência e contrarreferência⁽¹⁹⁾.

No tratamento do alcoolismo, de uma forma geral, destacamos que o número de dispositivos de atenção ao usuário ampliou mas, ainda, funciona com profissionais pouco treinados e em estruturas precárias, quantitativamente e qualitativamente. Mesmo com o aumento no número de CAPS ad, por exemplo, temos uma assistência ainda insuficiente e de qualidade, por vezes, questionável. Assim, parcela significativa de brasileiros que vivencia o alcoolismo recorre ao AA, ou a outras iniciativas que não contam com o apoio governamental, como opção de tratamento, que deveria ser eficazmente prestado pelo Estado⁽²⁰⁾.

Conforme a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, os CAPS deveriam assumir, também, o papel de construção e fortalecimento dessa rede de apoio, articulando recursos existentes na comunidade: sociais, sanitários, jurídicos, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, grupos comunitários, entre outros. Os CAPS necessitam, permanentemente, desses outros dispositivos, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por sofrimento mental⁽³⁾.

Alguns pesquisadores evidenciaram a importância dos CAPS ad em estar se articulando aos diversos elementos presentes nas redes sociais de apoio do usuário de álcool e outras drogas. Um dos estudos teve como foco central a rede social de usuários sob tratamento em um CAPS ad, objetivando a identificação dessa rede a fim de se refletir acerca da qualidade e situação dos vínculos estabelecidos com pessoas e lugares importantes para os sujeitos do estudo. O CAPS ad e sua equipe multidisciplinar se fizeram presentes como elementos das cinco redes

sociais mapeadas. As vinculações estabelecidas entre os usuários e esses dois componentes variaram de fortes a moderadas, mas todos os participantes do estudo identificaram o serviço de saúde como um vínculo apoiador. Além do CAPS ad, outros dispositivos de apoio foram identificados, tais como: associação de usuários, o grupo AA e algumas instituições religiosas⁽²¹⁾.

Apesar de existirem estudos apontando os grupos de autoajuda como elementos presentes nas redes sociais de apoio de alguns alcoolistas, funcionando de modo positivo no processo de tratamento e reabilitação psicossocial dessas pessoas, muitos profissionais da saúde, às vezes, têm dificuldades em articular-se a esses espaços⁽¹⁷⁾.

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

Mediante a configuração do alcoolismo como problemática de saúde coletiva, surge a necessidade não somente de expansão da assistência mas, também, de organização do sistema de saúde. À medida que a assistência é expandida com o estabelecimento de novos serviços, é importante nos preocupar quanto aos modos de articulação entre as instituições que executam ações de saúde com os demais dispositivos da rede de apoio ao alcoolista. É nesse contexto que se evidencia a rede não apenas como um conjunto de serviços de características semelhantes e bem distribuídos espacialmente, mas como um conjunto de serviços complementares uns aos outros, que devem conformar um sistema, exigindo ordenação, normatização, racionalização. Assim, a noção de rede confunde-se com a própria idéia de “sistema” e expressa tanto o caráter de “fazer circular” quanto o de “controlar” a partir da articulação dos diferentes serviços situados nos estratos do sistema. Não se trata apenas de ter uma rede, mas de funcionar em rede, de modo articulado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linhas gerais, destacamos a relevância da construção de uma rede de apoio social ao alcoolista como estratégia para o provimento de cuidados em saúde, a manutenção dos vínculos deste com a família e com a

sociedade, e o fortalecimento de laços de solidariedade. Neste estudo, mapeamos dispositivos de apoio ao alcoolista a partir das ações intersetoriais desenvolvidas por integrantes de um grupo AA.

Os resultados evidenciam ações de articulação dos entrevistados a instituições; associações; organizações governamentais, ou não, e outros grupos de autoajuda. Em contrapartida, a ausência de passagens relativas a iniciativas de articulação do setor saúde com AA sugere a falta de integração entre os dispositivos mapeados de modo a compor uma rede efetiva no enfrentamento do alcoolismo.

Acreditamos que, mais do que a ampliação da rede de atenção e apoio social ao alcoolista, é necessária a articulação entre os dispositivos que a configuram. Reafirmamos a rede como um conjunto de serviços complementares uns aos outros, de modo a compor um sistema efetivo, não se tratando de apenas mero emaranhado de dispositivos que, não necessariamente, se articulam.

O estudo nos traz a possibilidade de aplicar tal método no mapeamento de dispositivos de atenção e apoio social ao alcoolista, contribuindo, também, para investigar possíveis estratégias desenvolvidas pelo setor saúde no sentido de articular-se de forma intersetorial. Desse modo, instigamos a realização de outros estudos que esclareçam se o papel dos serviços de saúde, especialmente os CAPS, tem se efetivado no sentido de organização e construção da rede de apoio social ao alcoolista, conforme preconiza a política nacional de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

1. Galduróz JC, Noto AR, Nappo S, Carlini EA. II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, SENAD; 2000.
2. Galduróz JC, Noto AR, Nappo S, Carlini EA. II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Brasília: SENAD; 2005.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2ª ed. Rev ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

4. Junqueira LAP, Inojosa RM, Komatsu S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: XI Concurso de Ensayos del CLAD "El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones". Caracas: 1997.
5. Stuart GW, Laraia M T, Batista D. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
7. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 supl):15-25.
8. Galduróz JC, Noto AR, Nappo S, Carlini EA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID — Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas/UNIFESP — Universidade Federal de São Paulo; 2002.
9. Paz Filho GJ. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. Cad Saúde Pública. 2004 20(1):25-7.
10. César BAL. O beber feminino: a marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres. Cad Saúde Coletiva. 2006; 14(4):583-4.
11. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saúde Pública. 1999; 12(2):7-14.
12. Filizola CLA, Peron CJ, Nascimento MMA, Pavarini SCI, Fernando Filho J. Compreendendo o alcoolismo na família. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006; 10(4):660-70.
13. Sanchez ZM, Nappo AS. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo) 2007; 34(1):73-81.
14. Dalgalarrodo P, Corrêa Filho HR, Soldera MA, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. Rev Bras Psiquiatr 2004 jun;26(2):82-90.
15. Alcoólicos Anônimos. Guias do CTO. São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos no Brasil — JUNAAB; 2007.
16. Cavalcanti PP, Fernandes AFC, Rodrigues MSP. A interação no grupo de auto-ajuda: suporte na reabilitação de mulheres mastectomizadas. Rev RENE. 2002; 3(1):47-51.
17. John EB, Labonia Filho W. Grupos de ajuda mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias. In: Pechansky F. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. 3ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009. p. 21-7.
18. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2002,7(4):925-34.
19. Zambenedetti G, Silva RAN. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. Psicol. Rev 2008, 14(1):131-50.
20. Laranjeira R. Desassistência ao dependente químico. Folha de São Paulo 2006 nov 3.
21. Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2):373-83.

Recebido: 10/02/2010

Aceito: 11/10/2010