



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO-PPGE

MARIA DAS GRAÇAS LUCENA

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: Abordagem Intergeracional
do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família

JOÃO PESSOA - PB
2006

L 935 e Lucena, Maria das Graças.

Educação Popular em Saúde: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família./Maria das Graças Lucena. – João Pessoa, 2006.

220p.:il.

Orientadora: Maria do Socorro Xavier Batista.

Dissertação (Mestrado) CE/UFPB.

1. Educação Popular – Saúde Pública. 2. Alcoolismo – Movimentos Populares de Autoajuda. 3. Alcoólicos Anônimos. 4. Al-Anon/Alateen.

UFPB/PB

CDU:37:614(043)

MARIA DAS GRAÇAS LUCENA

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: Abordagem Intergeracional
do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (Stricto Sensu), do Centro de Educação-CE, da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, como requisito parcial às exigências para obtenção do título de mestre em educação.

Área de Concentração: Educação Popular, Comunicação e Cultura.

Linha de Pesquisa: Educação e Movimentos Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Socorro Xavier Batista

Co-orientador: Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos

**JOÃO PESSOA - PB
2006**

MARIA DAS GRAÇAS LUCENA

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: Abordagem Intergeracional
do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família**

Aprovada com distinção em 27.01.2006

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Doutora Maria do Socorro Xavier Batista
Orientadora

Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos
Co-orientador

Prof^ª. Dr^ª. Cristina Maria de Souza Brito Dias
Examinadora

**JOÃO PESSOA - PB
2006**

DEDICO ESSE TRABALHO A DEUS, AOS IDOSOS, SEUS FAMILIARES E A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, ALTO DO CÉU I. AOS MEUS FILHOS VÂNIA, DIMAS, VIRGÍNIA, E EVELYNE. AOS MEUS NETOS ANA CAROLINA, DANIEL, ANDRÉ, JOAN, FELIPE, GABRIEL E (EM MEMÓRIA) AO RAFAEL. AOS MEUS IRMÃOS FÁTIMA E TADEU, AO MEU PAI JOSÉ AUGUSTO LUCENA E, (EM MEMÓRIA) A MINHA MÃE MARIA COSTA LUCENA. POR FIM A TRÊS PESSOAS ESPECIAIS QUE CONTRIBUÍRAM PARA ELEVAR A MINHA QUALIDADE DE VIDA E A DA MINHA FAMÍLIA: MARIA GLÁUCIA DE VASCONCELOS COSTA, WILLIAM PINHEIRO DE VASCONCELOS E EYMARD MOURÃO VASCONCELOS.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Jesus, Nossa Senhora, ao Arcanjo Miguel, aos Mestres Ascensos e ao Santo dos idosos sofridos integrantes dessa pesquisa, Padre Cícero do Juazeiro, pela força espiritual para eu conseguir dar conta dessa responsabilidade.

Aos meus filhos, netos, genros, nora, pai, irmãos e demais familiares. Aos idosos e seus familiares, ao 4º Distrito Sanitário de João Pessoa, a Equipe de Saúde da Família Alto do Céu I, pela convivência fraterna e pelo projeto de vida que iniciamos juntos.

As(os) companheiras(os) do AA e do Al-Anon pela reconstrução de vidas.

À querida Universidade Federal da Paraíba, PRAC/NIETI/SRH/PAIAD/HULW, pela oportunidade de aprendizado.

Aos professores do PPGE pela oportunidade de estudar Paulo Freire e a Ricardo Lucena pela leitura e pelas contribuições para com esse trabalho.

De forma especial, ao Professor Eymard Mourão Vasconcelos, pelo conhecimento compartilhado durante o mestrado e no Grupo de Espiritualidade Educação e Saúde, pela orientação inicial, pela co-orientação e por ter me recomendado à Equipe de Saúde da Família Alto do Céu I.

Também de forma especial à Professora Maria do Socorro Batista Xavier pela valiosa orientação, pela compreensão e paciência com as minhas limitações.

À professora Edineide Jesine pela sua participação na qualificação e pelas contribuições que foram úteis para melhorar a qualidade desse trabalho.

Às professoras doutoras da Banca Examinadora: Maria do Socorro Xavier Batista, Cristina Maria de Brito Souza Dias e ao Professor Dr. Eymard Mourão Vasconcelos, pelas valiosas contribuições.

Ao professor Ricardo Lucena pela leitura criteriosa do texto.

Ao colega Ivaldo pela correção ortográfica. À Antonieta e demais colegas de trabalho pelo apoio.

Aos colegas do mestrado, Verinha, Lauro, Ednaura e Aninha pela convivência fraterna que tivemos. De forma especial à Yolanda e Edna que contribuíram na correção do texto, como também à Verônica que colaborou na avaliação final da pesquisa.

Aos meus queridos amigos: Penha, Ridete, Ivaneide, Rodrigues, Marísea, Policarpo, Joana D'arc, Núbia e aos Andarilhos Pé no Chão. A todos agradeço ter realizado essa caminhada.

Eu espero que:

Quando o homem gravar na própria alma

Os parágrafos luminosos da Divina Lei,

O companheiro não repreenderá o companheiro

O irmão não denunciará o irmão.

O cárcere cerrará suas portas,

Os tribunais quedarão em silêncio

Canhões serão convertidos em arados,

Homens de armas voltarão à sementeira do solo.

O ódio será expulso do mundo,

As baionetas repousarão.

As máquinas não vomitarão chamas para o incêndio da morte,

Mas cuidarão pacificamente do progresso planetário.

A justiça será ultrapassada pelo amor.

Os filhos da fé não somente serão justos, mas bons profundamente bons.

A prece constituir-seá de alegria e louvor.

E as casas de orações estarão consagradas ao trabalho

Sublime da fraternidade suprema.

A pregação da LEI viverá nos atos e pensamentos de todos,

Porque o Cordeiro de DEUS terá transformado o coração de cada homem,

Em tabernáculo de luz eterna,

Em que seu Reino Divino resplandecerá para sempre.

Autor desconhecido

Tente, de alguma maneira
fazer alguém feliz.
Aperte a mão, dê um abraço,
um passo na sua direção.
Aproxime-se, sem cerimônia,
dê um pouco do calor
de seu coração.
Assente-se bem perto
e deise-se ficar,
muito tempo, ou pouco tempo,
não conte o tempo de se dar.
Deixe o sorriso acontecer.
E não se espante
se a pessoa mais feliz for você.

Al-Anon/Alateen, Maio de 1999

SUMÁRIO

RESUMO	14
RESUMEN.....	15
INTRODUÇÃO.....	16
1 A PROBLEMÁTICA DO ALCOOLISMO NA SOCIEDADE COMO CONTEXTO DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE.....	24
1.1 A problemática do alcoolismo na sociedade e no indivíduo.....	24
1.2 O uso de bebidas alcoólicas na população idosa	31
1.3 As conseqüências deletérias do álcool no organismo humano	32
1.4 A problemática do alcoolismo na família e o seu impacto nos idosos	35
1.5 Os Movimentos de autoajuda e o alcoolismo: os grupos de AA, Al-Anon/Alateen	41
1.6 A experiência de vida como ponto de partida para a temática	46
1.7 Despertando para uma perspectiva libertadora da Educação popular em Saúde.....	52
2 EDUCAÇÃO POPULAR E A PESQUISA-AÇÃO COMO MEDIAÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA ABORDAGEM DO ALCOOLISMO.....	56
2.1 A Educação Popular: em busca de melhoria das condições e transformação da vida..	57
2.2 Educação Popular em Saúde como contribuição na Atenção Básica à Saúde para o enfrentamento do alcoolismo.....	65
2.3 A Educação Popular em Saúde: a questão do cuidado e do autocuidado no contexto do alcoolismo	75
2.4 A pesquisa-ação na Educação Popular em Saúde como abordagem do alcoolismo.....	77
3 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DO ALCOOLISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	83
3.1 Aproximação com o campo: dialogando com as equipes de saúde para desenvolver a pesquisa-ação	84
3.2 Conhecendo a comunidade e buscando caminhos para intervir na problemática do alcoolismo.....	86
3.3 A Unidade de Saúde da Família Alto do Céu I e uma primeira abordagem da pesquisa-	

ação	91
3.4 A participação da comunidade na pesquisa-ação sobre o problema do alcoolismo	94
3.5 Estudando alcoolismo e Educação Popular com a Equipe de Saúde da Família.....	101
3.6 Dialogando com os idosos nas visitas as famílias afetadas pelo alcoolismo.....	107
3.7 Rodas de conversa:dialogando sobre o problema do alcoolismo na comunidade	113
4 A EXPERIÊNCIA DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE ARTICULADA COM A COOPERAÇÃO DO AA E DO AL-ANON NA ABORDAGEM DO ALCOOLISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	123
4.1 A história do alcoolismo na vida dos idosos e de suas famílias	124
4.2 A cooperação do Al-Anon e do AA na Unidade de Saúde da Família.....	144
4.3 Trabalhando o conteúdo dos temas geradores com os grupos organizados	159
5 O PROCESSO GRUPAL: AS CONTRIBUIÇÕES E AS LIMITAÇÕES DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA OS IDOSOS, SEUS FAMILIARES E PARA A EQUIPE DE SAÚDE	163
5.1 As contribuições da Educação Popular para a equipe de saúde.....	165
5.2 As contribuições da Educação Popular em Saúde para os idosos	173
5.3 As contribuições da Educação Popular em Saúde para os familiares dos idosos	185
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....	193
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	205
APÊNDICE (A): Perguntas norteadoras da pesquisa	210
APÊNDICE (B): Formulário de avaliação da ESF e do levantamento do CEGE	211
APÊNDICE (C): Termo de consentimento da Equipe de Saúde da Família	212
APÊNDICE (D): Termo de consentimento dos idosos participantes	213
APÊNDICE (E):Termo de consentimento dos familiares dos idosos.....	214
ANEXO (A) Os três Legados: 1º Legado – Os Doze Passos.....	215
ANEXO (B): 2º Legado – As Doze Tradições	216
ANEXO (C): 3º Legado – Os Doze Conceitos de Serviço	217
ANEXO (D): As vinte perguntas do Al-Anon/Alateen	218
ANEXO (E):A carta conjunta da Presidência da República/SENAD/ABEAD	219
ANEXO (F) A Declaração do 4º Distrito Sanitário sobre a pesquisa-ação	220

RESUMO

LUCENA, Maria das Graças. **EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família**. 2006. 219f. (Mestrado em Educação) Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

O uso moderado, ou o consumo exagerado de bebidas alcoólicas está disseminado na sociedade e faz parte da cultura, o que torna quase impossível impedir as suas conseqüências. Apontando a necessidade dos serviços de saúde adotarem uma abordagem educativa eficiente que venha subsidiar não só o alcoólico mas também a sua família, na prevenção da dependência e da codependência do álcool. Por outro lado não observamos no sistema de saúde espaços e abordagens para o enfrentamento e a superação dessa problemática, especialmente na Atenção Básica à Saúde. Justificando a realização dessa pesquisa-ação na Unidade de Saúde da Família-USF Alto do Céu I, 4º Distrito Sanitário de João Pessoa, durante o período de nov./2003 a jan./2006. Objetivando analisar as contribuições da Educação Popular em Saúde aplicada na abordagem intergeracional do alcoolismo. Iniciamos com uma investigação diagnóstica do alcoolismo nas famílias; um estudo preparatório com a equipe de saúde; em seguida estruturamos um grupo de Educação Popular em Saúde com pessoas idosas e seus familiares afetados pelo alcoolismo. De acordo com experiências anteriores envolvemos os movimentos populares de autoajuda, AA e Al-Anon/Alateen, como a participação da comunidade no processo educativo. Os conceitos de diálogo e de conscientização nortearam os trabalhos com os grupos, as visitas domiciliares e as rodas de conversa, onde utilizamos as técnicas da observação participante, a troca de experiências, a escuta sensível e o relato de vida, conforme as perguntas norteadoras, gravadas, mediante o consentimento prévio dos participantes, transcritos e aprovados pelos mesmos; cujo material empírico junto com os conteúdos teóricos científicos, subsidiaram os temas geradores do processo educativo. Resultados: no decorrer do estudo entrevistamos 614 pessoas, dentre as quais 34,6% costumavam beber todos os finais de semana e identificamos através do CAGE nessa amostra, que 90 entrevistados apresentaram resultado positivo sugerindo um percentual de 14,7% de dependentes de álcool. Os dados qualitativos apontaram os fatores socioeconômicos e culturais que envolvem o alcoolismo e as suas conseqüências intergeracionais que prejudicam o curso de vida das famílias estudadas. Através das reflexões, análises e avaliações junto com os integrantes, concluímos que a Educação Popular em Saúde articulada com os movimentos de autoajuda mostrou-se uma abordagem eficiente e eficaz para o enfrentamento da problemática, contribuindo para a elevação da qualidade de vida das famílias estudadas, para que alguns alcoólicos parassem de beber, para melhorar a convivência familiar, a capacidade do autocuidado com a saúde, com a paz, colaborando também para a educação profissional da Equipe de Saúde da Família, possibilitando na USF a criação de um espaço educativo e de uma abordagem segura para a dependência e a codependência do álcool.

Palavras chaves: 1. Educação Popular em Saúde. 2. Saúde pública. 3. Alcoolismo, dependência e codependência. 4. Movimentos Populares de Autoajuda AA e Al-Anon/Alateen

RESUMEN

LUCENA, María das Graças. **EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD: Abordaje intergeneracional del alcoholismo en una unidad de salud de la familia.** 2006. 219f. (Maestría en Educación) Centro de Educación, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

El uso moderado, o el consumo exagerado de bebidas alcohólicas está diseminado en la sociedad y hace parte de la cultura, lo que torna casi imposible impedir sus consecuencias. Apuntando la necesidad de que los servicios de salud puedan adoptar un abordaje educativo eficiente que venga a subsidiar, no sólo al alcohólico, mas también a su familia, en la prevención de la dependencia y de la co-dependencia del alcohol. Por otro lado no observamos en el sistema de salud espacios y abordágenes para el enfrentamiento y la superación de esa problemática, especialmente en la Atención Básica a la Salud. Justificando la realización de esa investigación en la Unidad de Salud de la Familia-USF Alto do Ceu I, 4^o Distrito Sanitario de João Pessoa, durante el periodo de nov./2003 a Ener. 2006. Objetivando analizar las contribuciones de la Educación Popular en Salud aplicado en el abordaje intergeneracional del alcoholismo. Iniciamos con una investigación diagnóstica del alcoholismo en las familias; un estudio preparatorio con el equipo de salud enseguida estructuramos un grupo de Educación Popular en Salud con personas ansianas y sus familiares afectados por el alcoholismo. De acuerdo con experiencias anteriores involucramos los movimientos populares de auto ayuda, AA y Al-Anon/Alateen, como la participación de la comunidad en el proceso educativo. Los conceptos de diálogo y de concientización nortearon los trabajos con los grupos, las visitas domiciliarias y las ruedas de conversaciones. Donde utilizamos las técnicas de observación participante, a cambio de experiencias, la escucha sensible y el relato de vida, conforme las preguntas norteadoras, grabadas, mediante el consentimiento previo de los participantes, transcritos y aprobados por los mismos; cuyo material empírico junto con los contenidos teóricos científicos, subsidiaron los temas generadores del proceso educativo. Resultados: en el decorrer del estudio entrevistamos 614 personas, de entre las cuales el 34,6% solían beber todos los finales de semana e identificamos a través del CAGE en esa muestra, que 90 entrevistados presentaron resultado positivo sugiriendo un porcentaje del 14,7% de dependientes del alcohol. Los datos cualitativos apuntaron los factores socio-económicos y culturales que envuelven el alcoholismo y sus consecuencias intergeneracionales que perjudican el curso de vida de las familias estudiadas. A través de las reflexiones, análisis y evaluaciones junto con los integrantes, concluimos que la Educación Popular en Salud articulada con los movimientos de auto-ayuda se mostró un abordaje eficiente y eficaz para el enfrentamiento de la problemática, contribuyendo para la elevación de la calidad de vida de las familias estudiadas, para que algunos alcohólicos pasasen de beber, para mejorar la convivencia familiar, la capacidad del auto-cuidado con la salud, con la paz, colaborando también para la educación profesional del Equipo de Salud de la Familia, haciendo posible en la USF la creación de un espacio educativo y de un abordaje seguro para la dependencia y la co-dependencia del alcohol.

Palabras claves: 1. Educación Popular En Salud. 2. Alcoholismo, dependencia y co-dependencia. 3. Movimientos Populares de Auto-ayuda AA y Al-anon/Alateen.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Percentual de pessoas CAGE positivo	120
Quadro 02: Percentual de pessoas que costumavam beber todos os finais de semana	120

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Efeitos agudos decorrentes do nível de álcool no sangue	34
Figura 02: Efeitos deletérios do uso crônico de álcool no organismo	34
Figura 03: Localização do bairro Alto do Céu	87
Figura 04: Fotografia de uma rua com esgoto em vala a céu aberto	90
Figuras 05, 06, 07 e 08: Avaliação do estudo preparatório com a ESF	105
Figura 09: O ambiente do Grupo de Educação Popular em Saúde	125
Figura 10: O ambiente do Grupo Institucional Al-Anon em Busca da Paz	145
Figura 11: O ambiente de uma roda de conversa com os idosos	160
Figura 12: O aniversário de 100 anos de Antônio integrante da pesquisa	184
Figura 13: O abraço coletivo e a meditação da reunião de avaliação da pesquisa da pesquisa	189
Figura 14: Conclusão: Paulo Freire e a “Canção Óbvia” sua poesia na sombra da árvore	204

LISTA DE SIGLAS

AA	Associação dos Alcoólicos Anônimos
ABEAD	Associação Brasileira para o Estudo de Álcool e Outras Drogas
AL-ANON	Associação dos Familiares dos Alcoólicos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Amor Exigente
AIDS	Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida
ANPED	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação
CAGE	Cot-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener
CEBRID	CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PICOTRÓPICAS
CEPLAR	Campanha de Educação Popular
CID 10	Código Internacional das Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM IV	Critérios Diagnóstico de Saúde Mental
ESF	Equipe de Saúde da Família

F Fundação de Ação Comunitária**AC**

HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCP	Movimento de Cultura Popular
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NIETI	Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIAD	Programa de Assistência Int. ao Dependente Químico e seus Familiares
PPGE	Programa de Pós-Graduação em Educação
PENAD	Política Nacional Antidrogas
PIB	Produto Interno Bruto
PRAC	Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários
PSF	Programa de Saúde da Família
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SETRAS	Secretaria de Ação Social do Estado da Paraíba
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SRH	Superintendência de Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USF	Unidade de Saúde da família

INTRODUÇÃO

O presente estudo retrata e analisa uma experiência desenvolvida através de uma pesquisa-ação, sob o título “Educação Popular em Saúde: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família”. Tal experiência ocorreu durante o período de novembro de 2003 a janeiro de 2006, na USF Alto do Céu I, situada a Rua Bento Machado, nº 13, Bairro Alto do Céu, João Pessoa PB¹.

A experiência pessoal e profissional foi decisiva na motivação para realizar essa pesquisa-ação, integrando a Educação Popular em Saúde aplicada à problemática do alcoolismo, permitindo uma visão mais aproximada com o fenômeno em estudo, o que possibilitou-nos vivenciar o sofrimento das famílias afetadas em diversas gerações durante as etapas do curso de vida, como também o descaso das políticas públicas de saúde com o alcoolismo e suas conseqüências familiares, principalmente na vida das pessoas idosas.

¹ Nesse estudo denominamos o Programa de Saúde da Família pela sigla (PSF); Unidade de Saúde da Família (USF). No entanto, a Equipe de Saúde da Família (ESF) denominamos como equipe de saúde e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS(s)) como agente(s) de saúde.

Iniciamos essa experiência buscando contribuir através da Educação Popular em Saúde para que medidas de prevenção sejam tomadas com relação à dependência e a codependência do álcool no âmbito da USF, porque, apesar da amplitude desse problema milenar, existe um silêncio omissivo no sistema de saúde do país, com relação à sua abordagem. Pois, até os dias atuais não existem na formação dos profissionais de saúde, conteúdos programáticos e práticas de ensino que possibilitem uma compreensão do alcoolismo, muito menos da sua abordagem junto com as famílias através da educação.

O estudo busca uma inserção no contexto de luta pela melhoria da qualidade de vida, mais especificamente quanto à prevenção do uso excessivo de álcool, de suas conseqüências na vida do alcoólico e de seus familiares. Neste sentido, privilegiamos a Política da Atenção Básica à Saúde desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde-SUS, através do Programa de Saúde da Família-PSF, que favorece a participação da comunidade no processo de planejamento, gestão e no desenvolvimento das ações de saúde e, já que verificamos a carência de uma educação em saúde referente ao problema do alcoolismo, nesse contexto tentamos, buscar junto com a equipe de saúde, com as famílias afetadas e com os movimentos de auto-ajuda uma abordagem educativa para o enfrentamento do referido problema.

A ausência de uma abordagem educativa referente ao uso problemático do álcool e das outras drogas foi alvo de debates no 1º Fórum Nacional Antidrogas em 1998, no qual foi considerado como prioridade nos serviços de saúde oferecidos pelo PSF preparar os Recursos Humanos para atuar na Atenção Básica à Saúde, através de uma articulação com as instituições, os conselhos municipal e estadual antidrogas e as iniciativas da comunidade, para formar uma rede de apoio social no sentido de desenvolver as ações de prevenção primária e secundária junto às escolas, às famílias e à comunidade em geral.

O reconhecimento público da importância da educação como parte das políticas de saúde como instrumento auxiliar, já foi previsto desde a Lei 6.368/76 pouco conhecida (e quase

nada observada). Ela aponta a prevenção pela educação, enfatizando que através do conhecimento, a juventude e as pessoas de todas as idades podem formar um juízo crítico de autodefesa para não perder a sua autonomia ao ser tragado pela dependência e codependência de álcool e das outras drogas (BRASIL, SENAD, 1999 e BRASIL, PENAD, 2001a)².

Através de nossas experiências e, com base nos diálogos com a equipe de saúde, bem como com as famílias na comunidade Alto do Céu, verificamos que até o momento, pouco ou quase nada foi efetivado em termos de uma educação em saúde que ajude as famílias afetadas pelo problema do alcoolismo a lutarem por uma vida digna, para desenvolverem o prazer de amar, de viver e de conviver, harmoniosamente com todas as gerações, apesar das limitações impostas pela idade, pelas condições sociais e educacionais vivenciadas, e assim prevenir ou superar as conseqüências do alcoolismo.

Verificamos, também, que as famílias afetadas pelo alcoolismo além de não encontrarem tratamento adequado no sistema oficial de saúde, não buscam a rede social de apoio pelo desconhecimento da parte dos profissionais e do usuário sobre essa rede, disponível na comunidade, formada pelo movimento de autoajuda organizado através dos grupos de AA para os alcóolicos e de Al-Anon/Alateem para os familiares de alcóolicos adultos e adolescentes, respectivamente, os quais poderiam cooperar com as unidades de saúde para o enfrentamento e a superação do alcoolismo na família.

Além do mais, as abordagens educativas existentes nesse campo têm se mostrado, limitadas e realizadas de forma prescritiva, permeada de preconceitos, discriminação e culpabilização do alcóolico pelo seu problema e pelos danos causados a sua família, com normas a serem seguidas pelos “pacientes”, através de rápidas consultas ou de palestras elaboradas por profissionais dentro dos gabinetes sem haver o envolvimento com a população afetada. Essa situação problemática justifica a necessidade de buscar junto com a equipe de saúde e as famílias

² SENAD, 1999: Secretaria Nacional Antidrogas
PENAD, 2001: Política Nacional Antidrogas

afetadas pelo alcoolismo, uma abordagem educativa através da Educação Popular em Saúde, pois essa pedagogia pode ser de vital importância no enfrentamento desse problema, pois se trata de uma educação dialógica, amorosa e conscientizadora.

Sabemos que o uso de bebidas alcoólicas na sociedade está disseminado e faz parte da cultura, seja o uso moderado, seja o consumo exagerado, o que torna quase impossível impedir as suas conseqüências. Por isso se torna cada vez mais premente a necessidade dos serviços de saúde prestados pelas unidades de saúde adotarem uma abordagem educativa eficiente em cada comunidade que venha subsidiar não só o alcoólico mas as famílias, na prevenção da dependência e da codependência do álcool. Diante de tal problema fizemos a seguinte pergunta para nortear essa pesquisa: Quais são as contribuições e as limitações da Educação Popular em Saúde para a abordagem intergeracional do alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família? Em decorrência desse questionamento, definimos como objetivo geral dessa pesquisa analisar as contribuições da Educação Popular em Saúde aplicada na abordagem intergeracional do alcoolismo no PSF a partir de uma experiência envolvendo a equipe de saúde os idosos e seus familiares de outras faixas etárias.

Para o seu desdobramento esse estudo teve como objetivos específicos realizar uma investigação diagnóstica do alcoolismo nas famílias a partir das experiências de vida dos idosos familiares de alcoólicos buscando resgatar o saber acumulado; articular na experiência a cooperação do AA e do Al-Anon como iniciativa da comunidade para ampliar a rede de apoio social às famílias afetadas; analisar as contribuições da experiência na educação profissional da equipe de saúde, relativas ao enfrentamento do alcoolismo e, avaliar as contribuições do processo educativo para a melhoria da saúde dos idosos e de seus familiares.

Para realizar esse estudo, desenvolvemos uma ação educativa usando os pressupostos teóricos-metodológicos da Educação Popular em Saúde, tendo o diálogo e a conscientização

como princípios norteadores³, envolvendo primeiro um estudo preparatório com a equipe de saúde; em seguida estruturamos um grupo com seis idosos que convivem com o problema do alcoolismo na família. Em seguida, contribuímos para ser estruturado um grupo institucional Al-Anon do qual passaram a participar os familiares dos idosos e outras pessoas da comunidade.

Em nossas reflexões teóricas dialogamos com Freire (1997-2004), Vasconcelos (1999-2003), Brandão (1985-2005), Gohn (1997-2002), Xavier (2004), Calado (2002), e outros autores da Educação Popular e dos Movimentos Sociais respectivamente. Sobre a dependência e a codependência de álcool, nos fundamentamos principalmente em Ramos e Bertolote (1997), Laranjeiras (1997), Hemfelt et al (1989), Edwards (1999), Beattie (2004) e Zampieri (2004) dentre outros. Sobre o autocuidado através da Educação popular incluimos Orem (1995), Papaléo (2002), Takase e Alvares (2002) e Assis (2005). Sobre a metodologia da pesquisa-ação dialogamos com Barbier (2002), Thiollent (2003), Minayo (1996) e Macedo (2000). Utilizamos também as publicações do Ministério da Saúde, da SENAD, da PENAD e da FAC, como também da Literatura do AA e do Al-Anon/Alateen.

Participaram desse estudo na Unidade de Saúde da Família Alto do Céu I - uma médica, um dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, seis agentes de saúde e uma agente comunitária de odontologia, num total de 11 pessoas dentre as 13 que formavam a ESF ficando apenas um dentista e uma agente comunitária de odontologia que não se dispuseram a participar.

Em seguida, formou-se o grupo de Educação Popular em Saúde, do qual participaram seis idosos familiares de alcoólicos; prosseguindo instalamos o grupo Institucional Al-Anon em Busca da Paz, aberto à comunidade, do qual participavam quatro familiares dos idosos, os quais a partir de setembro de 2004, quando esse passou a funcionar no sábado à noite, também se

³ Diálogo: segundo Freire é uma exigência existencial “[...] é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir dos sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, por isso não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro[...]”. Conscientização significa uma “auto-inserção crítica na realidade” que se busca transformar. Sobre o assunto sugerimos uma visita a obra: Conscientização teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Freire. São Paulo: Moraes, 1980, p. 89.

tornaram integrantes do grupo de Educação Popular em Saúde perfazendo um total de 21 pessoas participantes dessa pesquisa-ação. Além disso, realizamos uma pesquisa epidemiológica sobre o alcoolismo envolvendo 614 pessoas atendidas pela USF.

Esse estudo foi vivenciado num processo que se deu em cinco momentos encadeados e, por vezes, simultâneos. No primeiro momento, compreendido como a fase preparatória, realizamos o estudo teórico e iniciamos o processo de aproximação com o campo escolhido para a pesquisa. Assim, nossa inserção na comunidade se iniciou com uma visita ao 4º Distrito Sanitário, onde nos reunimos com as enfermeiras das 14 USFs que o compõem. Em seguida, nos reunimos com a equipe de saúde Alto do Céu I e com os integrantes dos grupos de diabetes e hipertensão.

Nessa etapa, durante as reuniões, houve uma aproximação entre a equipe de saúde e as famílias, onde foram discutidos os problemas intergeracionais que envolvem o alcoolismo no curso de vida das pessoas e as suas conseqüências no relacionamento familiar, na paz, na saúde e na capacidade de autocuidado, incluindo os fatores sócioeconômicos e culturais que interferem nesse processo. Esse momento foi fundamental no sentido de nos fornecer dados coletados através do diálogo com as pessoas e nas observações realizadas na vida diária das famílias, para iniciar um estudo preparatório com a equipe de saúde. Todos os relatórios desses acontecimentos foram registrados no diário de campo e apresentados aos participantes em reuniões posteriores, através dos quais procurávamos identificar com a comunidade os problemas que seriam prioritários para serem abordados no processo educativo.

No segundo momento foi realizado um estudo preparatório com a equipe de saúde, seguindo-se de 50 visitas nos domicílios e três rodas de conversa na USF, nas quais aplicamos um questionário contendo nove perguntas, dentre essas, quatro foram referentes ao CAGE⁴. Tal

⁴ CAGE: é um questionário breve, organizado por Ewing e Rouse (1970), traduzido no Brasil por Mansur e Monteiro (1983), contendo 4 perguntas para identificar percentuais de dependentes de álcool em pesquisas ou em internamento hospitalar com o objetivo e planejar as estratégias de assistência (RAMOS E BETOLOTE, 1997).

instrumento buscava fazer uma sondagem sobre a incidência de alcoolismo, uma foi sobre o hábito de beber durante os finais de semana e, as outras quatro, foram integradas a pedido da equipe de saúde, buscaram obter uma avaliação da USF naquela comunidade.

Essa fase serviu de base para iniciar o grupo de Educação Popular em Saúde com os idosos; em seguida, o Grupo Institucional Al-Anon a sua cooperação e a do AA. Paralelamente, durante as visitas domiciliares e nas rodas de conversa, além de devolvermos a comunidade o conhecimento que íamos sistematizando, aprofundávamos a investigação diagnóstica sobre o alcoolismo através de um diálogo com um maior número de pessoas na comunidade. Essas ações educativas estão relatadas nos capítulos III e IV.

O terceiro momento se refere à sistematização dos dados colhidos na investigação diagnóstica do alcoolismo, contendo o material empírico que foi oferecido para a reflexão com os grupos pesquisados. Com base nesse material foram confeccionadas as fichas-problema contendo os temas geradores, sobre os quais realizamos os debates, as reflexões e a troca de experiências, à luz dos conteúdos teórico/científicos que fazem parte do referencial teórico.

O quarto momento se refere à análise e à interpretação dos dados, coletados durante todo o processo, dados esses obtidos através do diálogo e da escuta sensível, o que possibilitou identificar com a equipe de saúde, os idosos e seus familiares a compreensão de suas dificuldades e possibilidades de reorganizar a vida e enfrentar o alcoolismo com novas atitudes.

O quinto momento se refere à avaliação, se fez presente em todo o processo da pesquisa, desde as etapas iniciais, até a conclusão, incluindo também a avaliação da pesquisadora. Em todos esses momentos e ações buscamos, a partir do relato de vida dos idosos, captar, descrever e analisar uma visão intergeracional do alcoolismo na família, bem como destacar as contribuições e as limitações da Educação Popular em Saúde para elevar a qualidade de vida dos integrantes da pesquisa. Finalizando, apresentamos os elementos de aprendizagem que corresponderam às mudanças ocorridas em suas vidas e nas suas atividades da vida diária.

Assim, esse texto aborda no primeiro capítulo a problemática do alcoolismo na sociedade, no indivíduo e na família; os movimentos formados pelos grupos de autoajuda AA e Al-Anon e o seu trabalho de cooperação com a comunidade profissional. Concluindo o capítulo, fizemos um relato da nossa experiência pessoal e profissional que serviu como ponto de partida para o tema que estamos estudamos.

No segundo capítulo discutimos alguns elementos da pedagogia de Paulo Freire os quais propiciam uma abordagem educativa em saúde, a qual acreditamos que pode subsidiar o enfrentamento do alcoolismo na Atenção Básica à Saúde, bem como os conceitos centrais de pesquisa-ação, que conduziram nosso estudo.

No terceiro capítulo empreendemos a metodologia da pesquisa-ação orientada pelos princípios da Educação Popular em Saúde, numa perspectiva teórico/prática, buscando estruturar uma abordagem referente ao problema do alcoolismo na USF Alto do Céu I desde o seu planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações educativas, como uma oportunidade de socialização do conhecimento com a equipe de saúde e as famílias afetadas.

No quarto capítulo tratamos da experiência da Educação Popular em Saúde com o grupo de idosos estruturado a partir do mês de maio de 2004. Do referido grupo também participaram, a partir de setembro do referido ano, os familiares dos idosos. No contexto, organizamos a partir dos relatos de vida dos integrantes, os temas geradores, os quais foram refletidos e analisados junto com os conteúdos científicos que subsidiaram o processo educativo. Nesse mesmo capítulo tratamos da cooperação do AA e do Grupo Institucional Al-Anon em Busca da Paz, sua organização e seu funcionamento.

No quinto capítulo avaliamos e analisamos a experiência desenvolvida com a Educação Popular em Saúde através da pesquisa-ação, identificando as suas contribuições para o enfrentamento do alcoolismo, referente à melhoria da qualidade de vida dos idosos e de seus familiares integrantes desse estudo, bem como nas ações realizadas pela equipe de saúde.

Incluindo as nossas considerações finais, as quais não pretendem e nem conseguiriam esgotar todas as análises e contribuições possíveis a partir desta experiência tão rica em significados, cujos relatos de vida falam mais do que poderíamos dizer, nos indicando o amplo alcance destruidor da problemática do alcoolismo na vida dos sujeitos envolvidos, em diversas gerações de suas famílias e da comunidade. Um aspecto relevante que nos surge é a constatação da lacuna existente na formação dos profissionais da saúde para enfrentar tal questão, demandando um potencial campo de ação para as políticas públicas de saúde, tendo em vista a real possibilidade de mudança na qualidade de vida de uma parcela significativa da população.

CAPÍTULO I

A PROBLEMÁTICA DO ALCOOLISMO NA SOCIEDADE COMO CONTEXTO DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE.

Neste capítulo abordamos o alcoolismo na sociedade, no indivíduo e na família, discutimos os conceitos de dependência e codependência do álcool, os problemas decorrentes, como eles afetam a vida das pessoas que bebem e daquelas que convivem com o alcoólico. Ressaltamos os idosos familiares de alcoólicos, por compreendermos que eles têm na sua memória, a história do alcoolismo em diversas gerações da família e um poder de liderança capaz de contribuir na abordagem dos familiares e na conscientização dessa problemática. O estudo também possibilitou verificar como estão vivendo os idosos nas famílias afetadas pelo alcoolismo e como esse problema se processa no curso de vida dessas pessoas.

Para cooperar com a abordagem do alcoolismo na USF, incluímos nesse capítulo alguns elementos teóricos contendo os dados históricos e conceituais dos grupos de autoajuda AA e Al-Anon, esclarecedores sobre o seu trabalho de cooperação com a comunidade profissional. Concluindo, fizemos um relato da nossa experiência pessoal e profissional sobre o tema que estamos estudando – “Educação Popular: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família”, tomando a experiência pessoal e profissional como ponto de partida para a realização dessa pesquisa.

1.1 A problemática do alcoolismo na sociedade e no indivíduo

O uso de substâncias psicoativas (drogas), principalmente o álcool, faz parte da história da humanidade e das tradições culturais. Porém o uso excessivo arruína a vida das pessoas de todas as idades, constituindo-se até mesmo uma ameaça à estabilidade das nações e à vida no planeta, pois os efeitos deletérios do álcool e das outras drogas afetam a saúde individual,

familiar e coletiva; eleva a violência em todos os níveis; afeta o rendimento produtivo e a democracia, além de comprometer a paz mundial.

As afirmações acima referidas foram feitas em uma Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas-ONU, com a participação do Brasil, em 10 de junho de 1998, a partir da qual foi publicada a Declaração da Política da ONU sobre o assunto, conclamando todos os países a “encarar” de forma multilateral o problema das drogas lícitas ou ilícitas, através de um diálogo franco, aberto, sem medo, sem preconceito e, com base em estudos criteriosos da realidade de cada sociedade. A ONU se declara alarmada com a elevação da violência e da violação dos direitos humanos e convoca as Organizações Governamentais e não Governamentais-ONGs, as famílias, as comunidades, os movimentos sociais e a mídia para promoverem uma sociedade livre do abuso de drogas (BRASIL, 2001a).

O álcool é uma droga lícita, seu uso é aceito pela sociedade e ensinado através da cultura de geração a geração. Parece ser a droga mais antiga da humanidade, produzida em grande escala por volta de 6000-8000 a.C. e tem assumido junto à população diversos significados. Ele é associado à animação, ao lazer, à recreação dos grupos sociais e também ao alívio das angústias da vida. O álcool tem sido utilizado em variados contextos, tais como social, religioso, ético, estético, familiar, econômico, psicológico, climático, militar, da saúde, dentre outros. No entanto, não educa a população quanto aos seus efeitos colaterais, nem se enfatiza que se trata de uma substância psicotrópica, depressora do Sistema Nervoso Central - SNC, responsável pela síndrome da dependência e da codependência do álcool, denominada, geralmente, por alcoolismo (FISHMAN, 1988), (RAMOS E BERTOLOTE, 1997), (GESINA e LONGENECKER,1998), (EDWARDS, 1999), (DIMEFF, et al, 2002) e (CAVALIERI e EGITO, 2004).

Os estudos acima referidos mostram que os problemas decorrentes do uso excessivo de álcool têm sido alvo de análise e crítica na história dos povos. Em 1873 as mulheres americanas,

revoltadas com as conseqüências maléficas do álcool nas famílias, fizeram uma cruzada pregando a Lei Seca naquela sociedade. Período em que a Europa, vivenciando uma situação semelhante a dos Estados Unidos, articulou-se com religiosos, médicos e estadistas, num movimento que culminou com a proibição da produção e a comercialização de bebidas alcoólicas nos EUA, Finlândia, Bélgica, Islândia, Noruega, Grã-Bretanha e Rússia.

De acordo com os estudos anteriormente referidos, com o objetivo de proibir o uso excessivo de álcool, fizeram uma emenda à Constituição Norte Americana de número 18 (1919-1933), denominada 'Lei Seca' sendo revogada, posteriormente, por não ter solucionado o problema, além de ter se configurado como um retrocesso na sua abordagem, uma vez que retiraram o conceito de doença do Código Internacional das Doenças, CID-10 e passaram a empregar o conceito da legalidade e da moralidade. A partir daí, o tema foi retirado dos currículos da saúde e a classe médica sofria punições ao tratar dos alcoólicos, resultando em diversas gerações de profissionais despreparados para lidarem com a problemática do alcoolismo, em se tratando do dependente e, menos ainda, com relação aos codependentes familiares destes.

A dependência do álcool tem múltiplas causas. Os estudos apontam para diversos fatores predisponentes, dentre eles destacam-se: os hereditários, a história familiar e o contexto sócio-cultural que levam as pessoas a beberem compulsivamente. As pesquisas sobre o tema concentram a maior parte de suas análises no alcoólico e nos fatores biológicos decorrentes do uso do álcool, dando pouca relevância ao impacto do alcoolismo nos outros membros da família (BRASIL, PENAD, 2001a).

Dados qualitativos da Política Nacional Antidrogas mostram que, cooperando com a cultura para o uso excessivo de álcool, temos as suntuosas propagandas de bebidas alcoólicas, exibindo a imagem de pessoas famosas, a exemplo de Ronaldinho e Ivete Sangalo, assim como outros líderes de massa, motivando os adolescentes e os jovens a beberem excessivamente

enquanto, discretamente, alertam para “o beber com moderação”, quando deveriam alertar que “a bebida alcoólica causa dependência química e desestrutura a família”. A cultura para o uso do álcool também se expressa na contradição da nossa sociedade, pois as campanhas que apontam o esporte como fonte de saúde, são veiculadas através da mídia sob o patrocínio do fabricante de bebida alcoólica (BRASIL, SENAD, 1999, p.25)

Verificamos, também, as propagandas enganosas, indicando que algumas bebidas alcoólicas colaboram com a saúde das pessoas, idéia que é refutada pelos médicos Marcos da Costa Leite da SENAD e João Carlos Dias, ambos ABEAD⁵, numa carta aberta à população publicada pela Presidência da República. Para eles, o uso de bebida alcoólica prescrita é totalmente inadequado e todo médico, assim como toda equipe de saúde, tem a “função primordial de prevenção de transtornos e de suas conseqüências, não devendo, em nenhuma hipótese, estimular ou mesmo orientar o uso de bebidas alcoólicas” podemos verificar isso no documento anexo I (BRASIL, SENAD, 1999).

De acordo com os estudos epidemiológicos que retratam as conseqüências do uso excessivo de álcool, nos Estados Unidos, 90% da população já tomaram bebidas alcoólicas. Desses, 70% bebem regularmente e 40% apresentam problemas temporários, devido ao uso. Dentre esses usuários, 20% são homens e 10% são mulheres que bebem excessivamente. Nesse país, o alcoolismo é considerado o segundo transtorno psiquiátrico mais prevalente, superado apenas pelas depressões (GRUBITS, 1999).

Também no Brasil os estudos epidemiológicos evidenciaram que 80% da população já consumiram bebidas alcoólicas e apenas 20% são abstêmias. Esse consumo vem sendo iniciado cada vez mais cedo, constatação feita através de um levantamento realizado pelo CEBRID⁶ nas dez principais capitais do país, apontando que 51,2% das crianças de 10 a 12 anos de idade já consumiram bebidas alcoólicas, com um agravante nas crianças e adolescentes que vivem na

⁵ SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas.

ABEAD: Associação Brasileira de Estudos de álcool e Outras Drogas (ver carta conjunta no anexo E, p. 219).

⁶ CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo.

rua, devido à vulnerabilidade, à dependência do álcool e a seus efeitos deletérios. Evidenciaram também que 44% da população entre 25 e 29 anos bebem, e que a síndrome da dependência de álcool afeta 10%⁷ da população em geral e 15% da população economicamente ativa (CARLINI, et al, 1997).

Conforme os estudos aqui referidos, o maior consumo de bebidas alcoólicas é na população com idade entre 30 a 49 anos. Esse consumo excessivo está relacionado com 84% das agressões às mulheres, sendo que 57% dessas ocorreram nos encontros amorosos. A dependência de álcool é responsável por 32% dos leitos ocupados em hospitais gerais, cerca de 40% das consultas psiquiátricas, 25% dos suicídios, 75% dos acidentes de trânsito fatais, 39% das ocorrências policiais e 20% dos acidentes de trabalho, incluindo os prejuízos da qualidade profissional e da produtividade. Além disso, o Brasil gasta 5,4% do Produto Interno Bruto-PIB com os custos diretos e indiretos do alcoolismo, enquanto a comercialização e tributação das bebidas alcoólicas contribuem apenas com 2,4% ao referido PIB; estes dados são referenciados nos seguintes estudos: (BRASIL, 1999), (RAMOS; BERTOLOTE, 1997) (ZALLUAR, 1999), (DIMEFF et al 2002) e (NIEWIADOMSKI, 2004).

Dos usuários de bebidas alcoólicas 72 % preferem a cerveja. A dependência do álcool é responsável por 90% de todas as internações em hospitais psiquiátricos por uso de drogas no Brasil. Segundo os dados do CEBRID de (1999) citados por Cavalieri e Egypto (2004, p. 33): “O alcoolismo é a terceira doença que mais mata no mundo”.

Outro problema também relacionado com o alcoolismo refere-se aos maus tratos contra os idosos nos ciclos recorrentes de violência familiar. Estudos citados por Machado e Queiroz (2002) apontam que o perfil do agressor é na maioria dos casos, um filho adulto, portador da

⁷ Uma pesquisa epidemiológica realizada pela Associação Brasileira de Cardiologia, publicada no Fantástico do dia 25.09.05, mostrou que existem 13% de dependentes de álcool na população brasileira, indicando que o problema está se elevando.

dependência do álcool ou de outras drogas, enquanto que a vítima é geralmente uma pessoa do sexo feminino, com idade aproximada aos 75 anos, que sustenta financeiramente o seu agressor.

Vale salientar que, associado aos dados epidemiológicos anteriormente referidos, há um custo social e emocional incalculável, em termos de sofrimento pessoal, familiar e comunitário, pelos danos causados à vida como um todo. Além do que foi exposto podemos acrescentar os danos causados pela AIDS, Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida, pois a sua contaminação aumenta substancialmente entre os dependentes químicos e seus parceiros, que se constituí o primeiro grupo de risco para a patologia moderna (EDWARDS,1999), (CAVALIERI e EGYTO, 2004).

O consumo de álcool afeta homens e mulheres de todas as classes e de todas as raças, no entanto, os pesquisadores abaixo chamam a atenção para a elevação do consumo de álcool entre as mulheres, pois elas absorvem maior quantidade de álcool no sangue do que os homens. Isso quer dizer que, entre mulheres e homens com o mesmo peso corporal, o álcool pode provocar maiores danos no organismo feminino. Dessa forma, para as mulheres que pretendem engravidar e aquelas que já estão grávidas, a recomendação é abstinência total, devido aos efeitos teratogênicos⁸ dessa substância. Esses autores destacam ainda que os preconceitos e as discriminações contra as mulheres dependentes diminuem as chances destas buscarem e receberem ajuda para o enfrentamento do problema (FISHMAN, 1998) (GLITOW; PEYSER, 1991), (LARANJEIRAS, 1997) e (DIMEFF et al, 2002).

Em relação ao conceito de alcoolismo, ele é polêmico, tendo, inclusive, passado por várias revisões. Os Alcoólicos Anônimos (1976) o classificaram a partir de 1935 como uma “doença progressiva, irreversível, incurável e de conseqüências fatais” que pode ser estacionada, assim como a qualidade de vida do usuário e de sua família pode ser recuperada. O conceito de

⁸ O álcool, devido à sua capacidade teratogênica “é responsável por cerca de 32% de anomalias congênita” em filhos de mulheres bebedoras pesadas (GLITOW e PEYSER, 1991, p. 229). O consumo, mesmo moderado de álcool, “afeta a oxigenação do feto e pode lhe provocar lesões irreversíveis” (FISHMAN, 1998, p. 40). Vide Síndrome Alcoólico Fetal p. 28.

doença foi reiterado pelo médico americano Jelineck, em 1937, que o classificou como “uma enfermidade crônica progressiva e fatal” (FILHO, 2001, p. 34).

A Organização Mundial de Saúde-OMS, depois de várias revisões, classificou o alcoolismo como uma “síndrome da dependência de álcool”, e na 10^a revisão do CID, em Genebra, o registrou no Código Internacional das Doenças CID-10, sob no. 303, e F.10.2, referente aos “transtornos mentais e de comportamento” induzidos pelo uso excessivo de álcool, passando a referida síndrome a ser definida como um conjunto de fenômenos fisiológicos ou comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância (álcool, neste caso), ou de uma classe de substâncias, alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor.

Uma característica central da síndrome da dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não, terem sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco por exemplo. Podendo haver evidência de que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome, o que não ocorre com indivíduos não-dependentes (CID-10, 1993).

De acordo com a definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994, p. 13), o dependente de álcool deve receber o termo de “alcoologista” o qual é relativo a toda problemática da síndrome da dependência de álcool. Já o termo “bebedor moderado” é utilizado com as pessoas que usam a bebida alcoólica esporadicamente sem criar problemas para si nem para os outros. Enquanto que o termo “bebedor-problema” define a pessoa que não é dependente, mas ao consumir a bebida alcoólica, apresenta transtornos biopsicossociais com prejuízos para si e para os outros. Por fim o termo “síndrome de abstinência” é dado aos dependentes que apresentam os sintomas assinalados no Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais, da Associação Norte Americana de Psiquiatria-DSM IV (1995, p. 114). Tais sintomas são: taquicardia, sudorese

intensa, tremores, insônia, náuseas e vômitos, alucinações, ilusões, táteis e auditivas, agitação psicomotora, ansiedade e convulsões.

O manual DSM IV anteriormente referido define o alcoolismo como “dependência de álcool”, atribuindo-lhe o código 303.9, incluindo os problemas psicossomáticos decorrentes do uso crônico do álcool: Os transtornos psicóticos, delírios, alucinações, ansiedade, transtornos do humor e demências. E no código 303.00, os transtornos provocados pela intoxicação alcoólica aguda como os: “Transtornos de comportamentos sexual inadequado ou agressivo, instabilidade do humor, prejuízo do julgamento, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional que ocorre durante ou imediatamente após a ingestão alcoólica” (DSM IV, 1995, p. 112).

O Doutor Ronaldo Laranjeiras (1997, p. 16) classifica a dependência de álcool como um “continuum de severidade”. Para esse estudioso, uma pessoa pode ser pouco, moderada, ou muito dependente. Ele considera que o uso de bebidas alcoólicas acima de 20 vezes ao mês é pesado e perigoso, como também, as pessoas que bebem duas ou três doses de uísque diariamente correm o risco de desenvolver a dependência do álcool. Considera ainda o uso diário como alarmante, pois o consumo repetido de qualquer substância química é o caminho para a dependência.

1. 2 O uso de bebidas alcoólicas na população idosa

Com relação ao uso de álcool na população idosa, os estudos são raros e estimam que cerca de 10 a 20% dessa população seja portadora de alcoolismo, dentre esses, encontramos os bebedores crônicos e os que começaram a beber para amortecer o estresse provocado pelas angústias, mágoas, ressentimentos e as frustrações de chegar à terceira idade numa sociedade excludente que não os valoriza. Esses estudos revelam que as bebidas alcoólicas têm efeitos devastadores nos órgãos vitais das pessoas idosas, principalmente no cérebro, provocando

transtornos ao processo de envelhecimento e a velhice como um todo. Independente da razão do consumo, o álcool interfere na coordenação motora, provoca desorientação, quedas, acidentes e queimaduras porque a sua tolerância no organismo do idoso é sempre menor e a velocidade das doenças decorrentes do alcoolismo é sempre maior apontam os estudos de: (BERGER e MAILLOUX-POIRIER,1995) e (CARVALHO FILHO e PAPALÉO NETTO, 2004).

Os psiquiatras Ramos e Bertolote (1997, p. 45) também mostram em seus estudos que “o alcoolismo na 3ª idade potencializa as conseqüências próprias do envelhecimento” e, os familiares dos alcoólicos, que também são atingidos, se encontram menos esperançosos na velhice, fase mais vulnerável da vida, elevando assim as conseqüências da problemática. Eles salientam ainda que, quanto mais cedo a pessoa iniciar o uso do álcool, maiores serão as conseqüências para o indivíduo e para a sua família durante o curso de vida e mais complicadas quando chegar à terceira idade.

1. 3 As conseqüências deletérias do álcool no organismo humano

Conforme os estudos aqui referidos, destacamos os de Glitow e Peyser (1991), o Manual do Ministério da Saúde (1994), Bertelli (1997), Ramos e Bertolote (1997), Larangeiras (1997), Gesina (1998), Cavalieri e Egypto (2004), os quais, nos mostram que a síndrome da dependência de álcool interfere na função dos sistemas orgânicos, surgindo assim, as comorbidades (patologias decorrentes da síndrome da dependência do álcool) e, que os profissionais necessitam ficar atentos para perceber esses problemas nos clientes que buscam os serviços de saúde.

No sistema digestivo podemos identificar o hálito de bebida e os problemas decorrentes do uso do álcool como, náuseas, azia, síndrome de má absorção, desnutrição, perda de peso, diarreia, dor abdominal, gastrite, úlceras, hemorragias digestivas, pancreatite, hepatite e cirrose hepática.

No sistema endócrino e reprodutor podem ocorrer diabetes, elevação dos hormônios corticais, diminuição dos hormônios sexuais masculinos e femininos, diminuição da libido e do reflexo de ereção, podendo também ocorrer abortos espontâneos ou a síndrome alcoólico-fetal-SAF: A criança dorme pouco, se apresenta hiperativa, trêmula e irritada, pode ter anomalia cardíaca, retardo do crescimento e problemas de aprendizagem.

No sistema nervoso central pode ocorrer encefalopatia, ataxia, neurite do nervo ótico, convulsão, deficiência mental leve, severa ou permanente e, a chamada síndrome de abstinência. No sistema nervoso periférico pode ocorrer a polineuropatia com sintomas de dores, fadiga, formigamento, principalmente nos membros inferiores, provocando limitação ou perda dos movimentos. No sistema ósteo-muscular, pode ocorrer fraturas, escoriações, ou presença de cicatrizes devido aos traumas ocorridos. Na pele e nos tegumentos, podemos observar enrugamento precoce, ressecamento, formação de manchas senil, úlceras plantares, inflamação ou amolecimento das unhas e queda de cabelos.

No sistema cárdio-circulatório, podem ocorrer às cardiopatias obstrutivas ou congestivas, desidratação, hipertensão, arteriosclerose, aterosclerose, anemia, leucopenia, linfopenia, e diminuição das plaquetas, propiciando baixa da imunidade e a elevação das doenças infecciosas e hemorrágicas. No pulmão se eleva a possibilidade de surgir pneumonia e tuberculose. No nível sistêmico a dependência de álcool diminui o nível de oxigênio intracelular e pode acelerar o processo do envelhecimento das células.

Os efeitos agudos iniciais das bebidas alcoólicas são bons, caracterizados pela euforia e pela desinibição, no entanto ao se elevar à ingestão e, conseqüentemente, o nível de álcool no sangue (alcoolemia), os riscos vão se elevando, podendo chegar até a parada cárdio-respiratória ou mortes traumáticas. Os efeitos deletérios do álcool no organismo humano, agudos e crônicos dos quais acabamos de falar poderão ser identificados nas ilustrações número 01 e 02 visualizadas na página seguinte.



Figura 01: Efeitos agudos decorrentes do nível de álcool no sangue

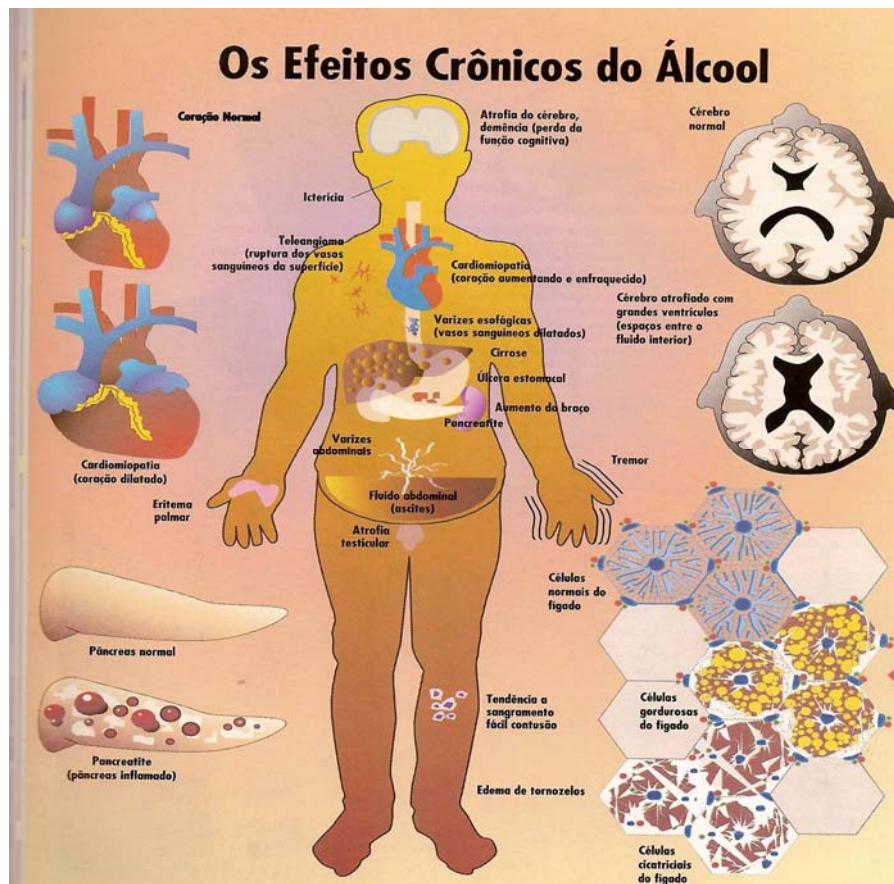


Figura 02: Efeitos deletérios do uso crônico do álcool no organismo
 Fonte: (GESINA L. LONGENECKER,, 1998, p. 40-42)

De acordo com os estudos aqui referidos podemos perceber que com o uso crônico do álcool vem o agravamento da síndrome da dependência e dos transtornos psíquicos, as pessoas dependentes de álcool (e de outras drogas) podem apresentar impaciência, irritabilidade, insônia, ansiedade, depressão, deficiência da ética, da autocrítica, da memória, baixa-autoestima, anormalidade da compreensão e do comportamento, elevação da agressividade, elaboração de idéias equivocadas e sentimentos negativos, delírio de ciúme, medo, revolta, rancores, ódio, solidão, isolamento, fadiga e dificuldades no relacionamento humano.

Ocorre também a diminuição da capacidade laborativa, da qualidade profissional e a elevação do nível de estresse negativo, dos conflitos pessoais e interpessoais, acidentes de trabalho e de trânsito. A insuficiência de conhecimentos sobre os efeitos deletérios do álcool no organismo acarreta preconceitos, incompreensões e discriminações, colabora com o processo de negação do problema, limitando o dependente e a sua família, que também é afetada pelo estresse proveniente da problemática, a buscar e receber ajuda.

Assim, considerando que os efeitos deletérios do álcool envolvem diversas dimensões e diversas gerações, para enfrentá-lo com uma maior abrangência se torna urgente à inclusão de uma abordagem educativa de prevenção, principalmente na Atenção Básica à Saúde, envolvendo o alcoólico e sua família, pois todos são afetados. Neste sentido, priorizamos nesse estudo a família, destacando nela os idosos chefes dessas famílias, buscando a sua colaboração na abordagem intergeracional do problema como estratégia de diminuição do surgimento de novos casos e para ajudar na melhoria das conseqüências da dependência e da codependência, assim como no soerguimento de suas vidas.

1.4 A problemática do alcoolismo na família e seu impacto na vida dos idosos

Com relação à problemática do alcoolismo nos familiares as primeiras experiências surgiram com os Grupos Familiares Al-Anon na década de 1950. Depois surgiram vários estudos

científicos como os de Hemfelt, Minirth e Méier (1989) doutores em psicologia e psiquiatria, os quais, avaliaram que para cada dependente de álcool, há pelo menos quatro pessoas da família como pai, mãe, cônjuge e filhos, afetados pela codependência do alcoolismo. Isso nos leva a refletir sobre a probabilidade de mais da metade das famílias estarem envolvidas direta e indiretamente com a problemática do alcoolismo.

O tema codependência do álcool continua sendo pesquisado por diversos autores, dentre os quais destacamos Beattie (1992-2004), e Zampieri (2004), que consideram muito complexa a situação vivenciada pelos alcoólicos e seus familiares, pois o relacionamento dessas pessoas passa a ser envolvido por reações emocionais compulsivas e estressantes, onde ocorrem experiências dolorosas e debilitantes, afetando o bem-estar de todos. Essas reações variam de pessoa para pessoa, uma vez que algumas são afetadas demasiadamente, outras moderadamente, dependendo da capacidade que cada indivíduo tem de reagir às dificuldades vividas no contexto do alcoolismo.

Os estudos acima referidos mostram que o termo codependência foi empregado pela primeira vez pelos membros do AA, referindo-se ao difícil processo vivenciado pelas famílias, mesmo quando o alcoólico já estava por exemplo, há um ano sem beber. Essas pessoas passavam a lutar para mudar o estilo de vida adquirido no contexto do alcoolismo, mas sentiam dificuldades, pois seus familiares viviam mergulhados em emoções de raiva intensa, em mágoas, irritabilidade, tensão, frustração, desespero e desejo de vingança.

Conforme Zampieri (2004, p.63) “A codependência caracteriza-se por um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, aprendidos na convivência familiar, a fim de sobreviver ao se encontrarem sob grande estresse ou intensa dor prolongada”. Ela significa uma obsessão familiar relacionada ao comportamento do alcoólico. Levando alguns membros da família a ficar furiosos, outros passivos, depressivos, desinteressados, com baixa auto-estima. Havendo aqueles, inclusive, que desenvolvem um modo obsessivo de controlar a tudo e a todos

ao seu redor, sem perceber que estão tendo um comportamento autodestrutivo, com o qual contribuem para a recaída dos alcoólicos, ampliando a problemática e isto resulta na manutenção do alcoolismo na família.

Para os autores referidos anteriormente, a codependência pode ser considerada uma epidemia de grandes proporções, pois causa sofrimento, infelicidade, desespero e o desperdício de vidas, que pode chegar a superar a nossa compreensão e expectativas. O significado da palavra codependente, no contexto do alcoolismo, acompanha o seu sentido literal, ou seja, é ser dependente com outra pessoa. Portanto, alcoólicos e familiares são codependentes entre si, podendo configurar uma tragédia multigeracional e intergeracional, que desequilibra muitas famílias. Estes comportamentos em desequilíbrio são atribuídos à carência de amor e à compulsão de querer re-estruturar o familiar, fazendo com que a problemática seja passada de geração a geração e possa ser muito identificada na vida moderna, uma vez que,

o conceito de “dependência e codependência não se restringe mais ao álcool; ele inclui toda uma gama de substâncias químicas: cocaína, maconha, tabaco, heroína e outras. Esse “outras” inclui na prática qualquer obsessão compulsiva, uma coisa ou um comportamento, levado ao extremo. Distúrbio da alimentação “bulimia e anorexia por exemplo”, ninfomania, ataques de raiva, apego doentio ao trabalho, à compulsão de consumo, um modo de vida com leis superrígidas, a compulsão de lavar as mãos cinquenta vezes por dia – estas e outras adições foram colocadas no mesmo patamar do alcoolismo. Esses e outros distúrbios afetam a família e pessoas mais próximas os codependentes que podem sofrer tanto ou mais do que os próprios dependentes (HEMFELT, et al, 1989, p. 7).

Esse conceito serviu de base para os estudos das dependências químicas. Hemfelt e sua equipe, após dez anos atendendo e estudando a dependência e a codependência nas pessoas afetadas pelo alcoolismo, constataram que essas pessoas, geralmente, têm um autoconceito negativo, vivem desapontadas consigo mesma, sentindo-se derrotadas, o que dificulta a realização de seus projetos de vida. Buscando contribuir com a compreensão da codependência, descreveram essa problemática apontando dez traços que a caracterizam:

01. O codependente é guiado por uma ou mais compulsões. 02. Um codependente é compelido e atormentado pelo jeito que as coisas eram na família disfuncional de origem. 03. A auto-estima (e muitas vezes a maturidade) do codependente é muito baixa. 04. O codependente tem certeza de que a sua felicidade depende dos outros. 05. Do mesmo modo que o codependente se sente desmesuradamente responsável pelos outros. 06. O relacionamento do codependente com o cônjuge ou Outra Pessoa Significativa (OPS) é desfigurado pelo o instável desequilíbrio entre a dependência e independência. 07. O codependente é um mestre da negação e da repressão. 08. O codependente se preocupa com coisas que não pode mudar e é bem capaz de tentar mudá-las. 09. Além disso a vida do codependente é pontuada de extremos. 10. Para finalizar, o codependente está sempre procurando por alguma coisa que falta em sua vida (HEMFELT, et al, 1989, p. 25).

Salientamos que não convém enquadrar os alcoólicos e seus familiares, em situações patológicas. Os traços descritos acima apontam pistas para compreendermos as pessoas que se encontram vivendo em situação de codependência, mas elas não são apenas esse problema. Em vista disso, entendemos que possuem plenas condições de superar estas dificuldades através de diversas ajudas, da decisão pessoal ou de uma abordagem educativa que possa propiciar a tomada de consciência, apontando caminhos para a construção de um modo de vida saudável.

Conforme os estudos de Zampieri (2004, p. 105), os codependentes sofrem e também fazem sofrer nos seus relacionamentos. Esta classifica a questão da codependência como doença e defende a sua inclusão no CID-10, como “uma condição emocional, psicológica e comportamental, um padrão relacional e um transtorno da não identificação do *self*”. Nesse sentido, ela defende uma pedagogia do amor nas abordagens terapêuticas, pois esse sentimento é o alimento fundamental para o crescimento das conexões saudáveis entre os neurônios e se, o indivíduo “sentir-se em geral amado, compreendido e aceito pode ser um fator altamente influente, senão determinante em relação à saúde psíquica”.

Continuando a autora também afirma que mesmo não tendo sido ainda reconhecida como doença, a codependência já tem sido admitida como uma construção social, fato que contribuiu para focalizar o contexto familiar da dependência química. Nos Estados Unidos a codependência tem um custo social e econômico de US\$ 273,3 bilhões, estando associada à

morte acidental por abuso de substância, “molestação infantil, violência na família, doenças infecciosas, prisão, homicídios, internação hospitalar e prisão domiciliar. Tem afetado familiares, vizinhos e comunidades, independentemente de idade, sexo ou grupos étnicos” (ZAMPIERI, 2004, p. 65).

Percebemos com esses estudos que a dependência e a codependência do álcool são impulsionadas pela ‘cultura’ familiar e que essa também pode ter influência importante sobre a forma das pessoas usarem a bebida alcoólica. Nesse sentido, Edwards (1999, p. 24) sugere que “o alcoolismo deve ser estudado na perspectiva do curso de vida pois além das influências genéticas, é provável que os filhos ‘herdem’ os padrões do beber pesado ao aprender tal comportamento, bem como outros valores associados, durante os eventos da vida”, incluindo o estresse diário, o desemprego, os problemas conjugais, separações, a pressão social dos amigos para beber, junto com o preço acessível e a facilidade para comprar as bebidas. Para esse autor um exame da história de vida das pessoas afetadas pode nos fornecer uma visão intergeracional desse problema, que se reproduz nas gerações seguintes, e assim, seguindo essa orientação priorizamos nessa abordagem os relatos de vida dos idosos familiares de alcoólicos, por compreender a relevância de suas memórias na investigação diagnóstica, como também na abordagem aos familiares.

O problema do alcoolismo nos familiares também foi analisado por Raimundo (1983, p.10), professor do Curso de Direito da Universidade de Brasília-UNB, o qual advogava para muitas famílias com esse problema e nos relata que “os filhos passam a ser maltratados e vivem aterrorizados”. O alcoolismo funciona na dinâmica familiar como um jogo onde todos interagem, contribuindo para um equilíbrio/desequilíbrio, onde há mudanças de papéis, ou seja, seus membros, sem terem uma consciência formada sobre a realidade em que estão inseridos, são ao mesmo tempo vítimas, agressores e salvadores.

A terapeuta familiar transgeracional McGoldrick e uma equipe de colaboradores (1995) citada por Zampieri (2004, p. 58) ao estudarem a codependência na Inglaterra, afirmaram que os sintomas psicossomáticos e interpessoais na família ocorrem desde as “perturbações no funcionamento profissional, na produção escolar dos filhos, conflitos, infidelidade, depressão, isolamento social, ansiedade e distúrbios físicos em todos os membros do sistema familiar”, afetando várias gerações em cadeia. E, no contexto do alcoolismo, muitas vezes a codependência segue no meio familiar, permeado por segredos, que omitem junto com a violência, o incesto e suas complicações.

Como essa problemática está inserida no cotidiano das comunidades cobertas pelo PSF, sem que haja uma abordagem abrangente na estrutura do Sistema Único de Saúde para ajudar as famílias no enfrentamento e na superação do alcoolismo, justificamos essa experiência educativa na USF Alto do Céu I através da pesquisa-ação e da Educação Popular em Saúde, buscando dialogar com as famílias afetadas para contribuir com a conscientização das conseqüências da dependência e da codependência alcoólica e com a reconstrução de um modelo de vida saudável, cooperando com a equipe de saúde, com os idosos e com seus familiares, no sentido de desenvolver atitudes firmes e positivas que favoreçam o desenvolvimento da autoestima e do autocuidado. Isto significa reaprender a cuidar melhor da própria vida, pois no contexto da dependência e da codependência alcoólica, as pessoas perdem em geral o gosto de viver e negligenciam até mesmo os cuidados pessoais.

Para dar conta dessa abordagem educativa, se faz necessária a contribuição da rede de apoio social organizada na comunidade. Dessa forma, nos articulamos com os movimentos de apoio e autoajuda relacionados ao alcoolismo organizados nos grupos de – AA e Al-Anon – para cooperar com as ações de saúde na USF, onde foi realizada essa pesquisa, buscando elevar a qualidade de vida das famílias afetadas pelo alcoolismo, como prevê a gestão atual do SUS na Política da Atenção Básica à Saúde.

1.5 Os movimentos de autoajuda e o alcoolismo: os grupos de AA e Al-Anon

O problema do alcoolismo motivou o surgimento de um movimento de autoajuda que busca contribuir para a recuperação dos alcoólicos, iniciando-se com os Alcoólicos Anônimos. Esses grupos surgiram em Akron, Ohio EE UU, em 1935, sendo seu fundador um corretor da bolsa de valores de Nova York, Bill Wilson, e seu co-fundador, um médico cirurgião, Dr. Bob Smith. Ambos padeciam de um alcoolismo crônico complicado, tendo, inclusive, passado por diversas internações hospitalares, problemas familiares e de trabalho. Sem conseguir encontrar ajuda no sistema de saúde existente naquela localidade, buscaram por si próprios um meio de autoajuda (AA 1976) e (AA,1994).

O grupo inicial esteve sob a liderança de Bill Wilson e do Dr. Bob e recebia o apoio de cientistas, profissionais da saúde, da psicologia, líderes religiosos e agnósticos. Essas pessoas desenvolveram a sistematização de um programa de recuperação para o alcoolismo⁹ cujo conteúdo, aplicado à vida diária do indivíduo, transcende à problemática do alcoolismo, envolvendo as dimensões biopsicossociais e espirituais, consistindo em um modo de vida capaz de reconstruir a vida das famílias afetadas (AA, 1994, p. 45).

Carl Jung foi um dos pioneiros que ajudaram na organização do programa de recuperação do AA. Sua aproximação com o 1º grupo dos AA, se deu após esgotar os recursos da análise no tratamento do seu cliente Rowland H., alcoólico e integrante de uma família da alta sociedade americana. Jung encaminhou seu paciente, através de uma carta, para Bill W., e esse o recebeu no primeiro grupo do AA, onde ele parou de beber e passou a trabalhar para elevar a sua qualidade de vida (BURNS, 1997).

A partir daí, Jung ficou mantendo uma comunicação com Bill W, o qual em 1960 escreveu a Jung reconhecendo a sua influência na fundação do AA. Na carta, Bill se dirige a

⁹ “Os Três Legados de Alcoólicos Anônimos” se compõem de: 12 Passos, 12 Tradições e 12 Conceitos de serviços, que consistem na metodologia de trabalho do movimento de autoajuda organizado com os grupos de AA, Al-Anon/Alateen e outros da mesma modalidade, que possibilita a libertação da dependência e da codependência através do desenvolvimento de uma vida saudável ou como consideram os referidos grupos, com sobriedade.

Jung afirmando que “a conversa entre você e Rowland H. foi o primeiro elo na corrente de eventos que resultaram na fundação do AA”. Antes de sua morte em 1961, Jung escreveu outra carta a Bill W. lembrando sua influência na formação do AA e a importância desse movimento pela sua conotação espiritual, pois na opinião de Jung era importante uma força espiritual para recuperar os alcoólicos (BURNS, 1997, p. 13-14).

O movimento dos AA se disseminou para todos os países e serviu de matriz para outras modalidades, da mesma categoria, a exemplo do: Al-Anon/Alateen para familiares de alcoólicos; os Narcóticos Anônimos, o NARANON e o Amor Exigente para os dependentes de outras drogas e seus familiares; os Fumantes Anônimos; os Neuróticos Anônimos para pessoas com dificuldades emocionais; os Dependentes de Sexo Anônimos; o Grupo para Mulheres que Amam Demais, dentre outros.

Os integrantes desses grupos são protegidos de uma possível visão discriminadora e preconceituosa da sociedade, através do anonimato, porém o movimento não é anônimo, pelo contrário, precisa ser compreendido e divulgado na sociedade. Seus integrantes realizam trabalhos voluntários de cooperação nas instituições, sem afiliação, preservando a sua autonomia, como também a da instituição, o que consiste em uma iniciativa leiga da comunidade e, no caso dessa pesquisa, com o sentido de contribuir com a Atenção Básica à Saúde numa Unidade de Saúde da Família.

O Al-Anon surgiu com os familiares do primeiro grupo de AA quando, durante as reuniões, serviam café com bolo para o grupo participante. Foi assim, ouvindo a troca de experiências daquele grupo – o AA, que esses familiares perceberam que ao passarem anos da sua vida assistindo a seus entes queridos destruírem a própria vida, lidando com a dor e o desespero de conviver com a realidade do alcoolismo, tendo que enfrentar dificuldades financeiras, violência na família, problemas com a justiça, dentre outras questões, tiveram sua vida afetiva e o relacionamento familiar devastados pelo desespero, pela amargura, mágoas,

rancores, culpas e sentimentos de vingança. Essa situação contribuía ainda mais para a manutenção do conflito familiar, como também para a recaída dos alcoólicos que estavam buscando a sua recuperação.

A partir da consciência de que o alcoolismo afetava não só o bebedor, mas a toda família, os familiares dos alcoólicos identificaram que sofriam por conviverem com o alcoolismo na família. Organizaram-se, então, coletivamente sob a liderança de Lois W, professora, casada com Bill W. e Anne S., enfermeira, casada com o médico Bob S. e deram início aos Grupos Familiares Al-Anon (Associação dos Familiares e Amigos de Alcoólicos) Alguns anos depois, seus filhos, já adolescentes, iniciaram o Alateen que é semelhante ao Al-Anon sendo da sua responsabilidade o trabalho com esses jovens. Esses grupos têm o objetivo de acolher e proporcionar alívio aos familiares dos alcoólicos; compreender e encorajar o alcoólico a buscar a sua sobriedade; propiciar um modelo de vida saudável através da prática diária dos Três Legados sugerida no seu programa de vida¹⁰ (AL-ANON, 2000), (ALATEEN, 2000).

Os membros desses grupos – AL-ANON/ALATEEN –, assim como os membros do AA, consideram o alcoolismo uma doença da família que não pode ser curada. No entanto, essa doença pode ser estacionada e recuperada, desde que seu tratamento inclua o alcoólico e seus familiares, no sentido de resgatar a autoestima e o autocuidado, pois os dependentes sempre esperam que os outros sejam os responsáveis pelas suas vidas, enquanto os codependentes passam a tentar controlar a dependência e suas conseqüências no alcoólico, negligenciado assim, o cuidado consigo mesmo.

Dessa forma, os integrantes do AA e do Al-Anon/Alateen, considerando os princípios contidos nos Três Legados conseguiram uma maneira de cuidar de si mesmos, através dos 12 Passos e, assim, perceberam que poderiam cuidar melhor dos outros. Através das 12 Tradições se

¹⁰ Os Grupos Familiares Al-Anon/Alateen adaptaram os Três Legados do AA (12, Passos, 12 Tradições e 12 Conceitos de Serviço) para o trabalho de recuperação da codependência do alcoolismo e para a elevação da qualidade de vida dos familiares dos alcoólicos. Os quais constam nos anexos A, B e C desse texto.

aprenderam a desenvolver uma convivência harmoniosa na família e na sociedade e com os 12 Conceitos de Serviço se instrumentalizaram para realizar o trabalho voluntário, ajudando na recuperação e na mudança de vida de outras famílias, além da sua. E, nesse contexto, buscamos verificar a história do alcoolismo nas famílias através dos idosos membros do Al-Anon.

Podemos resgatar o conhecimento desta problemática através do relato de vida de uma idosa integrante do Al-Anon, pois ela sofria demais ao ver o seu único filho desmaiar bêbado na rua, deixando, inclusive, de comparecer à sua formatura por estar embriagado, além de perder o emprego diversas vezes e separar-se da sua família. No entanto, o que mais afetou a vida dessa senhora foi ver as duas netas pequenas e inocentes ficarem, cotidianamente, de cabelos sujos, cheirando mal, levando grito do pai embriagado e da mãe transtornada pelo alcoolismo do marido.

Enfurecida por ver as netas crescerem tão negligenciadas, vivia tomada pelos sentimentos de tristeza, raiva e pela culpa, se tornou cansada, amarga, vazia, sem gosto consigo mesma, se transformando em algo que não gostava de ser. Aquela situação fazia com que ela olhasse para o filho e para a nora com hostilidade. Porém passou a refletir sobre aquela tragédia que era a sua vida, pois vivia mergulhada no mau-humor e na autopiedade, querendo somente modificar a vida do filho, sem conseguir. Foi aí que decidiu mudar suas próprias atitudes diante daquela situação (AL-ANON, 2000).

A partir daí, fez contato com diversas agências de serviço social nos EE UU, sem obter ajuda. Finalmente, aceitou entrar para um grupo Al-Anon onde se encontrou com outras avós que a apoiaram. Integrada ao grupo e praticando os Três Legados, ela aprendeu a mudar suas atitudes, a ajudar as netas, sem o sofrimento que estava lhe consumindo, aprendeu, inclusive, a compreender e aceitar as limitações do filho e se comunicar melhor com a sua nora. Ao invés da indignação, passou a se cuidar e a cuidar das netas, levando-as para passear, proporcionando

condições para a sua educação e tornando-se uma avó com um relacionamento cada dia melhor com as netas, deixando de desperdiçar suas vidas por causa do alcoolismo do filho.

Da mesma forma que a idosa anteriormente referida ficou com a sua vida afetada, percebemos que a falta de conhecimento sobre a problemática dificulta uma abordagem adequada de qualquer pessoa envolvida, o mesmo se aplica para os profissionais da saúde que lidam com o problema do alcoolismo na sua vida pessoal e profissional sem estarem conscientizados através de uma formação específica para abordar corretamente a questão, ajudar as famílias, como também a si próprios, pois a equipe de saúde também pode se tornar vítima do da dependência e da codependência do álcool.

Um exemplo disso foi o da assistente social Beattie (2004) que, ao participar de um grupo institucional Al-Anon, identificou a dependência e a codependência na sua vida pessoal e, através do conhecimento que adquiriu, se ajudou e passou a cooperar com seus estudos na recuperação das famílias afetadas. Realizando seminários em diversos centros de recuperação nos Estados Unidos sobre esse tema, esta autora definiu o codependente do alcoolismo como “aquele que deixou-se influenciar pelo comportamento de outra pessoa, e que vive obcecado em controlar o comportamento desse outro”.

Relatou ter conhecido pessoas codependentes com dificuldades de assumir “o comando de sua própria vida”, pois viviam furiosas, exaustas e vazias, quase desistindo de viver, uma delas, inclusive, de tanto sofrer, morreu vítima do processo do envelhecimento precoce e de outras causas naturais aos 33 anos. Ela tinha cinco filhos, seu marido era alcoólico e já havia sido preso pela 3ª vez; diante disto, sua família estava destroçada (BEATTIE, 2004, p. 14).

Considerando os conceitos que explicam a dependência e a codependência do álcool, decidimos orientar nosso estudo através do instrumental da Educação Popular em Saúde e da metodologia dos Três Legados buscando uma abordagem do alcoolismo na Unidade de Saúde da

Família Alto do Céu I. Pois acreditamos que esse caminho possibilita uma abordagem segura da dependência e da codependência do álcool na Atenção Básica à Saúde prestada pelo SUS.

Nessa abordagem, através da relação dialógica e da troca de experiências unindo o saber popular ao saber científico entre a equipe de saúde, os alcoólicos e seus familiares, promover a tomada de consciência para cada um, no sentido de construir conhecimento para empreender uma vida com qualidade em que a presença das bebidas alcoólicas passe a não ocupar uma posição tão relevante nessas famílias, chegando ao ponto de provocar prejuízos em todas as dimensões da vida. Nesse sentido, também tivemos a nossa família afetada pela problemática, fato que nos desafiou a estudá-la, compreendê-la e transcender o problema, assim podendo colaborar positivamente junto às famílias afetadas.

1.6 A experiência de vida como ponto de partida para a temática

Vivendo um casamento com um portador de alcoolismo extremamente complicado, vivenciamos junto com os familiares pelo estresse diário e insuportável, dificuldades financeiras, eventos de violência extrema e risco de vida. Em decorrência, enfrentamos problemas de saúde, financeiros, com a justiça e o divórcio. O ex-marido faleceu por insuficiência cardíaca devido às conseqüências do uso excessivo de álcool e de fumo. Tivemos que sobreviver no isolamento dentro da própria família com quatro filhos menores, pois tanto os familiares quanto às outras pessoas costumam se afastar daqueles que sofrem com a problemática do alcoolismo.

Assistia ao desmoronamento de nossa família, há 29 anos atrás, sem saber como fazer para nos libertar daquelas complicações, desconhecendo saídas para enfrentar o problema da dependência e da codependência do álcool, acreditava que era maldade ou desequilíbrio mental do alcoólico. Tomada de uma tristeza infinita, não percebia a saída e acometida pelas crises de estresse, os médicos receitavam remédios calmantes. Não querendo tomar aqueles remédios, com receio de ficar dependente e percebendo que precisava mudar aquela realidade,

descobrimos os Grupos de Autoajuda, passamos a participar do Al-Anon/Alateen e a conhecer mais de perto o trabalho do AA e, a partir dos conhecimentos adquiridos com a prática diária dos Três Legados¹¹, reconstruímos aos poucos a vida pessoal e familiar, aprendendo também a ser solidária, ajudando outras famílias buscarem a superação de suas dificuldades.

Dessa experiência pessoal e familiar decorreu meu interesse de estudar o impacto do alcoolismo nas famílias. O interesse especial de trabalhar com familiares idosos, decorreu de uma experiência vivenciada na década de 1980, quando ainda acadêmica de enfermagem, prestamos assistência a uma família composta por um casal idoso que tinha três filhos e uma filha, portadores de alcoolismo. Estes idosos viviam apavorados, muitas vezes acordavam os vizinhos gritando por socorro, pois os filhos embriagados se desentendiam, se agrediam verbal e fisicamente. Desses três irmãos um morreu assassinado e o outro se recuperou e a irmã faleceu por acidente vascular cerebral. Esta situação durou mais de vinte anos, o casal idoso que sofria de hipertensão arterial crônica, faleceu no domicílio por enfarte agudo do miocárdio, depois de ter passado uma vida de sofrimento insuportável.

A partir dessas experiências vividas, a visão crítica de estudante passou a se confrontar com a realidade e a perceber que a mesma situação era vivenciada por outras famílias na comunidade sem que encontrassem ajuda nos serviços de saúde, pois a formação profissional não contemplava a problemática do alcoolismo. Passamos a buscar formas alternativas de estudar o assunto e de provocar a inserção do tema no meio acadêmico, através dos seminários nas disciplinas de saúde pública e saúde mental.

Buscando elevar o nosso aprendizado continuamos, na década de 1980, a frequentar os grupos de AA, Al-Anon e Alateen, onde tivemos a oportunidade de ouvir, trocar experiências e

¹¹ Os Três Legados são um conjunto de 36 princípios filosóficos espirituais (não religiosos), de onde se origina a metodologia do trabalho dos grupos de autoajuda no planeta. Compostos por 12 Passos, os quais possibilitam a reorganização da vida individual e da capacidade de ser servir; 12 Tradições que resgatam a capacidade da convivência saudável com os outros seres humanos e 12 Conceitos de Serviço contendo a forma pela qual esse trabalho deve ser realizado (Anexos A, B e C p. 215-217). Convém salientar que os princípios acima referidos são sugeridos e o trabalho dos membros do movimento é realizado de forma voluntária e anônima. No entanto, aqueles que o desejarem podem abrir o seu anonimato pessoal, tratando sempre de preservar o dos outros membros.

compreender como o alcoolismo afeta a vida de quem bebe excessivamente e de seus familiares. Estudamos a literatura dos grupos, passamos a compreender a problemática, a receber convites para ministrar palestras sobre o tema em igrejas, escolas e em outros eventos. Na qualidade de profissional amiga do AA, e integrando os grupos familiares Al-Anon participamos das reuniões públicas, dos encontros a nível local, estadual, regional e nacional, nos quais obtivemos conhecimentos significativos para a vida pessoal e profissional.

A necessidade de aprender sobre o alcoolismo motivou a busca dos meios necessários que, naquela época, eram raros. Durante a licenciatura em enfermagem (1986) trabalhamos com programas educativos em saúde para a comunidade de Cruz da Armas abordando o tema alcoolismo na família.

Trabalhando como enfermeira na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley HULW/UFPB (1987-1994), interagimos diariamente com os clientes/pacientes alcoólicos que recebiam o tratamento das doenças decorrentes do uso excessivo de álcool, mas não se abordava o alcoolismo como a causa das patologias existentes. Nos procedimentos da admissão hospitalar, durante a anamnese, havia apenas a pergunta se eram etilistas, geralmente o cliente negava, respondendo que bebia socialmente e nas orientações para a alta, recebiam a recomendação para não voltar a beber. Pouco tempo depois, retornavam com o quadro clínico agravado, prosseguindo com um tratamento, oneroso, doloroso na maioria das vezes até chegar ao óbito.

Percebíamos também uma revolta por parte de alguns profissionais ao tratar dos clientes alcoólicos. Presenciamos uma situação em que uma profissional exigiu alta imediata de uma paciente que estava com hepatite alcoólica, alegando que ela precisava do leito desocupado para as pessoas que queriam se tratar, pois “aquela paciente só queria tomar cachaça e dar trabalho no hospital”. Atitudes de rechaço com as pessoas dependentes de álcool também ocorriam por parte de alguns profissionais da equipe de enfermagem e de outras categorias profissionais.

Percebendo esses equívocos, decidimos compartilhar o pequeno conhecimento que havíamos adquirido com os colegas, no ambiente de trabalho, através de conversas informais e do estudo com textos, relacionando a teoria com o estado de saúde/doença dos clientes internos.

Durante os plantões, desenvolvemos uma prática de dialogar com os pacientes internados nas enfermarias procurando ajudar na conscientização do problema do alcoolismo. Percebíamos que havia um desconhecimento das pessoas afetadas, com relação aos efeitos deletérios do álcool. Isso ficou claro no caso de um agricultor, que aos 47 anos de idade estava com deterioração de todos os sistemas orgânicos e pensava que, por estar no hospital se tratando, ia ficar curado. Uma semana depois, morreu por falência múltipla dos órgãos. No entanto, no atestado de óbito não ficava registrado o alcoolismo como causa da morte, o mesmo acontecia com outros que faleciam em situações semelhantes, dificultando até as pesquisas sobre a problemática através dos prontuários, demonstrando a nossa dificuldade de assumir e enfrentar o alcoolismo no próprio sistema de saúde.

Durante o serviço assistencial fazíamos um trabalho educativo no leito para os alcoólicos que não podiam se locomover. Reuníamos os que podiam andar numa sala, para discutirmos sobre o assunto, orientávamos os familiares durante as visitas, encaminhando-os para os grupos Al-Anon, e os alcoólicos que estavam prestes a ter alta para os grupos de AA na comunidade. Nesses diálogos, sentia a dificuldade das pessoas acreditarem que o alcoolismo se tratava de um problema de saúde, pois tinham a crença de que era fraqueza de caráter ou falta de vergonha, essa era a referência mais comum, a respeito do dependente de álcool.

Observamos que, mesmo precária, a investigação sobre o alcoolismo focalizava apenas o alcoólico, não havia por parte dos profissionais a preocupação de investigar o impacto do alcoolismo no estado de saúde dos seus familiares. No atendimento de urgência, identificávamos familiares de alcoólicos que haviam tentado suicídio ou que chegavam com crises de estresse

intenso; no entanto, eram acusados de estar tendo “xiliques” e atendidos de forma desumanizada pelos profissionais da saúde.

Ainda no atendimento de urgência, durante os finais de semana, era comum às pessoas embriagadas e violentas chegarem colocando em risco a segurança da equipe e por vezes era necessário chamar a polícia, para a proteção dos profissionais e dos clientes internos. Os policiais também acreditam que alcoolismo é falta de vergonha e que o bêbado é um desordeiro, tratavam os alcoólicos e seus familiares inadequadamente. Esses conflitos se repetem nos serviços de saúde até os dias atuais sem um diálogo permanente com a população buscando uma maior conscientização da problemática.

A partir de 1990, passamos a trabalhar com educação em saúde nos movimentos sociais dos idosos, onde abordamos a temática do alcoolismo. Acumulando essas experiências a visão assistencial para com o alcoólico e sua família foi se elevando, passamos a merecer a confiança dos alcoólicos internos no HULW e dos colegas de trabalho que conversavam sobre o alcoolismo e desabafavam suas mágoas sabendo que encontravam um ouvido compreensivo. Continuamos investindo no aprendizado e, ao mesmo tempo, socializando o que aprendíamos, por compreender a falta de preparo para lidarmos com essa problemática vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde.

Durante o curso de especialização em Gerontologia estudamos o problema da dependência e da codependência do álcool nos pacientes/clientes internos na Clínica Médica do HULW. Nesse estudo dialogando com os familiares dos alcoólicos internos, percebemos que a maioria era mulheres idosas, portadoras de doenças crônico-degenerativas, que relatavam entre lágrimas ter vivido uma vida de intenso desamor, situações de abuso, privação e exploração material, tristeza intensa, inclusive pela proximidade da morte devido à gravidade do estado geral. Os diagnósticos variavam entre câncer, insuficiência cardíaca, diabetes, acidente vascular,

úlceras, distúrbios da tireóide, hipertensão, insônia, depressão dentre outros, sem que a equipe de saúde relacionasse essas doenças com a codependência do alcoolismo (LUCENA, 1995).

Durante a realização do estudo acima referido, ao prestar os cuidados no leito, era comum observar, no corpo dessas pessoas, cicatrizes de ferimentos com faca ou vidros quebrados, algumas apresentavam limitações físicas por seqüelas de quedas provocadas por empurrões dentro do domicílio. Falavam da preocupação com as bebedeiras dos familiares, do desconforto de levantar pela madrugada para abrir a porta, além do barulho e das atitudes violentas de alguns ao chegarem embriagados, prejudicando o sono e o repouso.

Lembravam das noites que, impedidas de entrar na residência, pernoitavam em terraços, em casas de parentes ou de vizinhos devido às atitudes de insanidade de seus familiares alcoolizados. Não queremos aqui culpar os alcoólicos mas, antes de tudo compreender as diversas dimensões da problemática do alcoolismo para buscar com os atores envolvidos o enfrentamento e a superação da problemática através da Educação Popular em Saúde.

Ao dar assistência aos alcoólicos e seus familiares, mesmo reconhecendo a importância da assistência hospitalar, questionamos por que passaram suas vidas nessa situação de penúria e, até quando vão ter que passar pelo processo de adoecimento de forma alienada, chegando ao hospital muitas vezes já para morrer. Por que não investimos num processo educativo com a população para evitar que desperdicem suas vidas, inclusive com o uso excessivo de álcool?

Acreditando na importância estratégica da educação em saúde na em 1994 deixamos o HULW e passamos a atuar nas comunidades através do Núcleo Integrando de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade - NIETI/PRAC/UFPB. Integramos a Comissão de Implantação do Programa de Atendimento Integral ao Dependente Químico e seus Familiares - PAIAD/UFPB/SRH. Nessas oportunidades, intensificamos o diálogo com pessoas idosas e com as famílias afetadas pelo alcoolismo através de grupos de educação em saúde.

Nesses trabalhos, mantivemos a cooperação dos Grupos de autoajuda AA e Alanon/Alateen do HULW e da SRH/DSA/PAIAD, por compreendermos que nenhuma abordagem isolada é suficiente para dar conta da problemática do alcoolismo nas famílias e que ao invés de críticas destrutivas, precisamos conhecer mais profundamente os diferentes aspectos da dependência e da codependência alcoólica para unir forças em torno do problema.

Ao longo dessa caminhada tivemos a certeza de que os profissionais de saúde, os alcoólicos e seus familiares, precisavam ser instrumentalizados para lidarem de forma adequada com a problemática do alcoolismo na sociedade, através de ações interligadas a nível primário, secundário e terciário da assistência junto com a comunidade para transformar essa realidade, principalmente para construir uma vida saudável como garantia de um ambiente tranquilo para os idosos e seus familiares afetados viverem em paz. Foi nessa perspectiva que nos aproximamos dos princípios básicos da Pedagogia de Paulo Freire para desenvolver os trabalhos através da Educação Popular em Saúde.

1.7 Despertando para uma perspectiva libertadora da Educação Popular em Saúde

Os primeiros contatos com a Educação Popular, ocorreram na juventude, fase em que participávamos dos movimentos sociais da Igreja Católica, em 1964, período em que testemunhamos a ditadura militar prender diversos familiares e conhecidos que trabalhavam na Campanha de Educação Popular-CEPLAR em Campina Grande e acompanhamos as histórias das residências invadidas no meio da noite pela polícia para prenderem familiares que se dedicavam a alfabetizar pessoas carentes na periferia daquela cidade.

Buscando subsídio para trabalhar com os idosos pelo NIETI na década de 1990, realizamos uma especialização em Gerontologia na Universidade Estadual do Ceará-UECE, cujo tema de nossa monografia foi “Alcoolismo como causa de senilidade” (LUCENA, 1995). Durante os estudos, recebemos orientação do corpo docente para utilizar a Educação Popular no

trabalho educativo com a população idosa. A partir daí, começamos a fazer uma autocrítica de nossas práticas educativas, que eram de caráter prescritivo, elaboradas no interior da universidade, direcionadas para a população “aceitar” de forma vertical, sem a participação dos educandos e sem um diálogo aprofundado na realização do diagnóstico da realidade. Embora o nosso desejo visasse contribuir para mudar a vida dos sujeitos, desenvolvíamos uma interação amistosa e de respeito com as pessoas, mas precisávamos de mais conhecimento para realizar nossas práticas educativas em saúde com maior significado para os envolvidos.

Ainda na década de 1990, fizemos cursos na área de álcool e outras drogas na UFRN e na UNB¹², apresentamos também trabalhos nos Congressos da ABEAD nos quais, recebíamos a orientação para utilizar o referencial de Paulo Freire nos trabalhos educativos em saúde para dependentes químicos e seus familiares. Adquirimos alguns materiais, como o livro *Pedagogia do Oprimido* (1997) e passamos a utilizar seus princípios nas práticas educativas.

Com a nossa participação nos movimentos sociais dos idosos, através dos diálogos sobre o alcoolismo, identificamos situações de abusos, maus tratos e violência com as pessoas idosas nas famílias afetadas pela dependência e pela codependência do álcool. Denunciamos e debatemos a problemática nos Fóruns regional, estadual e municipal dos idosos, também como membro do Conselho Estadual do Idoso, órgão ligado à Secretaria de Cidadania e Justiça do Governo do Estado da Paraíba, e a nossa voz era a única com este sentido, fato que provocava sentimentos de impotência e de indignação, pois no silêncio omissivo como resposta, percebíamos a negação e a falta de iniciativas para o enfrentamento do alcoolismo na família dos idosos.

Tentando contribuir para mudar essa realidade, passamos a socializar os conhecimentos adquiridos, ministrando no período entre 1996-2002 uma capacitação de 40 horas sobre o “alcoolismo e as conseqüências no envelhecimento”, através do NIETI/PRAC/COPAC/UFPB em convênio com o Ministério do Trabalho e Emprego-MTE e a Secretaria de Ação Social do

¹² Sob a liderança do Prof Dr. Francisco das Chagas Rodrigues, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte ministrou o curso: Aspectos biológicos do alcoolismo e, em convênio com a UNB o curso sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas em 1995.

Estado-SETRAS. Da mesma forma que ministrando a capacitação para cuidadores de idosos (1996-2002), trocamos experiências, dialogamos e debatemos com os profissionais de enfermagem, onde buscando despertar a consciência e a solidariedade para com os idosos e as famílias afetadas pelo alcoolismo.

Ao mesmo tempo, ministramos cursos sobre Educação Popular em Saúde com os idosos nos grupos de convivência dos Centros Sociais Urbanos de João Pessoa e de outros municípios da Paraíba (1997-2004), durante os quais dialogamos com cerca de 1200 idosos. Nessas oportunidades era comum, na troca de experiências, surgirem depoimentos sobre situações insuportáveis pela convivência com o alcoolismo familiar. Surgiam revelações sobre a perda do gosto de viver pelo acúmulo de sofrimento e queixas relativas à falta de ajuda e de compreensão nos serviços de saúde para enfrentar aquela situação (LUCENA, 2000).

Buscando subsídio para elevar nossa habilidade de trabalhar com a Educação Popular, recorremos à experiência acumulada pelo Professor Eymard Mourão Vasconcelos, o qual nos oportunizou a participação como aluna especial nas disciplinas Educação Popular em Saúde e Espiritualidade, Educação e Saúde no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba-PPGE/UFBB, fato que nos motivou a participar da seleção e ingressar oficialmente no curso de mestrado focalizando o tema “Educação Popular: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família” alvo de nossas inquietações e sede de saber.

A experiência no mestrado elevou a nossa visão em termos de sistematização do conhecimento, foi uma excelente oportunidade de ter acesso às mudanças produzidas no campo científico educacional, principalmente no aprofundamento da realidade dos novos movimentos sociais e na Educação Popular. A partir desses conhecimentos elevou-se o nosso compromisso político de atuar através dessa metodologia, na problemática do alcoolismo, percebendo que os idosos devido à experiência de vida acumulada poderiam nos fornecer uma visão intergeracional

dessa problemática, como também poderiam dar uma excelente colaboração no processo da investigação diagnóstica e servirem de elementos multiplicadores do saber produzido com seus familiares afetados.

Apesar dos poucos estudos existentes sobre esta problemática priorizarem o enfoque biológico, ficou evidenciado que o alcoolismo é um problema multidimensional e intergeracional, carecendo de múltiplas abordagens para o seu enfrentamento. Por isso, uma abordagem educativa, através dos princípios da Educação Popular de Paulo Freire, pode se mostrar relevante nesse contexto, pela abrangência que ela alcança em termos de desenvolvimento da expansão da consciência individual e coletiva e pela capacidade que proporciona ao sujeito de fazer uma leitura da realidade com uma consciência crítica, permitindo, também, empreender os meios para transformá-la. Assim, trataremos desse assunto no próximo capítulo.

CAPÍTULO II

EDUCAÇÃO POPULAR E A PESQUISA-AÇÃO COMO MEDIAÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NA ABORDAGEM DO ALCOOLISMO

A educação acompanha o desenvolvimento da vida na sociedade, ela ocorre de forma oficializada ou não em todos os ambientes. Quando oficializada é estruturada por normas, ou leis escritas e pode ocorrer em escolas e outras instituições educativas. Ela sempre busca manter as tradições e a cultura de geração a geração, regulando a convivência humana e as relações sócio-culturais. A educação enquanto prática social e cultural, tem o poder de libertar ou de condicionar os sujeitos.

Dada a importância da educação como processo de aprendizagem de modos de sentir, pensar e fazer, perguntamos: Como realizar uma educação que ajude as famílias a lutar por uma vida digna, e a desenvolver o prazer de amar, de viver e de conviver harmoniosamente com todas as gerações, apesar das limitações que a as consequências da dependência e da codependência de álcool, como também a pobreza material impõe a maioria e, assim prevenir ou diminuir essa problemática?

Entendendo a importância da educação numa perspectiva popular, que tem como princípios à liberdade humana, a formação como processo de emancipação e formação integral, a autonomia, a conscientização, a reflexão crítica sobre o mundo e a formação política dos sujeitos, defendemos essa concepção de educação como instrumento fundamental na saúde. Foi com essa compreensão que utilizamos os princípios teóricos e metodológicos da Educação popular para tratar do nosso objeto de estudo.

Assim, neste capítulo, iniciamos com o resgate histórico da Educação Popular no interior dos movimentos sociais na educação e na saúde, discutindo os conceitos-chaves da pedagogia freireana, como também a cooperação do AA e do Al-Anon, destacando a sua inserção na Política de Atenção Básica à Saúde, às potenciais contribuições dessas abordagens

para o enfrentamento do alcoolismo e o resgate do autocuidado nas comunidades; apresentamos, também, os conceitos básicos que estruturam a metodologia da pesquisa-ação, a qual utilizamos para a mediação de nossa prática de pesquisa.

2.1 A Educação Popular: em busca da melhoria das condições e transformação da vida

Buscando uma educação que possa contribuir para a transformação da vida das famílias afetadas pelo alcoolismo, estamos propondo um diálogo com as idéias defendidas por Paulo Freire, pela reconhecida relevância de sua obra, bastante utilizada nos movimentos sociais, como fundamento em busca de uma educação transformadora, na qual educadores e educandos se unem através de uma relação dialógica, numa práxis libertadora dos condicionamentos e da opressão adquiridos ao longo da vida através da cultura de dominação.

Para compreendermos essa abordagem educativa, é necessário revisitar os conceitos de movimentos sociais, pois neles se originam as práticas educativas que ajudam na formação da consciência política de seus integrantes, no que se refere ao reconhecimento do Estado e do seu aparato na regulação das forças que interferem, dificultam e inibem as possibilidades de emancipação, como afirma Touraine(1977) citado por Gohn (1997). São espaços de luta pela cidadania e de reivindicações, nos quais as carências coletivas são transformadas em direitos fundamentais. É nesse sentido que os movimentos sociais são compreendidos como,

[...] ações coletivas de caráter sociopolítico, construídas por atores sociais pertencentes a diferentes classes e camadas sociais. Eles politizam suas demandas e criam um campo político de força social na sociedade civil. Suas ações estruturam-se a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em situação de conflitos, litígios e disputas. As ações se desenvolvem num processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva para o movimento, a partir de interesses comuns dos seus participantes. Esta identidade decorre da força do princípio da solidariedade e é construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo (GOHN, 2002, p. 1023).

Os movimentos sociais formam uma perspectiva de aglutinação política num campo marcado por princípios e valores que pretendiam e pretendem restaurar os direitos individuais e sociais básicos para uma vida mais justa entre os cidadãos, nos quais, muitos profissionais, educadores e grupos populares se juntaram e se juntam aos ideais de Paulo Freire, organizando um movimento, uma concepção e prática educativa alternativa ao sistema educacional tradicional, notadamente atrelado aos interesses do capitalismo, submetido ao sistema de produção e ao lucro restrito a uma minoria.

Paulo Freire na tentativa de superação de uma educação domesticadora, incapaz de preparar todas as pessoas para a vida e para o exercício da cidadania inspirou ações de valorização da cultura popular, onde seus conhecimentos, modos de vida e pensar serviam de ponto de partida para a reconstrução do conhecimento da realidade e da sociedade, ampliando a visão dos sujeitos no sentido do desenvolvimento individual e da comunidade como um todo. No contexto dos movimentos sociais, o processo educativo assumia importância primordial como canal de comunicação e envolvimento de todos os atores envolvidos, de maneira ativa e consciente na transformação desejada para a vida numa sociedade pautada pela justiça¹³.

Assim, nesta perspectiva de resistência social, Freire e muitos educadores progressistas na metade do século passado, levantaram bandeiras de luta na América Latina, contestando as práticas educativas de dominação, dando corpo a um significativo movimento social de Educação Popular, mesmo considerando nossa história de dificuldades na organização de uma contra hegemonia para o enfrentamento da injustiça social perpetuada através de séculos de dominação em nosso continente (MEJÍA, 1989).

Paulo Freire (1997, p. 62) junto com os movimentos sociais e teóricos que já criticavam a educação tradicional, atribuiu a ela o conceito de “educação bancária”, um sistema educativo

¹³ Sugerimos ver a experiência do “Movimento de Cultura Popular” (MCP), vivenciado na década de 1960, na obra de Rosas (2002).

onde os educadores “depositam” nos educandos seus conteúdos através de um discurso ideológico esvaziado de significado, desconectado da realidade, desprovido de senso crítico, sem criatividade, ineficiente para atuar na transformação dos problemas sociais, reproduzindo o sistema de dominação/opressão que considera os marginalizados como parte patológica de uma sociedade supostamente saudável, disseminando a crença de que eles têm culpa pela situação caótica em que se encontram, sendo necessário “ajustá-los”, transformar a sua mentalidade através da educação.

Freire, em sua crítica à macro estrutura social iníqua, que utiliza a educação para produzir seres a serviço do capital, alimentando a dependência como forma de “ser menos”, como permanência alienada no mundo, inibindo o desenvolvimento do potencial humano para a autonomia e para o “ser mais” em busca de sua emancipação, sistematizou com a sua equipe, uma educação problematizadora capaz de gerar a consciência crítica entendida como “a representação das coisas e dos fatos como eles se dão na existência empírica” e nas suas correlações de causa e circunstâncias (FREIRE, 2002, p. 113).

Arroyo, numa entrevista dada para: “Tema” (2001, p. 04), publicação da Fundação Oswaldo Cruz e do Programa RADIS da Escola Nacional de Saúde Pública, afirmou que “o termo popular na educação não significa o contrário de erudito, também não significa pobreza, violência, doenças, ausência de vida digna, feiura, sujeira, grosseria, estupidez, ignorância”. Isso significa o descuido com a vida pessoal e coletiva, provocado pela ambição decorrente do sistema de opressão, pela ausência de políticas públicas, falta de honestidade, responsabilidade e seriedade no lidar com o dinheiro público e com os bens da humanidade. Para ele o termo popular na educação significa “mudança de paradigmas”, possibilitando a socialização do conhecimento no diálogo com a população unindo o saber popular ao saber científico¹⁴.

¹⁴ Essa experiência de educação inovadora se fortaleceu no Brasil na década de 1960, com um movimento de educadores, junto a Paulo Freire (1921-2004). Este último era filho de professores da classe popular de Recife, já havia participado de diversos movimentos sociais, dentre eles as Ligas Camponesas, tendo sido também, diretor dos

O sucesso da Educação Popular levou a sua utilização por práticas de outras áreas profissionais, como é o caso da atuação no setor da saúde por ações preventivas e educativas junto à assistência, o que vem configurando uma realidade de Educação Popular em Saúde. É neste sentido que a inserimos em nossa iniciativa de estudo e pesquisa, a qual se pretende pela organização de um grupo de apoio nos moldes dessa concepção educativa, surgindo da preocupação de contribuir com a USF Alto do Céu I e, com as famílias afetadas pelo alcoolismo nesta comunidade. Nossa intenção é que esta seja uma possibilidade de abordagem globalizante para os múltiplos sofrimentos e experiências vivenciados pelos que enfrentam essa problemática, pois a educação sugerida por Paulo Freire na sua evolução histórica tem se mostrado capaz de abranger o ser humano de forma integral, contemplando o seu lado emocional, a sua relação com o mundo e com os outros seres humanos, dessa forma:

Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (BRANDÃO APUD VASCONCELOS, 2001, p. 15).

Prosseguindo na história percebemos que essa concepção educacional, como se vê, é bem mais ampla e compreende os processos educativos com ênfase na participação popular na perspectiva de desenvolver uma compreensão crítica da realidade. Brandão (2005) ressalta a

Programas de Educação para os Trabalhadores Rurais de Pernambuco. No seu doutoramento sobre educação de adultos em Recife sistematizou a Educação Popular, realizando a primeira experiência com essa pedagogia com um grupo de adultos no MCP, aquelas pessoas, além de alfabetizadas em 40 dias aprendiam a fazer a leitura da realidade onde estavam inseridas para transformá-la (HORTON E FREIRE, 2003). A segunda experiência foi realizada em João Pessoa sob a liderança das educadoras paraibanas Porto e Lage (1995) e em Campina Grande, onde outros educadores junto com Freire organizaram a Campanha de Educação Popular - CEPLAR e, obtiveram como em Recife, os mesmos resultados positivos. Prosseguindo, Freire e a sua equipe instalaram a terceira experiência com êxito em Angicos – Rio Grande do Norte. Brandão (2005) registra que com apoio do Governo Federal a Educação Popular se expandiu para todo território nacional, porém com o golpe militar de 1964 seus líderes, inclusive Freire, considerados subversivos e perigosos, foram presos, exilados e condenados. Freire se exilou com a família no Chile e pouco tempo depois esse país se destacou entre os cinco que mais contribuíram para superar o analfabetismo nos adultos, por isso, recebeu uma distinção da UNESCO. A partir daí, o movimento de Educação Popular se expandiu para diversos países e se transformou numa pedagogia interdisciplinar, adequada para as diversas áreas do conhecimento.

importância que a Educação Popular atribui aos conhecimentos e aos saberes da experiência popular vivenciados criticamente utilizando o diálogo como mediador do processo de aprendizagem, de forma simples e objetiva o diálogo é a capacidade de:

Ouvir e escutar os outros e falar a eles. Viver uma conversa sobre um assunto em que todas e todos são ouvidos, e em que as idéias e as opiniões de cada pessoa são escutadas com toda a atenção e são respeitadas, levadas sempre em conta. Um *diálogo* acontece quando as pessoas não estão tão preocupadas em convencer os outros, em fazer com que as suas palavras sejam as mais ouvidas e as suas idéias sejam as mais acatadas. Um *diálogo* é quando as pessoas aprendem a aprender umas com as outras, criando juntas algo que acaba sendo de cada uma, porque é também de todas juntas (BRANDÃO, 2005, p. 04).

[Continuando Brandão diz:] Todo bom professor sabe que ele sempre tem muito o que aprender com os seus alunos. Não existe pessoa que sabe tudo nem existe gente que não sabe nada. Cada um de nós, de criança pequena a pessoa já bem velhinha, sabe o seu saber. Cada uma de nós aprendeu e está sempre aprendendo. E assim cada um de nós tem alguma coisa a ensinar e tem sempre alguma coisa a aprender (2005, p. 63).

Na concepção de Brandão, na Educação Popular é fundamental iniciar o processo pedagógico a partir do saber que as pessoas trazem consigo. Adquirido na labuta pela sobrevivência, no mundo do trabalho, na convivência social e familiar. Essa vivência confere as pessoas uma compreensão da realidade em que estão vivendo, a qual, mesmo fragmentada ou equivocada é o material de onde são gerados os conteúdos da Educação Popular. É valorizando esse saber do educando que ele se sente à vontade e, se engaja no processo pedagógico ativamente para mudar a realidade em que se encontra. Essa educação é diferente da tradicional, pois nela o educando não é um sujeito passivo, ele é integrante do processo pedagógico e a discussão dos conteúdos não é vertical é horizontal, portanto se trata de uma metodologia revolucionária.

Na concepção de Freire (2002, p.p.100-104), a educação é um ato de amor e de coragem. Razão que nos levou a eleger essa concepção educativa para discutir e debater a problemática do alcoolismo pois como poderíamos fazer esse trabalho pedagógico com uma educação carregada de verbalismo “oco” transmitido, através de narrativas cansativas que se

impõe ao educando? Na opinião de Freire a educação é um importante instrumento de mudança diária de atitude individual e social, não pode fugir da discussão criadora, ela é ação, reflexão e libertação, precisa ser corajosa, participativa gerenciando a vida no bairro, na igreja, na comunidade rural, nos clubes, nas associações, nos sindicatos, nas empresas e nas escolas, transformando a ingenuidade em criticidade, precisa ser envolvida pela simpatia e pelo teor emocional.

Para Freire (1997, p.p.126-80), uma educação arrogante e sem diálogo, que serve para alienar, mistificar, violentar, frear, desumanizar, matar a vida e transformar os seres humanos em “puras coisas” é uma educação opressora. No entanto, o educador humanista, através do diálogo crítico, pode gerar uma “inquebrantável solidariedade”, fundamentar-se no “amor, na humildade”, na fé nas pessoas e com elas, lutar pela libertação das situações concretas e desafiadoras para renascer. Porém, a condição para o diálogo é um “profundo amor às pessoas”. Segundo Hemfelt, Minirth e Méier (1989), como também Beattie (2004) e Zampieri (2004) citados no capítulo anterior, dentre as causas da dependência e a codependência alcoólica, temos a carência de amor e a falta do diálogo nas famílias afetadas, daí acreditarmos nesse processo educativo para abordar essas situações limites.

Quanto à dimensão amorosa da Educação Popular, Freire (1997, p. 80), numa nota de rodapé reflete, que o significado da palavra amor no mundo foi deteriorado pelo sistema capitalista, mais, nem por isso devemos deixar de fazer uma revolução amorosa. Ele reforça o seu pensamento citando Guevara (1967), que afirmava sem temor que o verdadeiro revolucionário é animado por um forte sentimento de amor, pois sem essa qualidade não seria possível pensar um revolucionário autêntico, e que não temia correr o risco de parecer ridículo ou piegas agindo assim.

Animado pelo amor o verdadeiro educador popular tem o compromisso político de se colocar lado a lado com os educandos e, no diálogo, se empenharem no serviço de libertação do

sistema de des-humanização, buscando novos caminhos para uma vida com dignidade e justiça social, avançando no processo de humanização. Freire (1997, p.65), alerta que todos nós precisamos de educação para vencer a força da opressão que “é necrófila, se nutre do amor à morte e não do amor à vida”, gera sofrimento que resulta no sentimento de frustração retirando das pessoas o ânimo de viver e a possibilidade de ser sujeito da vida, enquanto está submetido ao sistema de dominação.

Calado (2004) afirma que os princípios filosóficos da Educação Popular se pautam pelo amor à vida, fé na humanidade, humildade, solidariedade, esperança e liberdade. A partir destes princípios se compreende o ser humano como um processo aberto em humanização, capaz de lutar pelas transformações da sociedade e conseguir a sua emancipação. Calado assinala na pedagogia de Freire várias dimensões como: a da política, a do sagrado, a intergeracional, a de gênero, a cósmica, a da espacialidade, da estética e da ética. Assim, essa abordagem educativa pela sua abrangência pode ser utilizada em vários espaços e em diversos contextos.

Conforme Gadotti (1998), a Educação Popular, enquanto projeto pedagógico pode se realizar no sistema formal e informal de ensino, da escola à universidade, na comunidade, nos movimentos sociais, nas instituições de saúde, na rua ou em qualquer local, para qualquer pessoa de todas as classes sociais e de todas as idades, tendo sido recomendada para as práticas educativas com a Terceira Idade na Declaração de Hamburgo, estabelecida na V Conferência Internacional sobre Educação de Adultos, realizada pela UNESCO¹⁵ em julho de 1997.

Neste estudo, em nossa experiência de interlocução com a pedagogia de Freire, demarcamos a utilização dos princípios do diálogo e da conscientização, pelo potencial de força e de formação da consciência crítica, junto com a equipe de saúde, com os idosos e seus familiares afetados pelo alcoolismo, visando o aprendizado capaz de transformar a realidade

¹⁵ UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Representação no Brasil SAS. Quadra 5 Bloco H. Lote 6, Ed. CNPq/IBICT/UNESCO, 9º andar. 70070-914 – Brasília – DF Brasil.

dessas famílias. Embora o processo desse trabalho tenha se constituído um grande desafio, como considera Batista (2004, p. 8), quando afirma que:

Os desafios da Educação Popular nos movimentos sociais são grandes e começam pela própria recuperação da esperança na luta coletiva, pela ênfase nos valores éticos e solidários como caminho para se restaurar a dignidade humana, para se resgatar os direitos sociais e políticos; o direito de pensar diferente, a revalorização política.

Nesse sentido, uma pequena experiência poderá vir a se transformar num coletivo de luta para se restaurar a dignidade das famílias, que estão enfrentando as dificuldades do alcoolismo. Gohn (2001, p.16), afirma que a Educação Popular propicia a melhoria da qualidade de vida através de novas posturas assumidas pelo sujeito coletivo formado no interior do movimento social, pois nessa prática se “constrói o processo de luta, que é, em si próprio um movimento educativo”, possibilitando aos educadores e aos educandos a capacidade de serem críticos, significando estar abertos, vigilantes, analisando as situações, que se apresentam com lucidez, tomando decisões equilibradas com relação à realidade, na perspectiva de realizar mudanças para melhor, com vistas à emancipação.

Para a autora acima referida, nesse processo educativo é necessário ter objetivos comuns, mesmo que na sua ação, ocorram as contradições, as posições sectárias, fanáticas, alienantes e radicais, querendo domesticar, por obstáculo e inibir o processo de mudança, mesmo assim uma nova prática dialética, toma espaço, incluindo a objetividade e a subjetividade, coerências e incoerências, numa atitude cognoscente diante dos conteúdos da realidade, gerando um novo conhecimento baseado na solidariedade, na cooperação e na superação da opressão que há dentro de cada ator social, fruto de um passado de passividade, dominação e de violência que não termina com facilidade.

Dessa forma, a Educação Popular assume um caráter interdisciplinar e dialoga com outras abordagens científicas e com outros movimentos sociais, desde que não haja

antagonismos, como o movimento pela reforma sanitária e o movimento formado pelos grupos de autoajuda AA e Al-Anon dentre outros, através da troca de experiências, buscando unir forças no sentido de diminuir as diversas formas de miséria, como a pobreza, a solidão, a violência, as doenças e as diversas formas de dependência e codependência, sejam elas de uma substância como álcool e/ou outras drogas, assim como qualquer outra forma de subordinação dos sujeitos, transformando situações limites e recriando novos modos de convivência.

2.2 A Educação Popular em Saúde como contribuição na Atenção Básica à Saúde para o enfrentamento do alcoolismo

A ausência de uma educação em saúde bem estruturada colabora com a iniquidade, a ineficiência e a desumanidade, visível no setor saúde, motivando os profissionais engajados e comprometidos com o rompimento do modelo capitalista hegemônico a se organizarem em movimentos sociais, reivindicando a Reforma Sanitária e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Objetivando melhorar os níveis de saúde da população que penalizada com a crise econômica, adoecida e sem recursos, eleva o sofrimento com as doenças a níveis insuportáveis e, em busca de tratamentos, realizam romarias pela madrugada, com espera dolorosa em ambientes insalubres, desconfortáveis, filas intermináveis, onde, humilhados, rogam aos profissionais estressados, atendimento em ambulatórios ou hospitais superlotados.

O modelo assistencial hospitalocêntrico, amplamente praticado na sociedade, no tratamento das enfermidades, utilizando-se dos meios disponíveis para a sua cura ou não, tem procurado concretizar a reabilitação ou em hipótese menos favorável, reduzir os danos para o cliente, a sua família e a comunidade. Embora de inegável relevância, foi avaliado pela OMS como ineficiente para produzir saúde com a população, principalmente a mais carente, que não pode pagar o alto preço cobrado pelos chamados planos de saúde (doença) de iniciativa

privada e pela biotecnologia disponível no mercado para o diagnóstico e tratamento das patologias.

Analisando a problemática, a OMS em reconhecimento às crescentes iniquidades praticadas pelos sistemas de saúde nos diversos países, realizou em 1978, uma Assembléia em Alma Ata (Rússia), na qual adotaram a Política de Atenção Básica à Saúde, passando a priorizar os cuidados primários com a saúde. Um dos fatores que contribuíram para essa reforma foi “os custos sempre crescentes da atenção, decorrentes do envelhecimento da população” e em consequência disso a elevação das doenças crônico degenerativas demandando uma assistência especializada às pessoas idosas. Segundo a OMS a Atenção Básica à Saúde é compreendida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS/UNESCO in STARFIELD, 2002, p.13).

Na Política da Atenção Básica à Saúde a educação em saúde tem um destaque especial, segundo Vasconcelos (2001, p. 13), no Brasil existiam diversas concepções e práticas educativas em saúde que até a década de 1970 foram realizadas de forma autoritária pelas,

[...] elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos, por elas considerados adequados, num tipo de educação que poderia ser chamada de ‘toca-boiada’ em que técnicos e a elite, vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isso, tanto o berrante (palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça).

Vasconcelos (1999, p. 30), discutindo sobre novos caminhos para a educação em saúde no Brasil, se refere às análises de MacDonald & Warren (1991) ao afirmarem que a educação é um processo eminente na Atenção Primária à Saúde¹⁶, reconhecendo que esta é uma abordagem de base sólida e que “[...] grande parte do que Paulo Freire diz sobre o processo educativo é diretamente aplicável à Atenção Primária à Saúde”. Estes pesquisadores trabalham para somar cada vez mais a participação de profissionais na adaptação, sistematização e na implementação dessa pedagogia participativa para cooperar com o SUS na reorganização do sistema em nível da gestão, promoção, proteção, recuperação e humanização, buscando, através do diálogo entre os profissionais e a população, a reorganização dos serviços.

Diante disso, entendemos que a problemática do alcoolismo poderia demandar um campo de atuação para o movimento da Educação Popular em Saúde e, que é possível organizar uma abordagem educativa a partir dessa concepção, para formar uma rede de apoio às famílias que se encontram afetadas pelo alcoolismo, já que se trata de um movimento educativo que nasce a partir das necessidades da população.

Os movimentos sociais na saúde surgiram a partir da década de 1970, junto com o movimento de redemocratização do país, integrado ao movimento de Educação Popular, possibilitando a articulação do instrumental desta última com o campo da saúde, desenvolvendo práticas alternativas junto à população, reunindo diversos profissionais numa nova perspectiva teórico/prática de Educação Popular, de cuja união, segundo Miguel Arroyo fez nascer o movimento de Educação Popular em Saúde (TEMA, 2001).

Vasconcelos (1999, p. 28) registra que este processo foi “avançando na discussão das questões de saúde, passaram a reivindicar serviços públicos locais e a exigir participação no controle de serviços já estruturados”. Um dos primeiros exemplos no Brasil foi o Movimento Popular de Saúde, conhecido como Mops, o qual aglutinou centenas de experiências com a

¹⁶ Na Política de Atenção Básica à Saúde realizada no PSF são efetivados os três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. Nesse contexto o mais forte é o nível primário, no qual a educação em saúde é o carro chefe.

Educação Popular em Saúde, tornando-se pioneiro e proporcionando uma mudança no relacionamento dos profissionais de saúde com a população.

A partir daí, surgiram diversas experiências com a Educação Popular em Saúde nos municípios brasileiros, as quais foram organizadas numa Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde e, essa articulação, em 1999, se transformou na Rede de Educação Popular em Saúde¹⁷, que conta com o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. A rede criou também um boletim gratuito de circulação nacional (Nós da Rede), buscando o compartilhar das experiências com todos os profissionais. E instalou um Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como apoio à formação de Recursos Humanos e pesquisas nessa área do conhecimento (VASCONCELOS, 2001).

A partir dessa nova forma de atuação, organizaram no Brasil o movimento da Reforma Sanitária, tal movimento teve suas proposições e resoluções aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, as quais subsidiaram a elaboração da Constituição de 1988. Neste sentido, ficou afirmado, em seu artigo 196, que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, o que se configurou como avanço no sentido das demandas sociais (BRASIL, 2001b).

Este processo também subsidiou a criação do SUS, através da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e da Lei no 8.142 de 28 de dezembro do mesmo ano, essa mesma lei, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, regulamentando as Conferências e os Conselhos de Saúde. A partir daí, o SUS descentralizou e reorganizou a gestão de saúde, dividindo com os Estados e os Municípios a direção e a organização dos serviços de saúde, seguindo os seguintes princípios: 1. a universalização, o atendimento à saúde passa a ser direito

¹⁷ Endereço: <http://members.xoom.com/redpopsaude/>

de todos; 2. a equidade, busca diminuir as desigualdades e investir onde as carências são maiores; 3. a integralidade, considera a pessoa como um todo, com necessidades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde; para isso realiza uma articulação interdisciplinar, intersetorial, interprofissional, incluindo a participação da comunidade para realizar as ações de saúde (BRASIL, 2001b).

Resultou dessas mudanças produzidas no contexto da saúde, o PSF, significando a estratégia mais importante da Atenção Básica à Saúde, estruturado a partir de 1994, o qual vem possibilitando uma mudança relevante no modelo assistencial do país, devido a sua nova forma de atuar, junto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e a população. Esta forma sistemática de assistência, abrange todas as fases da vida, no contexto das relações familiares e comunitárias, buscando uma nova forma de enfrentamento do processo saúde/doença.

O PSF está ligado ao SUS e às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, organizadas por Distritos Sanitários, aos quais estão ligadas as USFs, nessas unidades de saúde atuam as Equipes de Saúde da Família-ESFs, cuja composição mínima é: Um médico(a), um(a) enfermeiro(a), um cirurgião dentista, um(a) auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo ainda participar da equipe, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e outras categorias profissionais de apoio, responsáveis por uma comunidade com cerca de 2.400 a 4.500 pessoas. O PACS, que foi incorporado ao PSF, atua na USF, acompanhando as famílias através das visitas domiciliares, realizando ações educativas e de prevenção (BRASIL, 2001b).

Essas equipes de saúde iniciam os seus trabalhos junto à comunidade, cadastrando e realizando o diagnóstico das famílias, identificando os problemas que mais afetam a saúde da população, suas características demográficas e epidemiológicas, identificando também os riscos que prejudicam a qualidade de vida como a violência, as condições de tratamento de água e esgotos dentre outros. Assim, realizam o mapeamento das microáreas de risco, buscando

mobilizar a comunidade através de ações coletivas, envolvendo as famílias através de grupos, na discussão do diagnóstico comunitário de saúde para encontrar possíveis soluções.

Porém as questões do alcoolismo ainda não estão contempladas nessas ações, apesar de afetar a vidas de inúmeras famílias usuárias da USF. Este tema é praticamente omitido, enquanto o problema se impõe aos olhos de todos nas comunidades, como uma situação limite de alto risco à saúde, individual, familiar e comunitária, inclusive afetando os profissionais da saúde, sem que haja uma intervenção adequada ao problema. Este tratamento não se impõe por responsabilidade dos profissionais envolvidos e sim pela organização das prioridades postas pela própria política de saúde. É nesse sentido que pretendemos uma experiência que pudesse preencher essa lacuna através da Educação Popular em Saúde, desenvolvendo uma metodologia capaz de contribuir para o enfrentamento do problema do alcoolismo nas famílias acompanhadas pelo PSF.

Vasconcelos (1999, p. 30), também ressalta que a Educação Popular em Saúde “se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas assumam maior controle sobre a sua saúde e suas vidas”. Nesta práxis ocorre uma intervenção intersetorial com ênfase na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, buscando uma nova cultura de saúde modificando valores, atitudes e crenças, sob os princípios da equidade, da solidariedade e da auto-responsabilidade buscando a promoção de modelos de vida saudável.

É uma metodologia que trabalha na construção da qualidade de vida, na prevenção de doenças e de suas complicações, é eficaz e de pouco custo, resultando na economia de recursos financeiros, na diminuição do sofrimento e na elevação da qualidade de vida. Pode vir a ser uma abordagem educativa direcionada à prevenção e à recuperação do alcoolismo, na Atenção Básica à Saúde realizada pelo SUS, envolvendo os movimentos de autoajuda e apoio às famílias afetadas através da cooperação do AA, do Al-Anon/Alateen, junto com a comunidade no enfrentamento da problemática. Todo investimento possível no resgate de valores e na

construção de uma cultura responsável com a saúde exige uma forma de aproximação entre os sujeitos envolvidos e é neste sentido que Vasconcelos aponta que:

É também característica da educação popular não centrar sua atenção principal na discussão de técnicas educativas, mas no jogo de interesses subjacente ao processo educativo e ao problema concreto abordado. A partir do seu eixo metodológico básico, ou seja, a busca da intensificação da troca de saberes entre os atores envolvidos, numa perspectiva de compromisso com os subalternos, as técnicas educativas mais eficientes vão se delineando no processo (VASCONCELOS, 1999, p.30).

Nesse contexto, iniciamos essa pesquisa sem levar projetos pré-elaborados buscando, conforme as orientações de Paulo Freire, dialogar com as pessoas para conhecer a realidade e, através deste esforço constante, construir o processo educativo de abordagem do alcoolismo. São percursos de vidas demarcadas por essa problemática que nos mobilizam para este estudo, como o caso relatado numa experiência de atenção à saúde da família, a qual fala da vida de “Alberto”, um chefe de família afetado pelo alcoolismo, que se encontrava com a sua mulher e os filhos numa situação dolorosa. Refletindo sobre o problema o autor afirma,

se existe uma cultura que dá sentido importante ao uso do álcool como instrumento para alcançar os valores da euforia, da alegria e da contestação das estruturas de poder da sociedade, existe também uma percepção muito difundida de que o álcool acarreta uma degradação dos indivíduos, submetendo-os a intensos sofrimentos e vergonhas, negando os próprios valores. Possivelmente no alcoolismo de Alberto, coexistiam as duas dimensões. Mas era a dimensão do sofrimento em sua família que mobilizava, na equipe, um grande ímpeto de intervenção (VASCONCELOS, 1999, p.123).

É com esse ímpeto que priorizamos uma abordagem intergeracional envolvendo a família nesse estudo, partindo dos idosos das famílias afetadas, buscando o seu conhecimento como forma de iniciar uma reflexão sobre a cultura do uso excessivo do álcool e sobre o alcoolismo, pois os adultos costumam inserir as bebidas alcoólicas nas principais comemorações da família: Batizado, noivado, casamento, nos festejos das vitórias, nas práticas de lazer, como

também nos velórios. As crianças se desenvolvem nesse contexto sendo motivadas sutilmente a aprenderem, através do exemplo dos adultos, a utilizar as bebidas alcoólicas.

Para realizar a prevenção do uso de bebidas alcoólicas devemos envolver as famílias, comunidades instituições, governos e todos os setores da sociedade, buscando uma consciência crítica sobre o abuso do álcool, o qual se torna bastante complexo em relação às outras drogas, devido à sua aceitação na sociedade, a motivação para o consumo e a facilidade de adquirir a substância; portanto, precisamos trabalhar com a população no sentido de diminuir o uso e formar uma consciência responsável para evitar o abuso através da educação.

Neste sentido, Freire (1997), através dos Círculos de Investigação Temática, nos apresenta uma perspectiva de trabalho que, partindo de um processo dialógico, aponta para uma ação pedagógica que, em muito, serve para o desenvolvimento do trabalho de prevenção do uso excessivo de álcool na Política de Atenção Básica à Saúde praticada pelo PSF.

Essa aproximação fica ainda mais clara se tomarmos a própria experiência vivenciada pelo autor em Santiago do Chile. Freire (1997, p. 113) nos relata que numa das reuniões de um dos Círculos de Investigação Temática, formado por indivíduos residentes num cortiço, trabalhou com uma cena na qual apareciam “um homem embriagado, que caminhava pela rua e, em uma esquina, três jovens que conversavam”. Observando a cena, os participantes se colocam, atribuindo ao homem embriagado a condição de trabalhador que ganha pouco e por não ter condições de gerar para a sua família uma qualidade de vida, termina por se entregar ao álcool. E logo após, estes mesmos participantes se vêem, se reconhecem nesse sujeito que, na opinião deles, representa o trabalhador, o trabalhador decente, que diferente dos três rapazes que se encontram conversando ele busca trabalho para tentar atender às necessidades da família.

Essa é uma cena que retrata elementos complexos, pois como nos mostra Freire na página seguinte, a partir das constatações dos participantes do Círculo de Investigação Temática:

[...] de um lado, a relação expressa entre ganhar pouco, sentirem-se explorados, com um ‘salário que nunca alcança’, e se embriagarem. Embriagarem-se como uma espécie de fuga à realidade, como tentativa de superação da frustração do seu não atuar. Uma solução, no fundo autodestrutiva, necrófila. De outro, a necessidade de valorizar o que bebe. Era o único ‘útil à nação, porque trabalhava, enquanto os outros [os três rapazes] o que faziam era falar mal da vida alheia’ [...] (1997 p.113).

Percebe, o autor que, mesmo nessa dupla consideração acerca do homem alcoolizado, as pessoas que participavam do Círculo de Cultura reconheceram-se nele, pelo elemento do trabalho.

Alerta Freire (1997, p. 114) que este foi um processo que possivelmente tenha se dado por conta de ter sido estabelecido um diálogo a partir de uma situação que tinha forte significado na existencialidade das pessoas que ali participavam da reunião. Reforça ainda que a riqueza do diálogo, apesar da presença de um especialista na temática do alcoolismo¹⁸, não teria ocorrido se o mesmo de antemão lançasse mão de um questionário por ele mesmo elaborado, revelando assim a necessidade de uma maior atenção por parte dos educadores com relação a uma postura sem a priori e aberta para a construção de caminhos a partir do encontro dialógico.

Provavelmente, porém, não haveria conseguido estas respostas se tivesse dirigido àqueles indivíduos com um roteiro de pesquisa elaborado por ele mesmo [pelo especialista em alcoolismo]. Talvez, ao serem perguntados diretamente, negassem, até mesmo que tomavam, vez ou outra, o seu trago. Frente, porém, à codificação de uma situação existencial, reconhecível por eles e em que se reconheciam, em relação dialógica entre si e com o investigador, disseram o que realmente sentiam (FREIRE, 1997, p. 113).

Observado todo o debate ocorrido no círculo e como as pessoas que participaram se posicionaram com relação ao uso do álcool a partir da cena descrita, Freire (1997) diz:

Imaginemos, agora, o insucesso de um educador ‘moralista’, que fosse fazer prédicas a esses homens contra o alcoolismo, apresentando-lhes como exemplo de virtude o que, para eles, não é manifestação de virtude[...] O único caminho a seguir, neste como em outros casos, é a conscientização da situação, a ser tentada desde a etapa da investigação temática (FREIRE, 2004, p. 114).

¹⁸ O psiquiatra Patrício Lopes estudava aspectos do alcoolismo apoiado na metodologia dos círculos temáticos de Paulo Freire, no Chile.

Poderíamos, assim, identificar que nos espaços como os Círculos de Investigação Temática podem desencadear processos de tomada de consciência de diversas dimensões da vida dos indivíduos envolvidos e no campo específico, acerca da problemática do uso excessivo do álcool, na medida em que ao problematizar situações existenciais empurra o coletivo, para que, através do diálogo, busquem a superação desses problemas, pois:

Desta forma, os participantes do ‘círculo de investigação temática’ vão extrojetando, pela força catártica da metodologia, uma série de sentimentos, de opiniões, de si, do mundo e dos outros, que possivelmente não extrojetariam em circunstâncias diferentes (FREIRE, 1997, p. 114).

Tomando como referência à experiência dos Círculos de Investigação Temática, organizamos grupos de investigação sobre a problemática do alcoolismo, buscando os temas geradores a partir dos relatos de vida dos idosos e das famílias afetadas.

A escolha pelas pessoas idosas deve-se ao fato de que vivenciaram o impacto do alcoolismo em suas vidas e na vida de seus familiares, de modo que suas experiências nos forneceram uma dimensão intergeracional da problemática. Ao mesmo tempo, no diálogo com eles, foi ocorrendo uma tomada de consciência mais ampliada das questões, percebendo as emoções que envolviam as suas vidas e distinguindo as influências do alcoolismo na sua qualidade de vida atual.

Por fim, somando aos grupos de investigação sobre a problemática do alcoolismo, foram organizadas estratégias que buscavam, no processo de tomada de consciência, resgatar habilidades com o autocuidado, no sentido de ajudar a superar as conseqüências da dependência e da codependência do álcool, em busca da autonomia dos sujeitos envolvidos. O propósito desta construção pela via da Educação Popular em Saúde, em cooperação com o AA e o Al-Anon, portanto, no âmbito da educação não formal, pretende interferir no processo de identidade cultural gerando no cotidiano das pessoas e da comunidade envolvida neste estudo o resgate do

potencial de luta pela qualidade de vida e pela cidadania através da ação de uma ação da Política de Atenção Básica à Saúde.

2.3 Educação Popular em Saúde: a questão do cuidado e do autocuidado no contexto do alcoolismo.

A cultura do cuidado acompanha a história da humanidade, nasceu com as mulheres no lar, no cuidado com as famílias e a comunidade. A origem filosófica da palavra cuidado, assim como o seu conceito em latim é ‘cura’; significando aplicação do espírito a algo, ou seja, zelo, solicitude, encargo, responsabilidade, desejo e dever de cuidar. Leonardo Boff (1999, p. 13) propõe que “o cuidado serve de crítica à nossa civilização agonizante e também de princípio inspirador de um novo paradigma de convivialidade”. Ele é fundamental em nossa grande casa, a Terra, resgatando a gentileza, a generosidade e a compaixão pelas crianças, pelos idosos e outras pessoas excluídas e penalizadas pela própria história.

Para Orem (1995, p. 153), uma das formas do cuidado, “o autocuidado é a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício, para manter a vida, saúde e bem-estar”. Na concepção dessa autora a saúde é uma dinâmica em constante mutação e o ser humano é um sistema inteiro e aberto às mudanças, sendo de grande relevância nesse processo educativo, as necessidades emocionais das pessoas.

Parece contraditório falar sobre autocuidado numa experiência norteadada pelos princípios da Educação Popular em Saúde, pois ela se desenvolve com os outros, priorizando o coletivo. No entanto, existe uma dimensão dessa pedagogia que é da autonomia e que nos remete à necessidade de subsidiar os indivíduos para se assumirem enquanto sujeitos de suas próprias vidas, se preocupando com o seu contexto e consigo também. Nas famílias envolvidas com a problemática do alcoolismo, especificamente as que fizeram parte dessa pesquisa, as pessoas estão submetidas a diversas formas de dependência e codependência, nesse contexto a educação para o autocuidado alerta, que estas pessoas precisam estar bem cuidadas, para poder cuidar dos

outros, mantendo a autonomia nas relações de interdependência, já que todos nós precisamos uns dos outros.

Diversos estudiosos da saúde como (Takase e Alvares 2002), (Litvoc e Brito 2004), (Assis, 2005) defendem que a educação para o autocuidado, deve ser realizada através da Educação Popular. No contexto da Gerontologia Matheus Papaléo Netto (2002, p. 416) é da mesma opinião, ele afirma que o cuidado com a saúde deve ser construído num processo de interação interpessoal, pressupondo a “co-participação de experiências e crescimento do esforço comum em conhecer a realidade que se busca mudar, não permitindo desta forma, distorções, nas quais seria estabelecida uma relação de dominação e manipulação do que cuida sobre o que é cuidado”.

O enfoque no autocuidado de apoio educativo se destina aos trabalhos com famílias, grupos e comunidades, ao longo do desenvolvimento do curso de vida, tem como meta o desenvolvimento de uma vida saudável e uma velhice bem sucedida. Pode ser realizado no sistema formal ou informal de saúde; no contexto da promoção, prevenção, recuperação e ajuda na busca por diagnósticos precoces e no engajamento aos tratamentos.

Os Grupos familiares Al-Anon, também adotam em sua prática diária o aprendizado do autocuidado, segundo as experiências dos familiares dos alcoólicos publicadas na sua literatura, à perda dos limites entre o cuidar do outro e o cuidar de si, a raiva, o isolamento, a solidão, os maus tratos, a violência, as noites sem dormir, o cansaço físico, a insatisfação emocional, problemas financeiros; enfim, a falta de paz, produzindo estresse diário e mal estar generalizado levando à baixa da auto-estima, à falta do gosto pela vida e conseqüentemente, à negligência com o autocuidado (AL-ANON, 2005).

Reconhecendo a necessidade de apoio educativo no enfrentamento do alcoolismo para que as famílias possam lidar de forma mais adequada com essa problemática, buscamos, através

da Educação Popular e da pesquisa-ação, uma intervenção que possa resultar em mudanças para melhorar a qualidade de vida dos integrantes desse estudo.

2.4 A Pesquisa-ação na Educação Popular em Saúde como abordagem do alcoolismo

Para construir uma abordagem do alcoolismo na USF Alto do Céu I, através da pesquisa-ação, buscamos formar um coletivo com a equipe de saúde e as famílias afetadas utilizando o instrumental da Educação Popular em Saúde, porém, seus conteúdos não podem ser doados pelo educador, mesmo que ele seja uma pessoa comprometida com o povo. Eles devem ser buscados junto aos educandos, a partir da sua historicidade, das suas relações com o mundo e com as outras pessoas, no seu contexto cultural, ancorados pelo ideal de liberdade, buscando a construção da consciência crítica através do diálogo, num processo de transformação e humanização da realidade problematizada.

Para Freire (2004, p. 29), “não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino”, é pesquisando que conhecemos a realidade. Porém, ensinar exige um posicionamento coerente do educador, o qual deve evitar assumir uma postura indicativa da ação sem uma prática coerente consubstanciando o que fala. Nesse sentido, “ensinar é pensar certo”. Este pensamento acertivo “não é transferido precisa ser co-participado” com o educador tomando a si próprio como testemunho vivo do processo educativo, assumindo um pensamento coerente, democrático, progressista, devendo rejeitar toda atitude preconceituosa contra qualquer tipo de discriminação, investigando nos contextos os conteúdos da prática educativa em questão.

Considerando que o alcoolismo é uma situação existencial envolvida pelo desamor e pelo conhecimento distorcido da realidade, o que implica em preconceitos e discriminações, por parte do alcoólico, da família e da sociedade, defendemos os princípios do diálogo amoroso e da conscientização contidos na pedagogia de Freire para o seu enfrentamento junto com a equipe de saúde e as famílias afetadas.

Quanto ao diálogo, Freire (1997, p. 80), afirma: “[...] se não amo o mundo, se não amo a vida, se não amo os homens não é possível o diálogo”. Este se fundamenta no amor e na fé em todas as pessoas, se estabelece numa relação horizontal de reciprocidade e de confiança, assim sendo, deve se pautar pela humildade e não pela arrogância, nem a auto-suficiência ou prepotência. Estas características são incompatíveis com o diálogo e com o educador popular. Onde estiverem os oprimidos comprometer-se com eles é um ato “amoroso e dialógico” sendo assim, não pode ser piegas é um compromisso de libertação, por isso não pode ser pretexto para a manipulação, se não for assim, não é um ato de amor nem de libertação.

Thiollent (2003, p.14), esclarece que a “pesquisa-ação é diferente da pesquisa participante porque além da participação, ela supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro, que nem sempre se encontra em propostas de pesquisa participante” no entanto, as duas metodologias de pesquisa qualitativa consistem numa forma alternativa ao padrão convencional que estão recebendo credibilidade e aceitação em diversos âmbitos da sociedade.

Vasconcelos (2003, p.205), assegura que na saúde é preciso construir conhecimentos operacionalizáveis e, através da Educação Popular, trazer para o espaço do debate o enfrentamento das demandas e, nesse sentido:

O processo de pesquisa-ação gera não apenas novos conhecimentos, mas constitui novos instrumentos de intervenção terapêutica em que a abordagem coletiva é priorizada. Tais instrumentos de intervenção são gestados já em acordo com os interesses e peculiaridades dos atores locais. Resulta ainda na constituição de novos agentes terapêuticos (profissionais ou não) e na reciclagem e fortalecimento de outros.

Tanto na pedagogia de Paulo Freire (1997) como na metodologia da pesquisa-ação como aponta Minayo (1996) e Barbier (2002), são propostas algumas etapas a seguir: 1. a identificação do problema ou o diagnóstico da situação problemática e o contrato com os sujeitos da pesquisa; 2. o planejamento e a realização do processo, sempre tomando o cuidado com a

linguagem para que seja bem compreendida pelo grupo participante; nessa etapa da ação os objetivos são propostos, refletidos, realizados e avaliados num clima de solidariedade, paciência, respeito, responsabilidade, humildade e escuta sensível; 3. envolve a escolha das técnicas da pesquisa; 4. a teorização, avaliação e a publicação dos resultados.

Brandão (1985) e (2005) orienta que, ao iniciar a pesquisa o educador-pesquisador não deve seguir a metodologia tradicional, este não deve chegar no campo com roteiros ou questionários, pré-elaborados e sim, levar consigo o caderno de campo e o gravador, assim como permanecer com os ouvidos atentos e disponíveis para o diálogo.

As perguntas devem girar em torno dos acontecimentos da vida e da situação existencial problematizada, buscando saber qual é a visão que as pessoas estão tendo da situação em que vivem. Esse contato inicial deve ser estabelecido com a comunidade, em reuniões organizadas para o planejamento da pesquisa, o material das reuniões, como frases ou pequenos textos são anotados e devolvidos posteriormente no processo educativo com o grupo. Portanto, esse foi o caminho pelo qual procuramos realizar esse estudo sobre o alcoolismo com a equipe de saúde e as famílias afetadas.

Unindo a pesquisa-ação e a abordagem educativa considerada por Paulo Freire, buscamos a compreensão do alcoolismo a partir das concepções da equipe de saúde, dos idosos e seus familiares, procuramos, através do diálogo, compreender como essas pessoas conviviam com a problemática e como ela começou na vida das famílias integrantes desse estudo.

Nessa práxis educativa, a 1ª etapa do processo recebe algumas denominações: investigação temática, universo temático ou temas geradores e, é nela, que os conteúdos educativos são extraídos da prática da vida concreta das classes populares, como ‘temas de vida’ – vívida, vivida”. É dessa prática, reconhecida em tensão permanente e em importância relativa com a teoria, que se considera o “[...]o ponto de partida e o ponto de chegada no campo da criação do conhecimento” (CORAZZA, 1998, p.p. 36-37).

Para Freire (1997), durante a investigação dos temas geradores, já se inicia o processo de tomada de consciência pelos próprios sujeitos, a partir da leitura da realidade existencial problematizada, havendo uma aprendizagem coletiva, solidária, não imposta. Trata-se de uma pesquisa participativa em que há a co-participação do educador/pesquisador e dos agentes de educação. As decisões e os encaminhamentos devem ser tomados com a comunidade, à definição do local e a formação dos grupos de pesquisa, além do material empírico, proveniente dos relatos de vida dos sujeitos, os quais nortearão a troca de experiência e o debate da situação que se pretende modificar, sobre a qual o educando é desafiado ao fazer e ao pensar criticamente acerca desse agir e o descobrir de novas posturas de vida, através desse processo de reflexão da sua própria história.

Nesse sentido, todo o processo é importante. Barbier (2002, p.129), nos diz que as técnicas empregadas na pesquisa-ação devem contribuir com a resolução do problema, dentre elas destacam-se a entrevista de grupo e a observação participante, bem como “o relato de vida [que] é freqüentemente, um documento excepcional em pesquisa-ação”; para isso, é necessário estabelecer um contrato aberto e claro com os participantes, pois eles devem ser aliados do pesquisador, o qual coordena o processo através do diálogo e da escuta sensível.

Quanto à técnica da “escuta sensível” trata-se de uma atitude de abertura do pesquisador, numa relação de totalidade existencial com o outro. Nesta interação ele(a) utiliza todos os sentidos para ficar atento(a) ao menor gesto ou a menor atividade da vida cotidiana, como se estivesse num estado de meditação, buscando um estado de super-atenção que é o “contrário de um estado dispersivo de consciência”. Aceitando o outro como ele é, sem julgamento ou comparações, é uma escuta espontânea que, atrelada à complexidade do objeto, é dotada de “um vazio criador” em que a prática humana e social é percebida, é recriada, mesmo que no primeiro momento apareça como portadora de uma infinidade de referenciais, que ninguém, nem mesmo o sujeito, poderá esgotar a análise (BARBIER, 2002, p.p. 95-100).

Utilizamos nessa pesquisa às técnicas da observação participante, anotações no diário de campo, realizamos entrevistas motivadas por questões norteadoras, contendo a experiência vivida e os relatos de vida, revelando o contexto sócio-cultural que envolve a problemática do alcoolismo em diversas gerações das famílias pesquisadas. Realizamos a transcrição e a transcrição dessas entrevistas gravadas e obtivemos a autorização dos integrantes para a publicação dos conteúdos. O referencial teórico aqui apresentado foi sugerido e compartilhado com todos os participantes do processo educativo, junto com o material empírico, os quais subsidiaram a produção dos temas geradores desse estudo.

No trabalho com os grupos, coordenamos, orientamos e motivamos todos a participarem dos diálogos. O material empírico obtido através da investigação diagnóstica nortearam os debates sobre a situação problema, relacionando-a com a realidade vivenciada, com a cultura, com o trabalho e os meios de subsistência. A discussão nos grupos sobre a situação existencial do alcoolismo procurou ser crítica, simples e objetiva, numa relação horizontal, trabalhando junto com os idosos, seus familiares e a equipe de saúde, participantes desse estudo visando à transformação da realidade.

Com base em Macedo (2000), procuramos nessa pesquisa-ação ter tolerância e equilíbrio para lidar com as ambigüidades, contradições e até com os sentimentos de rejeição ao tema estudado. Para o autor é importante saber ouvir e falar na hora certa, fazer sínteses, mediar conflitos, motivar a participação dos tímidos e moderar os que falam excessivamente. Os dados obtidos durante as discussões com os grupos trazem a riqueza das opiniões e das atitudes produzidas na interação com os integrantes. Procuramos deixar os participantes confortáveis motivando-os a usar a palavra com livre expressão, a compartilhar a troca de experiências, buscamos manter o ambiente silencioso, enfatizando o sigilo, além de mantermos um clima descontraído. Adotamos como dinâmica de abertura e fechamento das reuniões um abraço coletivo e uma pequena meditação.

Os dados obtidos através dos relatos de vida registrados e das anotações no diário de campo junto com as fotografias foram feitos sob o contrato de livre consentimento dos participantes por escrito¹⁹, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS/MS, que trata da bioética nas pesquisas com os seres humanos. Esclarecemos que os nomes utilizados para identificar os participantes são todos fictícios para proteger o seu anonimato.

Com relação à técnica do relato de vida Barbier (2002, p. 60) diz que na pesquisa-ação: em geral, trata-se de técnicas que se aproximam mais dos etnólogos ou dos historiadores do que das análises correlacionais e dos métodos experimentais”. Nas fases da pesquisa ocorrem o planejamento, ação, observação e reflexão contendo uma coerência lógica, empírica e política das interpretações dos fatos no diferentes momentos da ação.

A partir dos relatos de vida realizados durante as reuniões, organizamos o conteúdo empírico, contendo a história intergeracional do alcoolismo nas famílias pesquisadas. Tal conteúdo era avaliado e aprovado previamente pelos integrantes para garantir a fidedignidade dos dados. Antes de cada reunião, em que debatemos sobre o tema “alcoolismo com a comunidade”, solicitamos o sigilo de tudo o que ali fosse falado e o consentimento para publicarmos os resultados das atividades de pesquisa, solicitações atendidas pelos participantes.

Quanto aos recursos didáticos, utilizamos retroprojeter com transparências coloridas, textos xerografados e cartazes. Nos intervalos, servíamos o chá trazido por Rosa, participante do grupo dos idosos; o biscoito e o material descartável eram cedidos pela pesquisadora. Produzimos cartazes em serigrafia com a divulgação do Grupo de Educação Popular em Saúde na Abordagem do Alcoolismo e do Grupo Al-Anon. No próximo capítulo iniciamos com a nossa inserção no campo onde ocorreu o estudo.

¹⁹ Ver termos de consentimento nos apêndices C, D e E, p.p. 212-214.

CAPÍTULO III

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DO ALCOOLISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesse capítulo, descrevemos e analisamos o desenvolvimento da pesquisa-ação realizada e orientada pelos princípios da Educação Popular, na USF Alto do Céu I, buscando uma perspectiva teórico/prática de intervenção na problemática do alcoolismo, em conjunto com a equipe de saúde e as famílias afetadas. Num primeiro momento, mostramos como se estabeleceram os contatos com vistas à realização da experiência pretendida. Em seguida, fazemos uma caracterização da comunidade, da USF, bem como da sua equipe de saúde. Descrevemos como foram levantados os dados básicos da realidade estudada e os problemas relacionados com nossos objetivos, mostrando o andamento do planejamento das ações específicas da pesquisa a partir de reuniões com os grupos já existentes de hipertensos e diabéticos.

Num segundo momento, avançamos na pesquisa-ação com a realização de uma formação continuada em serviço com a equipe de saúde e com a efetivação de cinquenta (50) visitas domiciliares às famílias afetadas pelo problema do alcoolismo, identificadas através dos Agentes Comunitários de Saúde. Outro procedimento adotado foi à realização de três rodas de conversas²⁰ com a clientela da USF Alto do Céu I, como espaço de preparação do campo para a realização da pesquisa. Essa ação foi oportuna porque proporcionou um diálogo que teve como objetivo à sensibilização e a conscientização sobre a problemática em estudo. Concluímos esse capítulo mostrando os resultados da aplicação do CAGE²¹ para identificar o percentual de

²⁰ Chamamos rodas de conversas as reuniões em forma de círculo que fizemos depois do almoço com os 180 idosos e no escovódromo da USF, acolhendo as pessoas que esperavam na fila para agendar as consultas médicas e odontológicas. Naquelas reuniões, enquanto esperavam a distribuição das fichas, dialogávamos sobre os dados da pesquisa referentes à problemática do alcoolismo na comunidade, sobre a importância da educação em saúde e do autocuidado.

²¹ Conforme explicamos anteriormente (na nota nº 4, p. 21), o CAGE trata-se de um questionário contendo 4 perguntas para diagnosticar o índice de dependência de álcool numa comunidade, grupo ou instituição (Ver p 111).

alcoolismo junto a 614 pessoas com as quais dialogamos nos eventos anteriormente descritos, incluindo ainda a opinião dos participantes sobre os serviços da USF na comunidade.

Esse processo oportunizou a socialização e a troca de conhecimentos entre as famílias envolvidas, profissionais e pesquisadores, configurando uma construção coletiva rica em significados e de relevância no diálogo entre os sujeitos envolvidos.

3.1 Aproximação com o campo: dialogando com as equipes de saúde para desenvolver a pesquisa-ação

Nossa aproximação do campo de pesquisa iniciou-se com uma visita ao 4º Distrito Sanitário de João Pessoa, no dia 05 de novembro de 2003, quando fomos ali solicitar a permissão para a realização dessa pesquisa na USF Alto do Céu I. A escolha dessa unidade se deu em virtude da presença marcante da problemática do alcoolismo segundo informações da equipe de saúde, tornando-se um campo propício para a realização desse estudo.

Prosseguindo na visita ao 4º Distrito Sanitário, perguntamos à Diretora daquele setor, como as USF's estão abordando o problema do alcoolismo junto às famílias. Porém, ao invés de receber simplesmente a resposta, recebemos também o convite para participar de uma reunião administrativa com as enfermeiras das quatorze USFs, que compõem aquele Distrito. Na referida reunião, tivemos a oportunidade de explicar sobre a nossa pretensão de realizar uma pesquisa-ação utilizando o instrumental da Educação Popular em Saúde com a cooperação do AA e do Al-Anon, priorizando os idosos, como os informantes para conhecermos a problemática do alcoolismo em diversas gerações das famílias afetadas e as formas de enfrentamento e superação do problema.

Iniciando a investigação diagnóstica sobre a problemática do alcoolismo naquela reunião fizemos as seguintes perguntas às enfermeiras: 1ª) Qual é a visão de vocês sobre o alcoolismo nas comunidades? 2ª) Vocês já ouviram os relatos de vida dos idosos que convivem com famílias afetadas pelo alcoolismo? 3ª) Qual é a opinião de vocês sobre a nossa proposta de

realizar uma pesquisa-ação na USF Alto do Céu I, buscando uma abordagem do alcoolismo através da Educação Popular em Saúde e dos Grupos de AA e Al-Anon?

Após refletirem sobre essas questões, as enfermeiras responderam que o alcoolismo nas comunidades estava sendo um problema alarmante e reconheceram a necessidade de ações educativas para enfrentar aquela problemática e de vivenciarem uma formação para abordar o alcoolismo nas comunidades, pois se trata de um “problema muito complicado e nós não tivemos preparação para lidar com ele”²².

As enfermeiras ressaltaram ainda que a incidência de problemas de saúde em idosos agravados pelo alcoolismo na família era elevada e, que eles necessitavam de elementos ou ferramentas que os ajudassem a cuidar de si, como também para lidar com seus familiares alcoólicos. Após esse diálogo esclarecedor, obtivemos a permissão para iniciarmos a pesquisa-ação na USF Alto do Céu I, sobre o alcoolismo na família.

No dia 06 de novembro de 2003, tivemos nosso primeiro contato com a equipe de saúde da USF Alto do Céu I, ocasião em que iniciamos um diálogo sobre essa pesquisa-ação, formulando as mesmas perguntas que fizemos na reunião do 4º Distrito Sanitário. De acordo com as respostas da equipe de saúde às nossas perguntas, compreendemos que o alcoolismo é um dos maiores problemas daquela comunidade, uma vez que a “cada dia a equipe de saúde observa a elevação de famílias afetadas pelo problema” (Fala da equipe de saúde Alto do Céu I).

Os agentes comunitários de saúde disseram: “Você pode observar pelas ruas, até crianças pequenas já bebem junto com os adultos e a gente sabe de idosos maltratados, que estão levando grito e pegam até o dinheiro deles pra pagar as conta das bebedeiras”. Informaram também que os jovens costumam beber com os mais velhos pelas esquinas, quase que diariamente. Porém, a equipe de saúde avaliou-se limitada e com dificuldades de abordar as famílias, pois não estavam preparadas para lidar com essas questões na comunidade, afirmando

²² Fala das enfermeiras integrantes das quatorze Unidades de Saúde da Família do 4º Distrito Sanitário de João Pessoa, PB em 05 de novembro de 2003. Os demais integrantes dessa pesquisa receberam nomes fictícios para preservar o seu anonimato e tinham plena liberdade de desistir da participação no momento em que o desejassem.

que, não haviam estudado o problema do alcoolismo na faculdade nem na educação continuada e gostariam de trabalhar com educação em saúde mas não sabiam como fazer. Informaram que não conheciam a concepção da Educação Popular em Saúde, já tinham ouvido falar do AA, mas não sabiam da existência do Al-Anon (Opinião da Equipe de Saúde Alto do Céu I).

Após essa reunião, com base nos conceitos de diálogo em Freire (1997) e Brandão (2005), como também utilizando a escuta sensível conforme Barbier (2002) passamos a freqüentar a USF nas segundas, terças e sextas-feiras, onde dialogamos com as famílias que chegavam para o atendimento, nas reuniões da comunidade com a equipe de saúde, nas visitas domiciliares e nas rodas de conversa com os agentes de saúde. Procuramos também tomar conhecimento de uma pesquisa realizada pela Fundação de Ação Comunitária-FAC (2003) para conhecermos melhor a comunidade onde realizamos essa pesquisa.

3.2 Conhecendo a comunidade, buscando caminhos para intervir na problemática do alcoolismo

O Alto do Céu é uma área situada no espaço urbano de João Pessoa que, há alguns anos, foi caracterizada, pela prefeitura municipal como um aglomerado subnormal da cidade até a vigência da Lei Municipal Nº 1.574 de 04.09.1998, quando este “aglomerado” passou a ser considerado um bairro da capital. Do ponto de vista econômico e social, trata-se de um bairro habitado, principalmente, por empregadas domésticas, trabalhadores da construção civil, trabalhadores aposentados e desempregados. Esse bairro apresenta inúmeras demandas, tais como: equipamentos públicos, principalmente creches, posto policial, rede de esgoto, coleta de lixo, transporte coletivo, escolas, áreas de lazer para crianças e adolescentes, emprego, dentre outras, o que faz com que a sua população tenha uma má qualidade de vida.

O bairro Alto do Céu tem uma população de 5.864 habitantes, está localizado na periferia norte de João Pessoa, limitando-se ao norte com a parte do Oceano Atlântico que banha a cidade portuária de Cabedelo, mais precisamente com a maré onde se encontra o Porto de João

Tota; ao sul com o bairro de Mandacaru; a Leste com o bairro dos Ipês e a Oeste com o Baixo Roger (IBGE, 2000), conforme podemos verificar na figura abaixo contendo o mapa daquela localidade.



Figura 03: localização do bairro Alto do Céu
Fonte: Prefeitura de João Pessoa, 2005

O bairro Alto do Céu, apontado no mapa acima, na composição de seus habitantes, encontram-se 12,17% de idosos, dentre os quais 7,83% são mulheres e 4,35% são homens. Apresenta assim, um maior percentual de idosos que o da Paraíba, que, por sua vez é o 3º Estado do país com um maior índice de pessoas com 60 anos e mais (10.3%) (FAC 2003).

Os dados aqui contidos mostraram também que, na população idosa, o número de homens idosos é menor que o número de mulheres, realidade compatível com todos os estudos sobre o envelhecimento e velhice no mundo, sendo uma das causas de elevação da morbidade da população masculina em relação à feminina o uso problemático de álcool. De acordo com a pesquisa acima referida, o bairro Alto do Céu é composto por pequenos casebres de construção incompleta, sendo 84% das residências em alvenaria e 16% de taipa. Algumas residências têm

um pavimento superior (1º andar), construídas de forma irregular, além de serem coladas umas nas outras e estarem assentadas em pequenas áreas.

O comércio do referido bairro, na época estudada (final de 2003 ao início de 2006), contava com dois supermercados, alguns pequenos armarinhos, farmácias, posto de material de construção, duas padarias e algumas bodegas. A renda mensal dos chefes de família, em março de 2004, era de R\$ 221,60, no entanto, 76% deles trabalhavam sem registro, apenas 24% tinham registro em carteira profissional e 24% dos chefes de família eram aposentados. Havia também 300 famílias desempregadas sobrevivendo miseravelmente em barracos de papelão (FAC, 2003).

O sustento das famílias advém em primeiro lugar, do trabalho doméstico realizado pelas mulheres, em segundo, do trabalho masculino, principalmente da profissão de pedreiro. Da renda dos aposentados e outra fonte de renda emergente é a coleta de lixo reciclável, realizada basicamente pelas mulheres e crianças, pois, segundo informações de pessoas que desenvolviam esse trabalho, os homens o rejeitavam por sentirem vergonha de colher lixo nas ruas para proverem o sustento de suas famílias.

Ainda de acordo com os dados da FAC (2003), 44% dos chefes de família eram analfabetos; 40% tinham o ensino fundamental incompleto; 4% tinham o ensino médio incompleto, 8% o ensino médio completo; nenhum deles tinha nível superior. A comunidade contava com duas escolas: uma estadual e uma municipal, que atendiam ao ensino básico. Para a vivência religiosa, contava com duas igrejas católicas, duas evangélicas e um centro afro-brasileiro. Essa realidade demonstra a carência educacional das famílias e as suas limitações para realizar estratégias de prevenção do uso excessivo de álcool em seus integrantes.

Observamos que, apesar das carências, o bairro Alto do Céu é uma área onde há uma expressiva e diversificada riqueza artístico-cultural. Conta com dois Centros Sociais Urbanos, onde se realiza um trabalho assistencial, promove cursos profissionalizantes, bem como se organiza e apóia diversos grupos de arte popular, dentre eles: a Nau Catarineta, a Lapinha, o

Coco de Roda, a Tribo Indígena Tupi Guarani, o Teatro Arte de Povo, o Boi de Reis, o Grupo de Teatro Arte e Vida e a Quadrilha Junina, dos quais os idosos e as demais gerações participam. O Centro Social, com o propósito de dinamizar e estimular essa rede artísticocultural, realizou naquele bairro, no dia 1º de maio de 2005, a I Feira Cultural, com exposição de produtos artesanais e comidas típicas, como também apresentações de dança popular, teatro e música. Para a divulgação da referida Feira e dos demais eventos do bairro, a população conta com o apoio das três rádios comunitárias ali situadas.

As condições sanitárias do bairro eram deprimentes. Havia algumas ruas tão estreitas que não permitiam acesso ao carro de lixo. Devido a isto, a população recolhia o lixo de suas residências em sacos plásticos e colocava-os nos locais onde passava a coleta municipal. Parte daquele lixo era despejado nas ruas, sendo misturado às águas que eram consumidas pelos animais, pois, para ajudar na sobrevivência, muitas dessas famílias criavam porcos, jumentos, vacas, galinhas e patos; havia ainda os cachorros ‘viras latas’ os quais ajudavam na segurança das famílias como também contribuía para espalhar o lixo nas ruas.

Os esgotos corriam em valas a céu aberto, passando pela frente e pelo quintal das residências, tanto a população como a equipe de saúde ao se deslocarem, atravessam essas valas. Dessa forma, conforme a informação do senhor Josué que se encontra junto com o seu neto na fotografia seguinte a acessibilidade é dificultosa, principalmente para os idosos e para as crianças elevando o risco de quedas.



Figura 04: Fotografia da rua com esgoto em vala a céu aberto
Fonte: Pesquisa direta, 2005

No período das chuvas os esgotos invadiam as casas e a situação ficava mais complicada. As crianças que jogavam bola nas ruas estreitas, constantemente tinham contato com as águas contaminadas, pois ao apanhar a bola que caía nas valas, molhavam as mãos e, logo em seguida, sem qualquer cuidado, pegavam seus pirulitos, chicletes, biscoitos e outros alimentos levando-os a boca. Cenas como essas eram corriqueiras naquele universo e pudemos testemunhá-las durante todo o período da pesquisa.

Vivendo nesse cenário, a população se apresentava bastante adoecida. Dentre as crianças e adolescentes até 17 anos de idade, 33,34% apresentavam-se com desnutrição e ou anemia; 35% eram acometidas de gripes frequentes; 12% tiveram dengue; 6,25% contraíram sarampo; 4,17 haviam tido pneumonia e 3% tinham diarreia frequentemente. Entre os adultos, de 18 a 59 anos de idade, 20,83% eram hipertensos; 4,17% diabéticos; e 4,7% eram doentes mentais. Na população acima de 60 anos de idade encontramos: 25% de diabéticos e 50% de hipertensos; 80% da população buscavam atendimento na USF para os seus problemas de saúde (FAC, 2003).

A equipe de saúde se angustiava, intensamente, com a falta de infraestrutura para a realização da assistência, devido à carência física e de material da USF, como também com a pobreza das famílias e do bairro, pois tratavam de doenças parasitárias e infecciosas e essas continuavam a se propagar velozmente. Essa angústia ficava mais elevada devido às pressões que recebiam da população, exigindo soluções para seus problemas, enquanto a equipe de saúde se sentia impotente para resolver todas as demandas da comunidade, também ficava com a saúde afetada pelo estresse laboral que vai se acumulando.

Tais condições de precariedade sanitária acarretavam em desperdício das ações de prevenção e tratamento das verminoses; pela repetição dos parasitológicos e pela elevação do uso de medicamentos e seus efeitos iatrogênicos²³ na população; contribuía para os agravos à saúde, pois elevavam as doenças infecciosas, principalmente na população infantil e na idosa, devido à vulnerabilidade imunológica dessas faixas etárias; além de desperdiçar os limitados recursos da instituição de saúde.

O descaso do Estado para com as ações de saneamento básico, bem como, com a organização do espaço físico para o lazer das crianças e dos adolescentes, para com a construção de creches para as mães deixarem seus filhos para trabalhar, contribuía para a perpetuação daquelas condições inadequadas de vida e limitava a eficácia das ações de saúde realizadas pela equipe na referida USF.

3.3 A Unidade de Saúde da Família Alto do Céu I e uma primeira abordagem da pesquisa-ação

A USF Alto do Céu I está integrada ao Programa de Saúde da Família e, dentre os cinco Distritos Sanitários da Secretaria de Saúde de João Pessoa, ela faz parte do IV Distrito. Foi implantada em novembro de 2001 e presta assistência a 882 famílias, compostas de 3.610 pessoas. Dentre essas, 1.753 eram homens e 1.857 mulheres, Tal USF é organizada em seis

²³ Iatrogenia, efeito adverso provocado através de intervenção médica ou medicamentosa

micro-áreas assistidas pelos ACSs. Essa população conta também com duas Unidades Básicas de Saúde-UBSs, porém, segundo a equipe de saúde, essa estrutura ainda é insuficiente para dar uma cobertura adequada à comunidade, devido à complexidade dos problemas.

A nossa inserção na USF ocorreu tranqüilamente, pois ficou estabelecido, entre nós e à equipe de saúde da Unidade Alto do Céu I, um relacionamento harmonioso, como também com a comunidade. Isto foi importante para trabalharmos em função do objetivo comum de conhecermos, analisarmos e buscarmos formas de superação do problema do alcoolismo nas famílias. Assim, utilizando a pedagogia de Paulo Freire, mantivemos o diálogo com a comunidade, buscando compreender as estratégias dessa problemática e suas correlações no cotidiano das famílias.

A equipe de saúde é composta pelos seguintes profissionais: uma auxiliar de limpeza, seis agentes comunitários de saúde, duas agentes comunitárias de odontologia, uma auxiliar de enfermagem, uma enfermeira, dois cirurgiões dentista e uma médica.

Em suas atividades, a ESF costuma realizar regularmente reuniões com a comunidade para desenvolver todas as suas atividades, tais como: o trabalho com os grupos de hipertensão e diabetes; as consultas médicas e de enfermagem; o acompanhamento das crianças, dos idosos e das gestantes; o aleitamento materno; o serviço de imunização; o planejamento familiar; o acompanhamento e tratamento de tuberculose e hanseníase, os procedimentos de odontologia; aplicação de nebulização; a coleta para exames citológicos; os encaminhamentos de urgência; o acompanhamento das famílias através das visitas domiciliares e a distribuição de medicamentos de acordo com as receitas médicas.

A USF Alto do Céu I, funciona numa casa pequena, de cômodos apertados e impróprios para o desenvolvimento de suas ações; porém, esta foi a melhor residência encontrada naquela comunidade. Suas acomodações compõem-se de um terraço, sala de espera e de triagem, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de imunização, de nebulização e de

arquivo, sala de curativos e uma copa onde funciona a farmácia. Possui ainda um banheiro para os clientes, outro para a equipe de saúde e um quintal.

Constatamos, então, que a estrutura física dessa unidade está aquém das ações nela promovidas, deixando algumas prejudicadas pela falta de um espaço adequado, a exemplo das atividades de odontologia, como também as educativas. As atividades educativas com os grupos de hipertensão e diabéticos e as reuniões com a comunidade estavam sendo realizadas na capela de Nossa Sra. da Conceição com prejuízos, devido à falta de privacidade e a programação da igreja, que interferia na rotina dos grupos.

Percebemos, também que, apesar do alcoolismo ser considerado como um problema generalizado, não havia nenhum registro direto e formal naquele serviço sobre essa problemática. Dessa forma, acreditamos, desde o início do projeto, que com o aprofundamento do processo da pesquisa-ação, perceberíamos novos conhecimentos e posturas emergindo, desde a intervenção terapêutica coletiva até a organização e gestão da atuação da equipe de saúde.

Envolvendo os atores sociais e as necessidades locais, podendo resultar na melhoria da formação dos profissionais e na geração de elementos multiplicadores para atuar na questão da prevenção da dependência e da codependência do álcool, como também para elevar a qualidade e a eficácia do serviço. Pois segundo Vasconcelos, (2003) a pesquisa-ação é uma metodologia qualitativa capaz de articular os movimentos sociais, outras organizações, os profissionais da saúde e os atores subalternos, priorizando seus interesses e suas falas, para produzir conhecimento num processo interdisciplinar buscando uma assistência de saúde integral.

Dessa forma, passamos a considerar a utilização da metodologia da pesquisa-ação nessa experiência em Educação Popular e Saúde, buscando compreender os saberes empíricos e, a partir daí, analisá-los à luz do saber científico, construindo junto com os atores sociais o saber crítico que visa à superação das situações de adoecimento da população referente à problemática

do alcoolismo, articulando as equipes dos serviços de saúde a população e estas aos movimentos sociais presentes na área, visando contribuir para uma assistência Primária Integral de Saúde.

Assim, em diálogo com a equipe de saúde, resolvemos, reunir a comunidade para combinar os procedimentos da pesquisa-ação. Dessa forma, dando prosseguimento a esse estudo, fomos construindo a sua dinâmica no sentido de contemplar as demandas da comunidade, pois entendemos que de nada adiantaria um estudo desarticulado das necessidades de saúde da população; para isso utilizamos a escuta sensível durante os diálogos com a comunidade sobre a temática do alcoolismo, conforme nos orienta Barbier (2002), relevando os relatos de vida dos idosos participantes do grupo de hipertensão e diabetes.

3.4 A participação da comunidade na pesquisa-ação sobre o problema do alcoolismo

Prosseguindo com a realização da pesquisa, fizemos uma reunião com a equipe de saúde e a comunidade, incluindo os idosos do grupo de hipertensão e diabetes, no dia 16.01.2004. Considerando que o tema alcoolismo envolve negação, discriminação, preconceitos e contradições, procuramos estabelecer um diálogo amoroso, primando pela ética, com empatia, humildade e a escuta sensível, com base na pedagogia de Freire (1997), a fim de construir um ambiente de confiança, uma relação interpessoal e profissional de amizade e de compreensão, propício para a abordagem educativa que estava sendo iniciada.

No decorrer da reunião com as pessoas da comunidade Alto do Céu, como também com os idosos participantes do grupo de hipertensão e diabetes fizemos três perguntas, buscando através das respostas, elementos para subsidiar a investigação diagnóstica sobre o alcoolismo, naquelas famílias: 1^a) Quantos de vocês estão morando com familiares que bebem excessivamente? 2^a) Qual é o significado do alcoolismo para vocês? 3^a) Como é que os idosos estão enfrentando a problemática do alcoolismo na família?

Através das respostas, os idosos relatavam a dor e a revolta ao verem seus familiares, pessoas tão queridas “se acabando na bebedeira, caindo pelas calçadas, com a vida desorganizada, ficando violentos, sendo presos, apanhando da polícia, quebrando tudo dentro de casa, tirando o sossego da família, gastando o pouco dinheiro que ganhavam com cachaça” (Falas dos idosos, integrantes do grupo de hipertensão e diabetes em 16.01.04).

As falas eram enfáticas em culpar os alcoólicos por todas as ocorrências negativas, sinalizando a não percepção de que o alcoolismo afeta também os demais membros das famílias. Dos 25 idosos participantes, 20 responderam que estavam vivenciando problemas com o alcoolismo em familiares e apenas 05 responderam que não, usando a expressão: “Graças a Deus, não”. A maioria dos idosos tinha uma visão negativa e moralista, já que para 18 deles, o alcoolismo significava: “Falta de vergonha na cara” e apenas dois disseram: “Deve ser problema de saúde”. Essas expressões denotam um certo preconceito e falta de mais conhecimento sobre as causas e as consequências do alcoolismo. A terceira pergunta deu margem à reflexão, havendo um silêncio na sala, mas Rosa testemunhou:

É muita agonia, não tem quem agüente, tem hora que a gente enfrenta no grito e até na pancadaria, a gente chama a polícia quando a coisa fica perigosa. Sofremos longos anos de nossas vidas e nunca houve oportunidade de tocar nesse assunto, a gente tem tristeza profunda, e pergunta aonde errou, tem tanta raiva, vergonha, revolta e raiva é o que mais mata a gente. (Fala de Rosa, integrante do grupo de hipertensos e diabéticos, em 16.01.04).

Outro senhor idoso, de nome João, também tomou a palavra e disse: “Eu era camioneiro, tomava muita cachaça, destruía minha vida de tanto beber. Faz oito anos que parei, melhorou tudo, trato da pressão que ficou alta, mas acabei com a safadeza; meu filho é um fraco, não pára de beber” (Fala de João, integrante do grupo de hipertensão e diabetes em 16.01.04).

Depoimentos e contribuições como estas, vindas de membros da comunidade envolvidos com a equipe de saúde reforçaram a necessidade de tratarmos de uma maneira sistemática e explícita a questão do alcoolismo, como uma intervenção de saúde pública e

educação, onde educadores e educandos se comprometem a serem críticos, responsáveis, implicados e competentes no processo educativo. Foi neste sentido, que nessa pesquisa, nos propomos a estudar com a equipe de saúde e também a realizar uma investigação diagnóstica sobre o alcoolismo, pois como recomenda Macedo (2000) uma investigação deve ser pertinente e contingente ao contexto, visando o conhecimento da realidade da vida problematizada.

Outra fala importante naquela reunião inicial do nosso trabalho foi a de Maria, uma senhora idosa que escutava a tudo em silêncio, curvada no banco da igreja, com um semblante de profunda tristeza, levantou chorando e falou: “Meu único filho morreu de tanto beber, a minha tristeza é que ele desde moço começou a beber, morreu com 42 anos e eu nunca encontrei ajuda pra ele parar de beber, minha vida foi só de sofrimento. Ele morreu e eu tô quase morta também” (Fala de Maria, integrante do grupo de hipertensão e diabéticos, em 16.01.04).

Seu desabafo gerou um momento de emoção coletiva e surgiram o choro, as palavras de apoio, de solidariedade e de acolhimento com a referida senhora que, sentindo-se mais tranqüila, falou que estava gostando de ver o PSF lembrar das pessoas que tinham problemas com o alcoolismo. Aproveitamos para indagar se eles gostariam de participar de um grupo na USF que tinha o objetivo de desenvolver uma forma das pessoas aprenderem a lidar com esses problemas, amenizar o sofrimento das famílias afetadas pelo álcool e ajudar a seus familiares alcoólicos a reorganizarem suas vidas.

Como ponto de partida para a reorganização da vida é necessário assumir a realidade existente; refletindo com Freire (2004, p. 41) verificamos que: “Uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou a professora ensaiam a experiência profunda de assumir-se”. Freire dá o exemplo da decisão de deixar de fumar. A partir de uma decisão desse tipo é possível assumir outras semelhantes, como a decisão de não beber

excessivamente, a de parar de beber, ou a de mudar as atitudes ao lidar com o alcoolismo na família. Assumindo a si próprio, é possível se tornar disponível e estabelecer o compromisso com a mudança daquilo que ameaça a vida individual e a vida coletiva.

De início, os idosos do grupo de hipertensão e diabetes familiares de alcoólicos se disponibilizaram a participar do grupo de Educação Popular em Saúde, mas quando começamos agendar as suas atividades, algumas pessoas questionaram: “E por que nós? Isso não devia ser para quem bebe? Os problemas da gente vêm deles, eles parando de beber a gente não tem problema, eles bebem e a gente é que vai se tratar, isso tá certo?” (Opinião dos idosos participantes do grupo de Hipertensão e diabetes, em 16.01.04).

Esse entendimento é comum nos familiares de alcoólicos e revela a pouca percepção de que o alcoolismo envolve toda a família e não apenas o alcoólico. Como se pode perceber, há uma tendência dos familiares a não se sentirem parte envolvida no tratamento e no enfrentamento do alcoolismo, o que se constitui numa barreira em toda iniciativa de apoio a família dos alcoólicos, pois sabemos que os Grupos Familiares Al-Anon, enfrentam essa dificuldade no seu trabalho diário. Um indício dessa negação se reflete na quantidade de 150 mil Grupos de AA no mundo enquanto os Grupos Familiares Al-Anon/Alateen são apenas cerca de 24 mil distribuídos pelos diversos países, quando há uma estimativa de que para cada alcoólico há, no mínimo, quatro pessoas da família afetadas (HENFELT et al, 1989).

Partindo dessa realidade, Zampieri (2004, p. 61) afirma que: “Ações com tratamento e prevenção não podem prescindir da família”, pois para a autora, é necessário redefinir a relação do alcoólico e dos “seus complementares codependentes, sobremaneira os mais próximos”, considerando que o alcoolismo tem reflexos negativos na qualidade de vida e ocorre num processo sistêmico incluindo o bebedor, os familiares, o sistema profissional e o social. Neste sentido, discutimos com o grupo sobre o alcoolismo como um grave problema de saúde pública,

sendo necessário criar espaços de escuta e debates com o objetivo de identificar, analisar e compreender o problema ao nível individual, da família e da comunidade.

Discutimos, também, sobre a importância da organização na comunidade em torno de uma abordagem educativa para unir forças, romper com o sofrimento e a solidão das famílias ao lidar com situações tão complexas, sem qualquer apoio, conforme haviam revelado. Esta abordagem será facilitada na medida em que sejam quebradas as rotinas de negação por parte do alcoólico e de seus familiares. A negação acontece como uma defesa contra a ameaça da realidade estabelecida, consistindo numa recusa a admitir a sua existência e de suas dimensões dolorosas, revertendo na necessidade dos próprios sujeitos envolvidos de se enganarem, negando para os outros a sua situação de sofrimento com o alcoolismo na família (EDWARDS, 1999).

Esse processo de negação também está articulado com a grande dificuldade dos familiares em aceitar que o alcoolismo não é um problema de mau caráter, e que sem saber, a família pode contribuir para aumentar o problema do alcoólico. Enfatizamos que o alcoolismo afeta a todos na família e que as soluções não são imediatas, nem fáceis; que seus resultados retornam lentamente; que deveria haver o empenho de todos da família e da comunidade, unidos com os serviços de saúde e que a educação em saúde poderia ajudar as famílias afetadas a superarem suas histórias de vida complicadas pela problemática do alcoolismo.

A partir da compreensão do problema, os idosos passaram a gostar da idéia de participar do grupo, mas voltaram a questionar: “Já que vocês tão dizendo que alcoolismo é problema de saúde, não tem tratamento interno no hospital e remédio pra fazer eles parar de beber, resolver isso mais rápido A gente não agüenta mais!” Nesse momento, a enfermeira argumentou falando: “As pessoas que bebem muito acabam adoecendo e se internando nos hospitais e todos vocês percebem que, mesmo assim, elas nem param de beber nem ficam curadas” (Fala da enfermeira da USF Alto do Céu I, em 16.01.04).

Após refletirem, os idosos concordaram, constatando que isso é verdade. Analisamos com o grupo a cultura do uso da bebida alcoólica. Ressaltamos como isso faz elevar o consumo, a dependência, a codependência e todas as suas complicações, na perspectiva de que a população se conscientize desse processo. Constatamos que predomina uma crença na cura mágica, através de consultas, exames complementares, internamento hospitalar e remédios para resolver todos os problemas de saúde, deixando as pessoas na posição de dependentes dos profissionais de saúde, incapazes de tomar qualquer atitude de mudança em relação às suas próprias vidas, no sentido de possibilitar a prática do autocuidado e a construção da própria saúde.

Assim, constatamos que a medicina curativa tem seus limites para o enfrentamento do alcoolismo e defendemos que a Educação Popular em Saúde pode contribuir de forma eficaz para a conscientização desse problema, para promover a autonomia e a responsabilidade das famílias afetadas no enfrentamento da questão, mudando a cultura do uso excessivo de álcool responsável pela dependência e pela codependência. O que constitui um grande desafio, pois tentar mudar um estilo de vida exige tempo e participação das equipes de saúde e das famílias em atividades educativas, sendo necessária a compreensão, paciência histórica e a perseverança do profissional para lidar com as dificuldades dessa situação limite. Freire (1997, p.86-91) nos alerta que:

Não são as situações limites em si mesmas, geradoras de um clima de desesperança, mas a percepção que os homens tenham delas num dado momento histórico, como um freio a eles, como algo que eles não podem ultrapassar. No momento em que a percepção crítica se instaura, na ação mesma, se desenvolve um clima de esperança e confiança que leva os homens a se empenharem na superação das 'situações-limites'.

Assim, com base nessa compreensão de Freire sobre as “situações-limites”, terminamos a reunião com a convicção reforçada da necessidade de uma prática educativa junto às famílias com problemas de alcoolismo, no sentido de explorar com eles as possibilidades para

a emersão dessa realidade, que torna a todos impotentes, inclusive, para entender e poder contribuir com a superação dos próprios problemas.

Essa grande reunião se constituiu bastante satisfatória, pois 12 das 25 pessoas presentes concordaram em participar do grupo de pesquisa; no entanto, a equipe de saúde avaliou que antes de formar o grupo com os idosos, seria necessário uma preparação com os profissionais, pois somente assim poderiam assumir a responsabilidade de atuar com a problemática do alcoolismo através de ações educativas. A proposta foi aprovada por unanimidade e o estudo preparatório envolvendo a equipe de saúde foi agendado para a primeira semana de fevereiro de 2004. E, dando seqüência às atividades dessa pesquisa, iniciáramos o grupo com os idosos na primeira semana de maio do mesmo ano.

As pessoas da equipe de saúde apresentaram sugestões para o estudo preparatório ou formação continuada que realizamos com base nas necessidades da comunidade e das próprias demandas dos profissionais. Dessa forma, a equipe de saúde explicitou durante as reuniões de planejamento as seguintes perguntas, as quais, constituíram o núcleo temático norteador dos estudos foram elas:

Como é trabalhar com a Educação Popular em Saúde?
A gente gostaria de entender melhor: o que são os movimentos sociais?
Alcoolismo é doença ou problema moral?
Como o alcoolismo afeta o organismo humano?
Como afeta o idoso e a sua família?
Qual é a sua ligação com a violência na família e na comunidade?
Como ajudar o idoso e a família para resgatar o autocuidado?
O que significa o AI-Anon e como seria a sua cooperação na USF?
(Perguntas formuladas pela equipe de saúde em 16.01.04).

Assim, conscientes da amplitude das questões aqui formuladas, como também de que, para se fazer uma grande caminhada é preciso dar o primeiro passo, numa construção compartilhada do conhecimento é que organizamos o estudo com a equipe de saúde.

3.5 Estudando Alcoolismo e Educação Popular com a Equipe de Saúde da Família

A despeito do limitado tempo de que dispõe a equipe de saúde devido à elevada demanda de trabalho na USF, a dedicação e a boa vontade desses profissionais facilitaram a formação do grupo e a organização do estudo, que ocorreu na própria USF, durante o período de 06 de fevereiro a 30 de abril de 2004, perfazendo um total de 40 horas.

Os conteúdos teóricos, sugeridos pela equipe de saúde, para trabalharmos com as questões levantadas, refletidas e analisadas com a comunidade foram: Movimentos sociais e Educação Popular; Educação Popular em Saúde: uma abordagem intergeracional do alcoolismo na USF; Alcoolismo – dependência e codependência; o idoso no enfrentamento do alcoolismo familiar. Conceitos de autocuidado direcionado ao idoso e ao familiar de alcoólicos; como ajudar a família do alcoólico em situação de violência; o perdão como promoção da saúde; o diálogo e a conscientização na abordagem do alcoolismo; os movimentos de autoajuda AA e Al-Anon, bem como a sua cooperação na USF. Discutimos também as modificações biológicas do envelhecimento e do alcoolismo nos diversos sistemas do organismo: nervoso central e periférico, digestivo, cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético e tegumentar.

Participaram do estudo: a médica, um dentista, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e uma agente comunitária de odontologia, perfazendo um total de 11 pessoas dentre as 13 que formavam a ESF. O processo se desenvolveu tendo por base a metodologia da Educação Popular em Saúde, que tem o diálogo e a conscientização como principal instrumento, o qual proporcionou debates, reflexões e a troca de experiências, enfocando as situações vivenciadas na comunidade. O estudo se desenvolveu num clima descontraído e de bom humor, com lanches nos intervalos. Assim os conteúdos estudados com a equipe de saúde a partir das demandas da comunidade se constituíram em nosso referencial, pois conforme Freire (2004), o pesquisador deve sugerir e compartilhar o seu referencial teórico com os educandos.

Relacionando os conteúdos refletidos no estudo com os problemas do alcoolismo vivenciados pelas famílias na comunidade, as pessoas da equipe, que demonstraram ter uma visão mais associada a um desvio de conduta ou defeito moral, ou mesmo como um problema de saúde, mas sem uma percepção mais aprofundada sobre o alcoolismo, demonstraram no processo de reflexão reconhecer a formação de uma nova visão, conforme testemunhou o dentista: “A gente sabia que se tratava de um problema de saúde, mas não imaginava que fosse tão grave” (Fala do dentista durante o estudo sobre o alcoolismo em 13.03.04).

No processo de discussão, durante o qual foram se desvelando os significados de angústia, aflição, amargura e o sofrimento que envolve a dependência e a codependência alcoólica, houve momentos em que os profissionais foram tomados pela emoção, chegando, inclusive a chorar, revelando que não imaginavam que essa problemática constituísse uma realidade tão dolorosa. Eles questionaram: “Como pode um idoso lidar com isso?” (Questionamento da equipe de saúde no estudo sobre o alcoolismo em 20.03.04).

Porém, no decorrer do estudo, esses profissionais de saúde foram compreendendo que a dependência e a codependência alcoólica, embora se tratando de uma problemática complicada, poderia ser superada através da mudança de atitude proporcionada pela prática da Educação Popular em Saúde e, que “mesmo sendo complicado é possível voltar a se cuidar a se valorizar, ter uma vida significativa” (Fala da equipe de saúde Alto do Céu I em 27.03.04).

Durante o estudo com o grupo das onze pessoas, oito delas revelaram que vivenciavam a problemática do alcoolismo na própria família. Uma agente de saúde revelou que houve um tempo em que começou a beber excessivamente e questionou-se quanto aos motivos que a levaram a envolver-se nessa problemática. No seu relato de vida, ela refletiu:

Nasci de uma gravidez indesejada, vivia na casa de meus avós, deixei de estudar aos 13 anos e aos 14 comecei a trabalhar. Mesmo criada no evangelho, me desviei aos 15 anos, comecei a tomar uns goles depois de ter terminado um relacionamento. Aos 17 anos me casei, hoje estou com 35 anos, meu esposo bebia demais, foi horrível, embriagado pulou de uma ponte e morreu afogado,

ele tinha 28 anos, fiquei com um filho, dei minhas cabeçadas, mas deixei de beber; amizades que não são boas ajudam a prejudicar a vida da gente. Hoje eu cuido bem de mim e do meu filho e gosto de trabalhar no PSF (Fala da agente de saúde em 27.03.04).

Na sua reflexão, percebemos que o sentimento de rejeição, o abandono e a angústia de ter que enfrentar o mercado de trabalho ainda na adolescência, possibilitou buscar no casamento, um apoio para a sua vida e uma ajuda para superar suas carências afetivas, porém não teve sucesso. Pois o seu companheiro estava também em situação de desequilíbrio, havendo, assim, um encontro de duas pessoas sofridas que tentavam construir uma nova família já submetida ao problema do alcoolismo, o que resultou na viuvez precoce com um filho sem pai para criar.

A agente de saúde reconheceu que havia passado por tudo aquilo, sem nunca ter parado para refletir sobre esses acontecimentos, para ela o fato de participar de uma religião e, de ter que lutar pela vida do filho foram fatores que lhe deram forças para buscar uma saída da situação caótica na qual vivia e desenvolver a coragem de cuidar de si e de viver para cuidar do seu filho.

Conforme as análises de Zampieri (2004, p. 61): “Diversas razões podem aumentar o estresse e levar a dor à família, como a dependência química, o alcoolismo ou uma doença crônica ou a morte porém [...] famílias flexíveis mostram-se ágeis em adaptações a mudanças”, ao contrário, famílias rígidas fazem a manutenção dos estressores em seu meio. Um elemento fundamental para reduzir o sofrimento é a conscientização do problema em sua extensão e das possibilidades de enfrentamento e condução da relação consigo e com os outros.

Nesse sentido Paulo Freire (1997) aponta na sua pedagogia a conscientização da problemática através do diálogo, durante a troca de experiências outra agente de saúde, ao comentar sobre o problema do alcoolismo afirmou:

Não é fácil a gente se conscientizar de que alcoolismo não é falta de vergonha ou ruindade, é mais eu aprendi a lidar com um filho e com o marido que bebem muito, a bebedeira deles me destruía, a gente passa a cuidar da vida de quem bebe e não percebe que deixou de cuidar de si. Eu tinha ódio da bebida e não tinha paciência, quebrava o pau dentro de casa, nesse estudo aprendi a lidar com eles. Meu marido já é idoso, tem 73 anos, outro dia levou uma queda no

banheiro embriagado que eu vi à hora ele se quebrar todo, eu também já estou ficando velha, já vejo o mundo diferente e vejo as atividades perigosas dos jovens, que na realidade eles não vê. Passam a noite fora e não dão satisfação, chegam em casa como se fosse cavalos batizados, não respeitam os mais velhos, dizem grosserias, brigam com os irmãos, não adianta conselho, as propagandas das bebidas na televisão são mais forte do que o conselho dos pais. Além de tudo eles casam e separam, não param no emprego, tem os filhos e não se responsabilizam por eles. Hoje eu tenho quatro netos dentro de casa para criar, além de criar os filho deles a gente ainda tem que suportar grosserias? depois que aprendi o que é alcoolismo estou mais calma, eu estava vendo à hora enlouquecer, tô aprendendo a lidar com o meu problema e o da comunidade (Fala da agente de saúde em 15.04.04).

Como percebemos, na fala da agente de saúde a problemática da dependência e da codependência do álcool envolve uma teia de questões da maior complexidade e, dentre elas existe a grande dificuldade que as pessoas têm de deixar de acreditar que o alcoolismo não é um problema de mau caráter, e reconhecer que se trata de um problema de saúde da família e de difícil controle, como também de estabelecer uma diferenciação entre o alcoolismo e o alcoólico. Esse é um dos pontos mais conflitantes na família e talvez esse seja o ponto de partida para o processo de conscientização e recuperação do problema. Para a equipe de saúde, no entanto, o fato de alguns vivenciarem essa realidade na própria família provocava neles uma maior sensibilização para compreender as outras famílias que se encontravam em situação semelhante.

A equipe também avaliou que o profissional de saúde precisa dar o exemplo, pois não é possível fazer prevenção de álcool e outras drogas na comunidade, se o profissional está bebendo ou fumando junto das pessoas; nesse caso, que moral ele tem para trabalhar com a educação para a prevenção? Sobre o valor de se testemunhar o que é ensinado, destacou Freire (2004, p. 34): “Quem pensa certo está cansado de saber que as palavras a que falta a corporeidade do exemplo pouco ou quase nada valem. Pensar certo é fazer certo”. Refletindo sobre esse pensamento de Freire a equipe disse que, para ajudar a mudar a realidade das pessoas é necessário, primeiro, uma mudança na própria realidade.

Houve, por parte dessa equipe, a compreensão sobre a discriminação de que são vítimas as pessoas que padecem de alcoolismo, entendendo que os alcoólicos e seus familiares precisam

de ajuda para conseguir superar o problema. A médica e o dentista da equipe, ao perceberem através do estudo a dimensão da dependência e da codependência alcoólica, passaram a dialogar com os familiares durante as consultas e a encaminhá-los para participar dos grupos de apoio formados em seguida. A equipe de saúde considerou também que: “Esta era uma grande oportunidade de compreender o alcoolismo nas suas famílias, pois apesar de profissional da saúde, a pessoa não fica imune ao problema” (Opinião da equipe de saúde em 22.04.04).

Registramos na fotografia abaixo a avaliação conclusiva do estudo preparatório com a equipe, realizada no dia 30 de abril de 2004 da qual participou a nossa orientadora Professora Maria do Socorro Xavier Batista. Essa experiência foi compartilhada numa Oficina de Comunicação Coordenada número 39, no dia 23 de julho na UNB, por ocasião do III Fórum de Educação em Saúde da Região Centro-Oeste e Distrito Federal e do Seminário Nacional sobre Educação Popular em Saúde, ocorrido em Brasília de 21 a 24 de julho de 2004.



Figura 05, 06, 07, e 08: Avaliação do estudo preparatório com a ESF

Fonte: pesquisa direta USF Alto do Céu I, 2005

Na avaliação do estudo preparatório, a equipe de saúde mostrou-se interessada em continuar a estudar sobre a Educação Popular em Saúde, com o objetivo de elevar a habilidade na aplicação dos seus princípios em situações práticas, como também para ajudar a comunidade a se organizar politicamente. Assim, continuamos com o grupo de estudos às sextas-feiras, das 10h às 12h, direcionando os temas para a formação do Conselho Local de Saúde. O referido estudo serviu também para continuar realizando a avaliação da pesquisa-ação.

Como resultados do estudo preparatório com a equipe de saúde, foram estabelecidas algumas estratégias de enfrentamento do alcoolismo na comunidade, quais sejam: 1. Conhecer melhor as famílias com problema de alcoolismo, através das visitas domiciliares; 2. Formar o grupo de Educação Popular em Saúde com os idosos e seus familiares e motivá-los a participar de suas atividades; 3. Promover a cooperação dos Grupos de autoajuda AA, Al-Anon. Para isso a equipe assim se expressou: “Agora que conhecemos a importância da Educação Popular em Saúde e a dos grupos de AA e de Al-Anon, nós precisamos socializar os conhecimentos que adquirimos com as famílias que vivenciam a problemática do alcoolismo” (Avaliação da ESF na conclusão do estudo preparatório, em 30.04.04).

Foi com satisfação que percebemos o engajamento de todos na causa do alcoolismo, considerando-nos, inclusive, um de seus pares. A partir daí, a equipe colocou cartazes com orientações sobre o alcoolismo na USF e passou a dialogar com as famílias afetadas, na rotina desse serviço de saúde, o que para nós era motivo de felicidade, constatar que através da pesquisa-ação, começava a existir uma abordagem educativa orientada pela Educação Popular em Saúde, direcionada ao problema do alcoolismo. Para continuar a investigação diagnóstica e a socialização do conhecimento iniciamos o trabalho com o grupo dos idosos e alguns familiares; paralelamente, realizamos as visitas domiciliares para ouvir outros idosos nas famílias afetadas.

3.6 Dialogando com os idosos nas visitas às famílias afetadas pelo alcoolismo

Realizamos 50 visitas domiciliares onde havia pessoas idosas entre os moradores com o objetivo de orientar os agentes de saúde no diálogo com as famílias com problema de alcoolismo e também de ampliar o conhecimento sobre a realidade dessas famílias, divulgando os grupos de apoio na USF para aqueles que desejassem ser ajudados. O critério de escolha das residências obedeceu a um sorteio realizado pelos agentes de saúde.

Nas famílias visitadas, dialogamos com 48 mulheres e 02 homens, todos acima dos 60 anos de idade, junto com outros familiares que estavam presentes. Entre essas famílias, apenas duas não conviviam com pessoas que bebiam excessivamente; porém uma, entre essas duas era composta por um casal idoso que contou chorando: “Acabamos de perder nosso único filho, ele tinha 38 anos, bebia todo dia, morreu do coração, deixou 3 filhos, que a gente tá sustentando com nossa aposentadoria”(Fala do casal de idosos na visita domiciliar realizada em 07.08.04).

O casal nos pediu para aguardar um pouco, pois iria mandar buscar sua nora para participar da conversa e tentar convencê-la a participar do grupo, uma vez que a mesma se encontrava nervosa e, com isso, maltratava as crianças, diariamente. Atendendo à solicitação, aguardamos a chegada da nora. Nesse momento, a senhora Diva (a esposa) nos levou para a cozinha, serviu um café, sentou à mesa e contou chorando um pouco da sua história de sofrimento com o filho que havia falecido. Em seguida, chegou a sua nora, trazendo uma vizinha que tinha 3 filhos, entre 18 e 24 anos, todos envolvidos com álcool e outras drogas. Assim, passamos a manhã inteira naquela residência, conversando e orientando aquelas famílias a participarem dos grupos de apoio formados na comunidade.

As famílias falavam que viviam aflitas, principalmente no sábado à noite e no domingo à tarde, horários em que a ingestão alcoólica se elevava e os ânimos se tornavam exaltados. Nessas visitas era necessário ter habilidade para manter a conversa num clima harmonioso, pois os jovens acreditavam que a bebida alcoólica era fonte de diversão, enquanto os mais velhos

compreendiam-na como “falta de vergonha ou safadeza fonte de desavença na família”. A divergência de pensamento, as mágoas, as culpas e os rancores existentes dentre os familiares poderiam transformar, a qualquer momento, o diálogo em conflito; porém, conseguimos conduzir esse processo num clima de equilíbrio, buscando trocar essas experiências com os agentes de saúde para elevar as suas habilidades de dialogar com as famílias afetadas pelo alcoolismo, buscando desse trabalho de prevenção: Propiciar à família espaço de discussão e debate a respeito da problemática do alcoolismo, do papel dos familiares ao colocar limites durante a educação dos filhos, da importância do autocuidado e da valorização da vida, conforme nos orienta o relatório do I Fórum Nacional Antidrogas (BRASIL, 1999).

Durante as visitas domiciliares observamos que as residências das famílias afetadas pelo alcoolismo se encontravam numa situação de extrema desordem ou descuido não intencional; a maioria sentia vergonha diante da nossa presença. No semblante das pessoas transparecia a baixa auto-estima, a tristeza, inclusive das crianças e dos adolescentes; às atitudes de falta de esperança, ilustradas na frase frequentemente expressa: “Perdi todo o gosto de me arrumar e arrumar a casa. Pra que? Não é mesmo? Pra chegarem acabando com tudo, vomitando, sujando, a senhora me desculpe a desordem” (Fala de uma mulher idosa durante a visita domiciliar realizada no dia 14.09.04).

A vergonha diminuía pela força do diálogo amoroso e da escuta sensível que procurávamos estabelecer. O alcoolismo nas famílias carentes torna essas pessoas ainda mais empobrecidas, pois elas utilizam o que resta de condições materiais para a manutenção da própria subsistência, para alimentar a dependência alcoólica. Era comum encontrarmos nessas residências: mobília quebrada, paredes sujas e com buracos, pessoas queixando-se de fome, roupas em trapo, água e luz cortadas, falta do gás de cozinha, dentre outras carências. Presenciamos, inclusive, idosos recolhendo pedaços de madeira pelas ruas para acender o fogo e

cozinhar o pouco de comida que restava em casa para alimentarem seus familiares. Esses resultados conferem com os estudos de Edwards (1999), Beattie (2004) e Zampieri (2004).

Na maioria dessas famílias, cabia às pessoas idosas a tarefa de tomar conta das crianças (netos) que, normalmente, se encontravam física e emocionalmente maltratadas, espancadas e, até abandonadas pelos pais. No entanto, alguns vizinhos, muitas vezes, solidários com o problema dessas famílias, ajudavam no que podiam, mas também se queixavam da situação e, diziam: “Todo dinheiro que pegam é para gastar com bebida e a gente vai ficar sustentando?” (Fala da vizinha de Leto, por ocasião da visita domiciliar, realizada no dia 28.09.04).

Durante algumas visitas encontramos a presença dos vizinhos participando na dinâmica daquelas famílias. Alguns falavam da revolta por causa dos comportamentos inadequados e violentos dos alcoólicos como também de outros membros daquelas famílias, que afetavam o bem-estar da vizinhança. Percebíamos também, através dos diálogos, o quanto à família vítima do alcoolismo é rechaçada na comunidade e, durante as visitas, procurávamos valorizá-las.

Diante do sentimento de ser compreendidas, de poder desabafar as mágoas, os ressentimentos, a revolta, a raiva do sofrimento acumulado e silenciado ao longo da vida, essas pessoas, ao final da visita, tinham a expressão facial modificada, com um brilho nos olhos e, muitas vezes, até um sorriso no rosto. Geralmente pediam desculpas pela desordem da casa e manifestavam admiração por abordarmos “aquele assunto”, que para eles era fonte, apenas, de negatividade e vergonha. As visitas acabavam sendo longas, demorando além do tempo previsto, pois entendíamos ser necessário ouvir os relatos completos dos idosos.

Durante aquelas visitas, descobrimos famílias inteiramente destruídas pelo alcoolismo. A exemplo da família de Maria e Manoel que tinham três filhos homens, todos doentes mentais, sendo dois desses violentos e o terceiro filho, conhecido por “Leal”, vivia pelas ruas e por onde passava as pessoas lhe ofereciam “uma bicadinha, um tiragosto”, ao que ele agradecia sorridente, sinalizando com o polegar a expressão “Leal”. Seus pais disseram que os três filhos eram

peessoas normais; porém, entre os 16 e 17 anos, haviam se envolvido com o álcool e outras drogas, passaram a envolver-se com a justiça; e ter problemas de saúde, inclusive internamentos em hospitais psiquiátricos e, acabaram por perder definitivamente a saúde mental.

O casal acima referido, também, tinha uma filha e um neto; a criança estava com 3 anos de idade, porém a mãe não se responsabilizava pelo menino, ficando ele sob os cuidados da avó, que de tanto lutar com os três filhos doentes mentais, vivia impaciente, se tratava de hipertensão e tomava medicamento para dormir. Ela desabafou dizendo: “Eu vivo tão estressada, bato tanto nessa criança, queria me controlar mas não consigo, já disse ao velho, tô vendo a hora ficar doida também”. (Fala da mãe de Leal na visita domiciliar realizada em 05. 10.04).

Outra família totalmente destruída pelo alcoolismo foi a de Leto, um rapaz de 37 anos que se encontrava acamado, com um quadro sugestivo de miocardiopatia congestiva descompensada e síndrome de abstinência, pois havia parado de beber dois dias atrás, devido ao seu estado de total debilidade. Leto estava trêmulo, dispnéico, pálido, desnutrido, com o abdômen e os membros inferiores totalmente edemaciados. Eram 10h da manhã e na casa não havia nada para ele comer. Sua casa era de barro, composta por dois cômodos, teto destelhado, protegido com palhas e paredes sujas com buracos, o chão estava tomado pela sujeira de restos de comida azeda, onde moscas enormes pousavam em todos nós.

Ao lado de Leto, estava a sua mulher de 32 anos, embriagada, com dois filhos, sendo uma menina de 10 e um menino de 12 anos que chamavam Leto de “meu padrasto”; também estava presente sua mãe de 76 anos de idade, conhecida na comunidade por viver bebendo desde a mocidade, o padrasto e dois irmãos – todos embriagados. Nesse momento, embora gravemente doente por causa do alcoolismo, Leto era a única pessoa sóbria da família, envergonhado e atrapalhado com a situação, nos pedia desculpas pela sua família.

Providenciamos alimentos e a visita imediata da médica da USF que, devido à rejeição dos hospitais a pacientes alcoólicos, ela enfrentou obstáculos para interná-lo; porém, dado ao seu

empenho, finalmente, obteve êxito. Dessa forma, Leto ficou hospitalizado durante 10 dias e o diagnóstico de miocardiopatia alcoólica foi confirmado, mas diante da melhora do seu estado de saúde, ele teve alta e voltou à rotina da família pauperizada. Quando voltamos a visitá-lo, encontramos Leto fazendo um caldo de verdura para tomar, eram 3 horas da tarde e ele não havia se alimentado ainda. Todos os seus familiares, embriagados, se encontravam ao seu redor.

No entanto, sua mulher havia ido embora com os dois filhos adolescentes, que segundo informação de uma vizinha, esses adolescentes viviam perambulando pelas ruas, pedindo, para não morrer de fome e o pessoal da comunidade lhes oferecia algum alimento. A vizinha disse que essa era a realidade de outros menores da comunidade, cujas famílias estavam envolvidas com o alcoolismo. Esse quadro nos remete a um estudo do CEBRID, o qual constatou que 75% das crianças de rua de São Paulo são filhas de pais alcoólicos (IN PENAD, 2001).

Conhecemos uma outra família, na qual havia uma senhora de 78 anos que acabara de voltar da AMEM²⁴, instituição de longa permanência onde residia há 5 anos, para cuidar da sua neta de 8 meses de idade porque sua filha de 38 anos havia falecido, vítima do álcool. Uma sobrinha daquela senhora, de nome Sílvia, nos informou que a sua tia também era dependente do álcool desde jovem e que vivia embriagada e caída na calçada do Liceu Paraibano, de onde havia sido recolhida para a AMEM. Situação semelhante aconteceu com a sua filha que acabara de falecer, ou seja, vivia embriagada pelas ruas do mercado central e parava sempre em um local denominado “CTI dos bêbados”²⁵, onde freqüentemente morriam os alcoólicos.

Há dois anos atrás, a prima de Silvia havia sido retirada das ruas do mercado central por um senhor idoso que a acolheu na sua própria casa (no Alto do Céu), dando-lhe amor e, apesar

²⁴ Associação Metropolitana de Erradicação da Mendicância (AMEM), situada na BR 230, KL 11, Cabedelo, PB.

²⁵ O CTI dos bêbados no Mercado Central, trata-se de um local sujo e fétido. No qual, agrupam-se e vivem diversos alcoólicos de João Pessoa, homens e mulheres. Segundo informações de pessoas que negociam nas proximidades, alguns têm família, mas não querem voltar para casa, preferem ficar ali, junto com os outros bebendo. Geralmente morrem por lá mesmo; os transeuntes ou os policiais, chamam o IML para recolher o corpo, o qual, demora quase o dia todo e, quando chegam recolhem o morto de forma aborrecida. Outro dia naquele local conversamos com um alcoólico que havia sido diretor de um banco num Estado vizinho. O mesmo foi interno num Hospital beneficente para tratamento clínico e estava de alta do citado hospital, uma assistente social telefonou para a sua família e os ex-colegas de trabalho, porém eles não quiseram contato com tal pessoa.

de pobre, lhe deu também condições de vida digna, conseguindo com que ela parasse de beber. Silvia lembra que a sua prima: “Ganhou vida nova, ficou bonita, feliz dava gosto de ver, ficou grávida, teve essa linda menina e, era uma mãe amorosa, mas o seu marido adoeceu e morreu, ela voltou a beber e em seguida, faleceu embriagada com a criança mamando ao peito”. (Fala de Sílvia na domiciliar em 19.10.04).

Silvia, que estava providenciando a adoção da filha da prima, já falecida, ajudava sua tia a tomar conta da menina, pois esta era doente do coração, diabética e obesa, mas, mesmo assim essa senhora de 78 anos “vivia mandando comprar uma garrafinha de vinho para tomar”. Porém, depois daquela visita, Silvia que tinha o marido também alcoólico, passou a frequentar os grupos de apoio na USF e passou a trocar experiência sobre o alcoolismo com o seu marido. Este, a partir da ajuda que estava recebendo da sua mulher em termos de apoio e de conhecimentos, passou a beber menos, desabafando, Silvia disse: “Na nossa família, já morreram muitos de alcoolismo e tem muita gente no mesmo caminho” (Fala de Sílvia na visita domiciliar em 19.10.04).

Dentre os agentes de saúde que participaram da pesquisa-ação, apenas três nos acompanharam nas visitas domiciliares. A agente de saúde que tinha o marido idoso e um filho vítima do alcoolismo foi a que mais se empenhou e abraçou a causa, participando das visitas e do trabalho desenvolvido nos grupos no sábado à noite, conduzindo os alcoólicos para as reuniões do AA e acompanhando o desenvolvimento de sua mudança de vida. Estas agentes de saúde vivenciaram conosco a prática do diálogo no domicílio com as famílias sobre alcoolismo, sendo este um assunto que consideravam um tabu e, por isso, tinham vergonha de abordá-lo.

A vergonha de abordar o problema do alcoolismo nas famílias foi se modificando ao sistematizarmos o conhecimento que íamos adquirindo, pois ele era fonte de debates e troca de experiência com a equipe de saúde durante as visitas domiciliares, no grupo de estudo da sexta-feira, e com a comunidade, esse processo fez com que os profissionais passassem a perceber a

dimensão do problema, o quanto essas famílias estavam necessitadas de apoio e como desenvolvê-lo.

Passado o final do ano de 2004, realizamos um jantar de Natal para os idosos, enquanto trabalhávamos no processo da pesquisa-ação através do grupo de Educação Popular em Saúde. No início de 2005, para divulgar a pesquisa e socializar o conhecimento que íamos organizando, realizamos algumas rodas de conversa como acolhimento no agendamento da USF, evitando as filas cansativas bem como aproveitando o tempo de espera com atividades educativas de prevenção do uso indevido do álcool na comunidade.

3.7 Rodas de conversas: dialogando sobre o problema do alcoolismo na comunidade

As rodas de conversa ocorreram nos dias 15, 22 e 29 de março de 2005, com as pessoas que esperavam o agendamento das consultas médicas e odontológicas, nas quais continuamos a investigação diagnóstica da problemática, inclusive aplicando um formulário para verificar o percentual de alcoolismo entre as pessoas com as quais dialogamos. Além dessas três rodas realizamos também outra grande roda com 180 idosos no mês de setembro do referido ano, na qual debatemos sobre os dados dessa pesquisa.

Quanto às rodas de conversa elas também são chamadas de círculos de cultura, nos quais, segundo Brandão (2005, p. 72), trabalhamos “[...] com as pessoas na roda, conversando sobre a gente e sobre o nosso mundo de cultura”. O autor diz que da mesma forma Paulo Freire fazia para buscar as palavras geradoras na alfabetização de adultos. Ao invés de colocar as pessoas uma atrás das outras nas carteiras da sala de aula, ele as colocava numa roda. No diálogo realizado nessas rodas dos círculos de cultura educadores e educandos extraíam os temas geradores das idéias que essas pessoas faziam do mundo em que viviam e na troca de experiência uniam o conhecimento empírico com o científico e aprendiam a fazer a leitura do mundo, ou seja, saíam da consciência ingênua para a consciência crítica.

De acordo com essa perspectiva educativa, reunimos as pessoas em roda e propomos uma conversa sobre os temas: “Educação Popular em Saúde, Alcoolismo e Autocuidado”. Com a permissão dos participantes, iniciamos o diálogo tentando sensibilizar as pessoas para valorizarem a educação em saúde, pois a equipe de saúde reclamava que os grupos de adolescentes e das mulheres gestantes permaneciam esvaziados, apenas o dos diabéticos e dos hipertensos tinham uma frequência regular. No entanto, para agendar as consultas médicas formavam longas filas, onde algumas pessoas estressadas reclamavam, xingavam, criavam tumulto tentando garantir o agendamento da consulta, pois a demanda era sempre maior de que as possibilidades de atendimento. Estes acontecimentos além de provocarem mal estar geral, colocavam em risco a ordem da USF e a segurança da equipe de saúde.

Apesar do tumulto para conseguir as fichas, as rodas de conversa significaram uma experiência importante. Participaram dessas rodas 316 pessoas, incluindo idosos, adultos e crianças. Foram escalados para ajudar nesse trabalho, dois agentes de saúde e uma agente de odontologia; as rodas ocorreram nas terças-feiras, no horário de 07h as 09h e de 11:30h as 13:30h, durante o agendamento da odontologia e das consultas médicas respectivamente.

Nas rodas de conversa iniciamos o diálogo sobre a importância da educação em saúde e do autocuidado, relacionando-o com a cultura para o beber excessivo; informando e apresentando os dados que estávamos obtendo através da pesquisa e, para orientar o debate fizemos a seguinte pergunta: Qual é a opinião de vocês sobre o alcoolismo na família? As respostas foram surgindo a partir das mulheres mais velhas, que traziam as crianças para consultar, as quais disseram que se tratava de “falta de vergonha ou safadeza, coisa do diabo”, dentre os participantes, apenas duas pessoas acreditavam que podia ser problema de saúde, mas não o compreendiam (Falas dos participantes da roda de conversa em 15.03.05).

Ao refletir sobre o assunto, aquelas pessoas disseram que o desemprego entre os homens ajuda a piorar o alcoolismo, uma vez que estes vivem desocupados e, já na segunda-

feira pela manhã, eles se agrupam nas calçadas ou nos botecos e que: “Passavam a semana se ocupando em beber, jogar baralho, dominó, maltratar as crianças e difamar as mulheres, em dizer que elas vão trabalhar e vão trair eles, e como é que elas vão dar comida aos filhos, sem trabalhar?” (Questionamentos dos participantes da roda de conversa em 15.03.05).

Uma mulher jovem discordou da visão das mulheres mais velhas dizendo: “A gente não bebe pra ficar com problema de alcoolismo não, a gente bebe para se divertir no final da semana, com os amigos, todo mundo faz isso”. Ela foi apoiada por outras da mesma faixa etária. Como percebemos, as pessoas mais jovens daquela comunidade utilizam a bebida alcoólica como um meio de diversão e de socialização, desconhecendo as conseqüências dessa atitude para sua própria vida como também para a vida de seus familiares.

Esta era uma realidade observada no cotidiano da comunidade, pois, a partir da sexta-feira à noite até o domingo à tarde, as ruas se transformam numa festa: colocam nas calçadas, mesas e aparelhos de som ligados em volumes elevados; as pessoas bebem, degustam churrasquinhos, dançam e cantam ao som das músicas populares. Algumas vezes essa diversão resulta em brigas, havendo até mortes à faca ou à bala. Juntam-se às brincadeiras, os jovens e os adolescentes, inclusive as crianças que bebem o resto da bebida que fica nos copos dos adultos e corriam também o risco de serem afetadas pela violência ou acertadas por alguma bala perdida.

Naquelas conversas, as pessoas afirmaram que viviam apavoradas com os familiares que voltavam das festas embriagados pela madrugada porque, altas horas da noite, elementos mascarados costumavam andar pelas ruas, armados de revólver e matavam até por motivos banais. Apesar desses relatos, todos concordavam que a comunidade estava numa fase de calma porque a maioria dos desordeiros já havia sido “apagada”. E nos advertiram para que tomássemos cuidado pois: “A senhora já tá sendo chamada por aqui de ‘a mulher dos bebos’ e eles não gostam desse trabalho que vocês faz aqui no PSF não” (Falas dos participantes da roda de conversa, realizada no dia 22.03.05).

É comum o profissional, ao realizar esse tipo de trabalho, encontrar pessoas que se opõem a ele; podem ocorrer riscos diversos, inclusive o risco de vida, pois lidamos com pessoas que apresentam distúrbios do comportamento ético e mesmo as psicopatias. Razão pela qual é necessário trabalhar sempre alerta e em equipe, para evitar que um único profissional seja o alvo da insanidade de pessoas que cultivam o álcool e as outras drogas como uma filosofia de vida. Nesse sentido lembramos aqui do jornalista Tim Lopes, e tantos outros, que foram assassinados vítimas desses problemas sociais.

Uma participante nessa roda de conversa contou a história de um rapaz de 19 anos, alcoólico e usuário de outras drogas que vendeu todos os objetos da casa de sua mãe, até as panelas e o motor da geladeira, para pagar dívidas de drogas. Sua mãe e suas duas irmãs tiveram que alugar um quartinho e sair da casa com medo de serem assassinadas pelos inimigos do filho. Esta era uma realidade comum em algumas outras famílias que precisa ser estudada e compreendida, para que sejam planejadas e implementadas as medidas de enfrentamento.

Dialogamos também sobre a violência doméstica, pois geralmente nos finais de semana, ocorriam lesões à faca e também casos de suicídio envolvendo as pessoas que vivem a problemática do alcoolismo na família. Ouvimos os relatos sobre uma jovem de 14 anos, cujo pai era um alcoólico violento; que vivia batendo nela e em sua mãe, esse pai não gostava do rapaz com quem a jovem namorava. A jovem acabou grávida do referido rapaz, o qual não assumiu a sua responsabilidade diante da situação. Assim, tomada pelo desespero, a adolescente grávida se enforcou no interior da sua residência.

Pudemos perceber através de tantos relatos, que para as pessoas pesquisadas a bebida, a droga e a violência era uma realidade vivenciada no cotidiano da comunidade. Havia uma queixa de falta de sossego constante, principalmente para os mais velhos e para as crianças ao mesmo tempo em que para os jovens e os adultos, significava motivo de prazer, animação e lazer.

Estudos como os de Niewiadomski (2004, p.1) mostram que, através dos relatos de vida, podemos relacionar o alcoolismo com diversas situações de violência, tais como: “homicídios, golpes e ferimentos voluntários e involuntários, crimes e delitos sexuais, maus-tratos, incesto, roubos, degradações, rebeliões e ultrajes diversos”. Observamos também durante aquelas conversas que dentre as mulheres trabalhadoras domésticas havia algumas mães que, mesmo pobres, cuidavam muito bem de suas crianças.

Porém a maioria deixava seus filhos com suas mães idosas, para trabalharem; já as que não tinham suas mães para tomar conta das crianças, pediam uma folga no trabalho para levá-las à consulta médica ou odontológica. Eram mulheres sofridas, aparentando desgaste físico e psicológico, sem condições financeiras e sem tempo para cuidar de seus filhos, os quais se apresentavam desnutridos, pálidos, com tosse e, ainda assim, os adultos fumavam junto deles.

As crianças choravam devido ao sofrimento provocado pelas doenças e pelas carências sentidas; presenciamos algumas crianças que, sorriam brincando com as avós, que as levavam para as consultas; essas avós, mesmo sobrecarregadas, pareciam ser mais pacientes e amorosas; elas é que tomavam conta de várias crianças, filhas de várias filhas e filhos, muitas vezes, mães sem companheiros, amargas pela droga da vida que são obrigadas a viver. Algumas avós disseram: “Eu levo eles até pra receber a minha aposentadoria porque não tenho com quem deixar” (Fala das avós participantes da roda de conversa em 29.03.05).

Assim, podemos perceber que grande parte dos problemas dessas pessoas, além de vivenciarem o alcoolismo, passa também por privações de ordem sócioeconômica e educacional. Um outro problema que surgiu nessa roda de conversa foi o uso de bebida alcoólica por adolescentes, como também a gravidez precoce. Uma avó de três adolescentes presente na conversa falou: “Eles vão para as festas bebem e chegam tarde da noite e as meninas de 13 e 14 anos, não obedecem aos mais velhos, estão ficando grávidas porque transar sem camisinha é uma prova de amor exigida pelos namorados”.

Nessa conversa outras pessoas disseram que: “As garotas, ao beberem, se deixavam seduzir por aquela chantagem, resultando que as adolescentes com 17 e 18 anos já haviam engravidado pela segunda ou terceira vez e passavam fome diante das condições sócioeconômicas da família”. Estas adolescentes apresentavam um quadro de carência total e, estando sem emprego e sem marido, as crianças que nasciam acabavam sendo criadas pelas avós e até as bisavós mesmo pobres e cansadas, assumiam essa responsabilidade.

Eduards (1999, p. 230) afirma que: “A melhor ajuda para os filhos é o restabelecimento da felicidade no lar” esta é a melhor prevenção de álcool e das outras drogas na família, pois o fato de um pai ou uma mãe dependente parar de beber, de brigar, de cometer violência no seu cotidiano, é benéfico para a felicidade e o bem-estar dos menores.

Mesmo assim, sabemos que a negligência no atendimento aos direitos sociais básicos em nosso país leva ao agravamento de todos estes problemas, pois decorre desta situação a necessidade de enfrentamento de questões fundamentais para o desenvolvimento sócioeconômico e cultural, como o analfabetismo, o desemprego e a falta de educação em saúde, para que se trabalhe adequadamente buscando mudar a cultura do uso do álcool, passada dos adultos para as crianças, de geração para geração, além de tantas outras questões que produzem tanta infelicidade e que impedem a qualidade de vida.

Como restabelecer o bem estar em famílias carentes em sua estrutura de base se a elas falta tudo? Observamos que a aposentadoria e a presença das mulheres idosas significa a segurança mínima de sobrevivência, inclusive cedendo suas casas para abrigar as novas gerações. As mulheres idosas partilharam que as crianças que não tinham as avós para tomar conta, eram encontradas em grande quantidade “pelas ruas, aprendendo tudo o que não presta, jogando bola de “gude” nos esgotos, sujando as mãos, se enchendo de lombriga para, em seguida, voltar pra doutora passar remédio” (Fala das avós na roda de conversa em 29.03.05).

Durante os diálogos na roda de conversa, as mulheres mais jovens que passam a semana inteira no trabalho, saem de casa cedo e chegam à noite, disseram: “A gente chega do trabalho cansada, irada, de cabeça quente com o dinheiro sem dá pra nada, suporta abuso do patrão e encontra os filhos pela rua, aí mete o grito e mete a peia e toma ‘uma’ para acalmar”. Exaustas com a luta para sobreviver, enfrentando o desamor e a solidão, algumas pareciam embrutecidas, sem ternura para com seus filhos, inclusive na via pública o que provocava um sentimento de indignação nas avós e nas crianças, pois estas, já na infância, perdem a sua alegria de viver.

Dentre os presentes nas rodas de conversa, 02 homens revelaram que tinham problemas de alcoolismo crônico e estavam buscando atendimento médico porque a sua saúde estava comprometida, pareciam estar com síndrome de abstinência pois apresentavam tremores intensos e outros sintomas que revelaram; além disso, também eram fumantes. Eles ouviam as conversas em silêncio, porém um deles solicitou uma conversa em particular e nos contou do seu alcoolismo, pedindo orientação para conseguir deixar de beber; nós o encaminhamos para um grupo de AA na comunidade, onde está se recuperando.

Durante as rodas de conversa, nas visitas domiciliares e no atendimento diário da USF, solicitamos das pessoas o consentimento para responder a um formulário contendo 9 perguntas, sendo que quatro delas foram referentes ao CAGE para detectar o percentual de alcoolismo junto às pessoas com quem dialogamos, cujo conteúdo se encontra descrito a seguir:

- (C) Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir (“cut down”) a quantidade de bebida ou parar de beber?
- (A) As pessoas o(a) aborrecem (“annoyed”) porque criticam o seu modo de beber?
- (G) O Sr.(a) se sente culpado(a) (“gully”) cheateado(a) com o senhor(a) mesmo(a) pela maneira como costuma beber?
- (E) O Sr.(a) costuma beber pela manhã (“eye-opener”) para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Se das quatro perguntas acima relacionadas obtivermos duas respostas positivas, esse resultado é indicador de alcoolismo. A quinta pergunta formulada foi sobre o hábito de beber

durante os finais de semana. Obtivemos a participação de 614 pessoas, cujos resultados apresentamos nos quadros que seguem:

Respostas	Mascul.	%	Femin.	%	Total de participant.	%
Nº de participantes	250	40.7	364	59.3	614	100
CAGE positivo	68	27.3	22	06	90 Pessoas CAGE +	14.7
CAGE negativo	182	63.7	342	53.3	524	85.3
Total	250	100%	364	100%	614	100%

Quadro 01: Percentual de pessoas CAGE positivo

Fonte: Pesquisa direta, 2005

Respostas	Mascul.	%	Femin.	%	Total de participant.	%
Nºde participantes	244	39.7	370	60.3	614	100
Nº/Respostas positivas	123	50.4	89	24.6	212	34.6%
Nº/Resp. negativas	121	49.6	281	75.4	402	65.4%
Total	244	100%	370	100%	614	100%

Quadro 02: Percentual de pessoas que costumavam beber todos os todos os finais de semana

Fonte: Pesquisa direta, 2005

De acordo com os resultados acima mostrados dentre as 614 pessoas que responderam ao formulário 90 dessas apresentaram um CAGE positivo, significando um percentual sugestivo de alcoolismo em torno de 14.7%, com uma tendência a se elevar, considerando que dentre as 614 pessoas, 212 representando 34.6% da mesma amostra responderam que costumam beber durante todos os finais de semana. Esses percentuais demonstram a necessidade de ações preventivas a nível primário e secundário como estratégia de enfrentamento do problema e de suas complicações.

As outras 4 perguntas perfazendo um total de nove questões, foram introduzidas a pedido da equipe de saúde para avaliar a opinião da comunidade sobre a prestação do serviço da USF e cujos resultados foram os seguintes:

1. O que o senhor(a) está achando dos serviços prestados pela USF nesta comunidade?

516 pessoas responderam que achavam ótimo e 98 pessoas responderam que achavam um bom serviço.

2. O que o senhor(a) acha do seu agente comunitários de saúde? Das 614 pessoas entrevistadas, 580 afirmaram que eles eram ótimos, ressaltaram que alguns faziam até visitas noturnas às famílias que passavam o dia trabalhando, 30 pessoas responderam que eram bons e quatro pessoas disseram que tinham sido tratadas com grosserias por dois deles.

3. O que o senhor(a) poderia fazer para cooperar com a USF? 370 pessoas disseram que melhorando a participação nas reuniões; dessas, 191 acreditavam que seria não faltando às consultas agendadas; 20 pessoas responderam que tomando os remédios e seguindo as orientações da doutora, seguindo-se de 33 respostas de pessoas que não sabiam como ajudar.

4. Essa última pergunta foi: O que o senhor(a) está achando dos grupos de apoio para as famílias com problema de alcoolismo? Para 320 pessoas, era uma ótima iniciativa; 131 delas disseram que era uma boa iniciativa; 160 não opinaram e 3 pessoas confessaram sentir revolta por quem vivia bebendo, já que se tratava de “uma mundiça” e que não mereciam apoio, na visão dessas três pessoas.

De acordo com os resultados desse estudo, verificamos que há uma motivação presente na comunidade para o uso excessivo de álcool expressa através de homens e mulheres durante os diálogos e também através das respostas sobre ingestão alcoólica durante os finais de semana, com o significado de beber recreativo associado ao lazer. De acordo com as observações realizadas, com os dados obtidos nas rodas de conversa, nas visitas domiciliares, com o número de pessoas CAGE positivo, percebemos a tendência para a elevação do alcoolismo na comunidade, inclusive entre as mulheres, porém, esses dados precisam ser comprovados com maiores detalhes em futuras pesquisas. Esses resultados ajudam a subsidiar as atividades de prevenção e de assistência às famílias afetadas pelo alcoolismo na USF.

Durante o estudo houve a comprovação de que a comunidade está satisfeita com o serviço prestado pela USF, com a atuação da equipe de saúde e com os grupos para apoio as famílias afetadas pelo alcoolismo; satisfação essa que também comprovamos durante todo o

percurso da pesquisa. No entanto se trata de um serviço estressante devido a sua complexidade e as limitações na resolução dos problemas; havendo a necessidade de um cuidado maior por parte dos gestores com a saúde das equipes que lidam com tantas complicações.

Concluindo esse capítulo, observamos que os resultados desse estudo com a equipe de saúde, com os idosos e seus familiares, começaram a chegar em forma de reflexão sobre as dificuldades da equipe de saúde e da comunidade, o estado em que se encontram as famílias devido ao desemprego e à dureza da vida dos trabalhadores e trabalhadoras que vivem com um salário mínimo ou com a renda dos aposentados e biscates, pela falta de educação, de creche para abrigar as crianças, de segurança, produzindo nas famílias do Alto do Céu um estado de pobreza e adoecimento absurdos, situação que se agrava ainda mais pela convivência com a problemática do alcoolismo, impossibilitando uma vida digna. E deixamos aqui uma reflexão: Como será a história intergeracional do alcoolismo nessas famílias contada pelos idosos? Buscamos a resposta no próximo capítulo.

CAPÍTULO IV

A EXPERIÊNCIA DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE ARTICULADA COM A COOPERAÇÃO DO AA E DO AL-ANON NA ABORDAGEM DO ALCOOLISMO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Prosseguindo com a pesquisa no próximo capítulo, veremos, a partir do relato de vida dos idosos, como se desenvolveu a história do alcoolismo em diversas gerações e no curso de vida dessas famílias, como elas vivem e cuidam de seus familiares alcoólicos e como a Educação Popular em Saúde pode contribuir para elevar a qualidade de vida dessas pessoas.

Neste capítulo, desenvolvemos a experiência na USF Alto do Céu I, com a Educação Popular em Saúde aplicada no enfrentamento do alcoolismo familiar com um grupo de idosos familiares de alcoólicos, onde prosseguimos com a investigação diagnóstica buscando a história intergeracional do alcoolismo na família a partir dos relatos de vida desses idosos²⁶. Em seguida, apresentamos a cooperação do AA e do Grupo Institucional Al-Anon, na USF para ampliar o apoio às famílias portadoras desse problema. Concluindo esse capítulo realizamos uma reflexão sobre a troca de experiências a partir dos temas geradores com os grupos organizados e com a comunidade.

A sistematização dos relatos de vida dos idosos e de seus familiares, realizada nesse estudo, mostra diversos ângulos da história intergeracional do alcoolismo na família que falam por si e são mais eloqüentes do que as análises individuais que jamais conseguiriam esgotar as explicações sobre fatos existenciais de tanta complexidade. Cavalcanti (1998, p. 109) defende que: “Nos métodos autobiográficos, pela riqueza que os relatos de vida apresentam, a análise e

²⁶ Confessamos a nossa emoção, ao reler os relatos de vida aqui contidos, pois eles foram mais fortes na palavra proferida no grupo, do que na transcrição desse texto, o qual, passou pelo tratamento dos dados, para ficar uma escrita científica. Dessa forma, foram omitidos os termos “fortes” expressando desespero, revolta e até mesmo ódio, sentimentos inerentes ao processo da dependência e da codependência do álcool, pois talvez fossem considerados pejorativos. No entanto preservamos os termos “mundiça”, o qual é utilizado na comunidade para denominar as famílias que padecem com o problema do alcoolismo, bem como as expressões “falta de vergonha, safadeza e ruindade” pois representavam o significado do alcoolismo nas famílias pesquisadas.

interpretações dos dados são dispensáveis”. No entanto fizemos avaliações, reflexões e algumas análises, relacionando os dados empíricos com a literatura pertinente; porém, dependendo da visão com que o leitor ou a leitora venha a analisar os relatos de vida dessa experiência educativa, eles possibilitam diversas interpretações sobre a problemática do alcoolismo.

Niewiadomski (2002) afirma que o grupo é um espaço de diálogo sobre a história do alcoolismo na família e, sendo “cuidadosamente contratualizada permite também pesquisar respostas democráticas que se apóiam sobre o respeito e sobre a reativação do laço entre si e do outro”. Nesse sentido os grupos organizados durante essa pesquisa se constituíram em espaço de estudo para a tomada de consciência de si mesmo e da própria história contendo a problemática, buscando no coletivo a coragem para mudar. Pois segundo Freire (2003) a prática educativa deve ter historicidade e oferecer a homens e mulheres a possibilidade de descobrirem que precisam lutar para se libertar dos condicionamentos e se arriscarem na aventura da liberdade.

O material empírico obtido através dos diálogos nas reuniões com a comunidade, com a equipe de saúde, nas visitas domiciliares e, nas rodas de conversas, como os relatos de vida aqui contidos serviram de subsídio para os temas geradores do conteúdo educativo nas reflexões que fizeram parte dessa etapa da pesquisa, junto com os conteúdos teóricos citados nas páginas [100-101] do terceiro capítulo.

Buscamos através da sistematização dos relatos de vida dos idosos e de seus familiares priorizar a investigação diagnóstica do alcoolismo na família, contendo a situação social dos participantes, seus problemas socioeconômicos, os maus tratos, a violência, os problemas de saúde e o apoio para o autocuidado, conforme discorreremos a seguir.

4 1. A história do alcoolismo na vida dos idosos e de suas famílias

O grupo dos idosos teve as suas atividades iniciadas na última semana de maio de 2004. Funcionou na Igreja de Nossa Senhora da Conceição, nas segundas-feiras, de 08:30 às 10:30h,

porém, a partir de setembro de 2004, passou a funcionar no escovódromo²⁷, seus participantes foram, cinco mulheres familiares de alcoólicos, com faixa etária que variou entre 60 a 76 e um idoso de 99 anos que, além de ser familiar de alcoólico, se tornou, também, dependente de álcool, sendo, portanto, presença importante para a compreensão do alcoolismo na família, retratada, aqui, pelos 6 idosos integrantes do estudo a partir dos seus relatos de vida.

Apresentamos abaixo uma fotografia de uma de nossas reuniões, onde fizemos uma reflexão sobre a poesia de Miguel (vide p. 165), um adolescente de 14 anos, bisneto de Antônio, único idoso do sexo masculino participante desse estudo.



Figura 09: O ambiente do Grupo de Educação Popular em Saúde
Fonte: Pesquisa direta, 2005

Na fotografia anterior visualizamos as mulheres idosas, alguns familiares e uma agente de saúde (de blusa preta) a única que se engajou nesse trabalho educativo no sábado à noite; a médica da USF costuma comparecer aos grupos uma vez por mês, as outras pessoas da equipe depois que os grupos passaram a funcionar no sábado à noite compareceram apenas na avaliação

²⁷ O escovódromo é um terraço da USF, no qual o serviço de odontologia realiza a educação bucal. Esse local a partir do mês de setembro de 2004 passou a ser compartilhado com o grupo de Educação Popular em Saúde (de 19h às 20:20h) e com o Grupo Institucional Al-Anon em Busca da Paz (de 20:30h às 21:30h), as reuniões ocorrem a cada quinzena a pedido dos participantes, para não sobrecarregá-los, devido ao acúmulo de suas responsabilidades.

final²⁸. A seguir, passaremos a descrever as experiências vividas pelos sujeitos participantes dos grupos, cujos relatos de vida receberam títulos de trechos de suas falas e serviram de temas geradores para reflexão e debates junto com os conteúdos científicos durante as reuniões. Para nortear os relatos de vida fizemos as seguintes perguntas: 1. Como foi a vida de vocês convivendo com a problemática do alcoolismo? 2. Qual é o significado de alcoolismo para vocês? 3. Como é que os idosos estão enfrentando o alcoolismo na família? O primeiro relato foi o de Rosa, prosseguindo com os de Flor, Maria, Sara e Vera, concluindo com o de Antonio.

Passei a vida sofrendo com o alcoolismo, sem beber

Rosa, 76 anos, analfabeta, viúva, católica, trabalha lavando roupa para complementar a renda familiar e teve quatro filhos – duas mulheres e dois homens. Dividiu sua casa de apenas dois quartos ao meio para seu filho mais velho morar depois que se casou e, ela – Rosa - passou a morar na parte de trás da casa com uma neta de doze anos e seu filho mais novo de vinte e seis anos. No quintal da casa, ela construiu mais um cômodo onde mora outra filha com seu marido e um filho.

Iniciou seu relato de vida falando que a sua infância foi “um sofrimento” porque seu pai vivia embriagado, maltratava sua mãe por ciúmes, porém sua ira atingia a ela e ao seu irmão. Ainda criança, trabalhou na roça para ajudar seus pais, passou muitas dificuldades, inclusive, fome, porém, dentre tantos problemas, o pior mesmo, foi conviver com o alcoolismo do seu pai.

Ao iniciar a sua adolescência, resolveu se casar pensando em sair da casa dos pais para se livrar dos problemas da família e ter sossego. Namorou um rapaz aos 15 anos com quem se

²⁸ Tivemos dificuldades para manter o funcionamento dos grupos. Pois os adultos trabalham durante a semana e estudam a noite. As mulheres idosas além de tomar conta dos netos, trabalham em faxinas e lavagem de roupas para a complementação da renda familiar. Dessa forma os integrantes desse estudo decidiram que o sábado à noite era o horário disponível para a participação no trabalho educativo em saúde. Por outro lado à equipe de saúde, que enfrenta uma demanda excessiva nos dois expedientes durante a semana, não pode trabalhar nos finais de semana, com justa razão. Havendo uma falta de sincronia entre o trabalho pedagógico, o tempo do serviço de saúde e a demanda da população.

casou rapidamente. Em seguida, percebeu que seu marido era ciumento e que ele bebia tanto quanto o seu pai. Não demorou muito para surgirem os conflitos, pois segundo Rosa: “A gente vivia assim, um dia eu apanhava outro dia eu dava, até que um dia ele embriagado e com ciúme deu uma facada na minha cabeça, ai eu me saparei, mas depois a gente voltou a viver”.

Apesar do ciúme e da bebida, ela disse que seu marido era um pedreiro qualificado, trabalhador e um bom pai. Mas morreu antes dos cinquenta anos nos seus braços, a caminho do hospital, numa segunda-feira, depois de ter passado um final de semana na bebedeira, lhe deixando grávida do filho mais novo. Com quatro filhos para criar, Rosa teve que trabalhar lavando roupa nas residências. Chorava ao lembrar que deixava os filhos trancados, muitas vezes, com quase nada para comer, “apenas com bolacha seca e água”, quando saía para trabalhar. Por isso, a refeição que recebia na casa do patrão, guardava para comer com os filhos ao chegar em casa. Em prantos, ela lembrou, ainda, que houve uma noite, inclusive, que bateu no seu filho mais novo para ele adormecer e parar de chorar de fome.

Esse mesmo filho, começou a ingerir bebidas alcoólicas aos dez anos, induzido por um vizinho que lhe dava uma pequena quantia em dinheiro para “o menino beber a cachaça e ele sorria com os amigos da careta que ele fazia quando a bebida descia”. Rosa, indignada ao reclamar daquela atitude insana do vizinho, foi ofendida com todo tipo de grosserias, “me levaram na galhofa e ainda hoje eles faz isso com os meninos”; na comunidade, algumas pessoas adultas se divertem ensinando os meninos a beber.

A relação de seu filho com a bebida foi se intensificando. No momento da pesquisa ele estava com 26 anos, sem estudar, desempregado e bebendo diariamente. Seu comportamento ao estar embriagado tornava-se violento e andava armado de faca. Por várias vezes ficou caído na calçada, deixando Rosa aflita, pois, na sua idade, não tinha mais forças para mobilizar o filho e, para não deixá-lo sozinho, caído na rua, ficava do seu lado, chorando até o dia amanhecer, correndo o risco de ataque dos marginais.

Como consequência de ter passado sua vida inteira convivendo com familiares alcoólicos e de já idosa passar a noite sem dormir cuidando do seu filho embriagado, no dia seguinte ela não suportava o cansaço, aumentando ainda mais a falta de esperança de que um dia ele viesse a parar com aquela “safadeza”. Chorando, Rosa dizia: “Cheguei no grupo desesperada com vontade de matar ele e me matar”. Ela não suportava mais ter que passar a “vida sofrendo com o alcoolismo sem beber”.

Nos últimos tempos, Rosa na sua velhice, com a saúde fragilizada, pois sofria de diabete e de hipertensão, se queixava de mal-estar geral e dores pelo corpo, tomava, inclusive, remédio controlado para ficar calma e dormir, porém este não fazia efeito. Ela sentia muita raiva, tristeza, culpa, ódio e desespero, um misto de sentimentos que, em diversos momentos, resultava no seu total descontrole, quando, então, passava a agredir verbal e fisicamente o filho alcoólico e os seus netos.

A despeito de tudo isso e, ainda, com os limitados recursos que possuía, Rosa pagava as contas do filho, cuidava de tudo para ele e tomava conta dos netos, para a filha poder trabalhar. Criava uma neta, pois o seu genro, que também bebe muito, maltratava bastante a menina. E fazia isso, para que esta não sofresse, como ela própria havia sofrido. Porém, dentro de casa, as duas lidam com o mesmo problema. Concluindo, Rosa disse que estava exausta de lutar e sofrer porque “eu vejo meu filho morrendo e vou morrendo também, não tenho mais gosto de viver” (Relato de vida de Rosa, em 07.06.04).

Prosseguindo, Flor ouvindo Rosa refletiu sobre a sua vida e fez o relato que segue.

A gente fica velha cansada de sofrer e de lutar com as bebedeiras

Flor, 61 anos, trabalhadora doméstica, sem aposentadoria, analfabeta, teve um companheiro, com quem teve nove filhos. Dividiu sua pequena casa ao meio para abrigar uma filha, duas netas e recentemente uma bisneta. No seu quintal tem um cômodo, onde morava sua

ex-nora com um neto. Reside também na sua casa o ex-companheiro, seu filho doente mental e dois filhos solteiros. A família vive da renda da filha agente de saúde que dá em torno de um salário mínimo. Os filhos homens estavam desempregados, faziam alguns biscoites, mas, o que ganhavam gastavam com bebida. Flor trabalhava na lavagem de roupas e na limpeza da Unidade de Saúde. Por aquele serviço recebia a quantia de R\$ 50,00 (Cinquenta Reais) pôr mês, apesar de pouco, afirmava gostar do seu trabalho porque nele relaxava das tensões da família. Embora vivendo uma realidade difícil, tinha a esperança de ver a sua situação trabalhista regulamentada pela prefeitura para ficar recebendo o salário mínimo.

Segundo ela, nasceu e viveu no contexto do alcoolismo. Fora criada na casa de seu avô, um homem carrasco, que bebia demais e era violento com seus familiares, principalmente com a sua avó, com a sua mãe e seus tios que foram embora de casa por não suportarem essa triste convivência familiar. Sua história não foi diferente, pois, da mesma forma, também saiu de casa aos 10 anos para trabalhar como doméstica nas residências.

Diante da solidão, vivia em busca de uma companhia que lhe desse o afeto que não teve na família; por isso casou-se aos 14 anos, mas logo descobriu que seu marido era um alcoólico. Dessa forma, viveu nesse casamento, todo tipo de maus tratos, trabalhava como doméstica para criar seus 9 filhos, pois não recebia qualquer ajuda do marido; entretanto, isso não era suficiente e, por muitas vezes, chegou ao passar fome. O marido que ficava em casa desempregado e revoltado com essa situação, maltratava a família e ensinava os filhos a beber.

Flor falava, chorando, sobre a rotina de violência na sua família e acrescentou: “Passei muitas noites na rua com meus filhos. Se entrasse em casa era pra morrer. Fazia a comida e comia escondido com meus filhos. Se ele pegasse a panela, jogava a comida fora porque era comprada com dinheiro de mulher”.

Separou-se, por não suportar mais dividir a cama com uma pessoa que ao invés de ser seu companheiro, havia se tornado seu agressor, porém, como o mesmo não tinha condições de

pagar um aluguel, permaneceu dentro de casa, o que motivou o aumento do seu estresse diário. Ela informou também que uma rezadeira lhe ensinou um remédio (segredo) e o seu ex-companheiro deixou de beber, em decorrência disso, também deixou de ter atitudes violentas.

No entanto, seu sofrimento continuou, pois três dos seus filhos começaram a beber. Um deles aos dezesseis anos, passou a beber excessivamente e a usar outras drogas. Ela ressalta que esse filho era atencioso, cooperativo e estudioso até que entrou no mundo das drogas e mudou totalmente o seu modo de vida, foi, inclusive, preso e torturado pela polícia. Flor relatou que, quando esse filho era preso, ela ficava aflita, se dirigia à delegacia e pedia ao delegado para soltá-lo. No entanto, “fui tão humilhada, ele me chamava de mulher velha sem vergonha e disse que ele era ruim assim, porque eu não tinha dado educação e, porque ele tinha puxado a mim”. Ela ouvia em silêncio aquelas ofensas, mas a única coisa que podia fazer era esperar que o delegado se sensibilizasse com a sua situação. Porém, acontecia o inverso, pois, como o jovem era filho de pessoas pobres, era maltratado pela polícia e não tinha sequer um advogado para defendê-lo.

Informou, chorando, que na última vez que seu filho foi preso, os policiais bateram na cabeça dele e colocaram-na em um saco de gelo durante toda noite. No dia seguinte, ele foi solto, chegou em casa desorientado, passou 15 dias se contorcendo e rolando pelo chão aos gritos. Foi levado para a Casa de Saúde São Pedro muito mal, não morreu, mas ficou doente mental e há muitos anos vive a maior parte do seu tempo gritando e protegendo a cabeça com as mãos, além de ter ficado violento, principalmente, com ela que cuida de tudo para ele.

Diante dessa trajetória de sofrimento com o problema do álcool, Flor envelheceu, chegaram os netos, a bisneta (filha de uma neta de 14 anos). Para piorar a situação, outros dois filhos passaram a beber cada vez mais, casaram-se, separaram-se e voltaram para casa. E a história continuou, os filhos chegavam embriagados pela madrugada, o que afetava o seu repouso. Mesmo não sendo violentos, durante a embriaguês apresentavam comportamentos

inadequados, brincadeiras pesadas e desagradáveis, chegavam até a vomitar dentro de casa, porém, a despeito de tudo isso, ela afirmou: “Eu agüento. Vocês sabem né, como é coração de mãe sempre cabe mais um”.

Assim, à medida que o tempo passava, a família aumentava, o custo de vida subia, entretanto, os recursos para a sobrevivência da mesma encolhiam a cada dia. Frente a essa realidade, sua angústia crescia, principalmente, ao olhar seus netos e a bisneta, Flor afirmava que “as crianças sofrem muito na mão dos adultos que tem problema com a bebida”. Para ela, as crianças da sua família iriam vivenciar os sofrimentos que ela conhece tão bem.

Ao refletir sobre o seu envelhecimento, ela disse: “A gente fica velha, cansada de sofrer e de lutar com as bebedeiras. Dentro de casa só escuta palavra de rebaixamento, de raiva e de mágoa. Ninguém me escuta com atenção, o que velho fala não tem valor, mas quando dão com a cabeça na parede correm pra dentro da casa dos velhos”. Flor vivia sempre na expectativa de uma desgraça na família, pois seus filhos haviam sofrido diversas quedas quando embriagados, principalmente, ao andar de bicicleta e nessas quedas sofreram cortes profundos e fraturas.

Como resultado de uma vida inteira de trabalho pesado, pobreza, maus tratos pelo convívio com o alcoolismo, Flor encontrava-se com a saúde abalada, estava desnutrida e desidratada, com a pressão arterial baixa, sem apetite, sonolenta e com sensação de desmaios, por isso estava em tratamento médico na USF. Negligenciava as suas tarefas diárias de autocuidado e dizia: “A gente leva a vida só pra cuidar de quem bebe e esquece de si, fiquei descuidada, eu estava me acabando, me consumindo, não tinha vontade nem sequer de trocar de roupa nem de pentear meus cabelos, pra quê?”

Nos primeiros meses de participação no grupo, Flor deixava transparecer, apenas, os sentimentos de tristeza, revolta, desgosto, culpa, raiva, desengano, dentre outros, pois havia, até mesmo, perdido a fé em Deus e na vida. Ela declarava que só estava vivendo porque não podia morrer, diante das responsabilidades para com seu filho doente mental e a manutenção de toda a

família. Nesse sentido, nos últimos anos, ela havia se empenhado para conseguir o auxílio da Assistência Social para o seu filho que é doente mental. O analfabetismo lhe deixa limitada para compreender e resolver esse processo, com essa limitação até o momento não logrou sucesso, necessitando de uma assessoria jurídica ou de uma assistente social que a acompanhe e a ajude no desenvolvimento e conclusão de tal processo junto à Previdência Social.

Na opinião de Flor, o alcoolismo é uma “safadeza”. Ela confessava que sentia muita vergonha da sua vida e não contava suas histórias para ninguém, para que não falassem mal da sua família, então, se isolava e silenciava. Pois, ao falar dos seus problemas para outras pessoas, estas diziam: “Quebra eles no pau pra criar vergonha na cara, larga eles e vai embora, bota pra fora de casa, você também é sem vergonha, esse povo é tudo da mesma munição”. Sem ter o apoio da família, nem dos vizinhos, ela escondia o seu sofrimento.

Seu único alento na vida era a sua ex-nora com quem tinha uma convivência fraterna e solidária. No entanto, essa relação despertava o ciúme dos seus filhos, que viviam exigindo que ela mandasse a moça embora. Apesar de Flor viver dedicada a todos os familiares e de dividir a sua casa com eles, vivia uma total falta de compreensão e de aconchego. Para ela, a melhor coisa que estava lhe acontecendo era poder participar do grupo, onde falava dos acontecimentos de sua vida, vivida curtindo a vida dos outros e ser ouvida com respeito. Também achava importante dedicar-se a ouvir as histórias das outras pessoas que tinham o mesmo sofrimento que ela, pois assim, o grupo estava sendo seu grande apoio no momento (Relato de vida de Flor em 21.06.04).

Depois de ouvir o relato de vida das companheiras Maria iniciou o seu.

Alcoolismo é uma agonia na vida da família

Maria, 66 anos, trabalhadora doméstica, analfabeta, casada e convivendo com o marido, o filho, uma sobrinha e o bebê dela, relata que durante sua infância sofreu com seu avô, seu pai e seus tios que viviam embriagados. Em sua opinião beber era “vício e falta de vergonha”,

relembrou, inclusive, que seus familiares alcoólicos eram violentos, o que resultava em constante confusão dentro de casa. Ela cresceu maltratada e com muito medo, diante da realidade em que vivia.

Aos doze anos de idade foi embora de casa para trabalhar como doméstica. Casou-se aos 18 anos, no intuito de constituir um lar para sair das casas onde trabalhava, sendo humilhada e explorada. Passado algum tempo, percebeu que seu marido era um homem autoritário e que bebia excessivamente, além de ser violento, a partir daí sofreu maus tratos físicos, psicológicos, pobreza, fome, etc. Apesar disso, suportava a sua bebedeira, que só veio diminuir recentemente, devido a sérios problemas de saúde e à sua condição de idoso que não oferecia mais a mesma resistência para suportar à bebida.

No entanto, Maria disse que: Além dos aperreios de curtir cana na infância, depois do marido eu tenho sofrido com o filho, de 25 anos, que é muito violento quando está embriagado”. Relatou que seu filho, aos 7 anos de idade, apresentou um quadro de convulsão e passou a ser medicado com Gardenal. Mesmo assim, aos 10 anos, começou a usar bebidas alcoólicas com os amigos na rua, ao que ela reclamava, mas ele continuava usando escondido. Ela informou que à medida que o tempo passou “ele foi bebendo feito um louco e ficou violento” às convulsões foram se repetindo, vieram os internamentos nos hospitais psiquiátricos e o uso de outros medicamentos psicotrópicos para controlar o comportamento violento.

Percebendo a gravidade da situação, ela decidiu participar do grupo de Educação Popular em Saúde na USF para ajudá-lo, onde aprendeu a ser mais paciente e a conversar mais calma com ele em casa. O filho, ouvindo seus conselhos, decidiu participar de uma religião evangélica, a partir daí, passou a se relacionar com pessoas que tinham outro estilo de vida, diferente do seu, parou de beber, deixou de ter comportamento agressivo, conseguiu um trabalho, o que resultou em um melhor relacionamento com a família.

Feliz com a melhora da vida do filho, o que para ela foi a maior alegria que já teve, pensava que estava tudo resolvido e se afastou do grupo. Porém, três meses depois, ele deixou a igreja, voltou a beber, voltaram as convulsões e o comportamento violento, momento em que ela percebeu que precisava do apoio do grupo, voltou e, ao ser acolhida com satisfação, admirada disse: “Eu voltei com vergonha pois pensava que vocês não iam mais me aceitar”.

Maria relatou que seu filho ouve e vê coisas que não existem. Numa dessas visões, ocorridas no domingo à tarde, depois de um final de semana bebendo, ele enxergou uma tatuagem que não existia no braço da sua prima, a qual estava amamentando o seu bebê. Maria falou que: “Aos gritos ele deu um murro nela, derrubou o bebê no chão, minha sobrinha gritou por socorro, eu entrei na confusão, ele bateu em mim e, eu gritei pedindo ajuda”. Diante disso, seus vizinhos chamaram a polícia, cujos policiais, segundo o seu relato, chegaram chamando “ele de tudo o que não presta e foram batendo no rapaz”.

Seu filho, um é um homem alto e musculoso, no entanto tem a saúde mental limitada e, transtornado, enfrentou os três policiais, os quais, depois da pancadaria, algemaram e colocaram o mesmo no camburão para removê-lo até a prisão. Com toda a confusão gerada, ele começou a ter convulsão. Nesse momento chegou um policial vizinho, que entrevistou informando aos policiais de serviço que o rapaz era doente desde pequeno e que não podiam tratá-lo daquela maneira. Dessa forma, convenceu os policiais a levá-lo para o hospital psiquiátrico de Cruz das Armas. Ao presenciar aquelas cenas, Maria desmaiou, a pressão do seu marido se elevou, a família ficou arrasada e envergonhada diante da vizinhança que costuma taxar a sua família de “mundiça”, tratamento injusto e que lhe deixava triste, sem falar na tristeza que sentia em ter que passar a sua vida inteira convivendo com aquela agonia.

Com esse tipo de vida, a sua saúde fora afetada, estava nervosa demais, sendo medicada com Diazepan para dormir, o qual não se revelava eficiente, devido às preocupações que povoavam a sua cabeça. E, sua pressão arterial, mesmo tomando medicamento, se mantinha

elevada. Assim, mergulhada numa tristeza que ela caracterizava como “infinita” se queixava: “Que nunca tinha encontrado apoio para essa agonia de vida, cheguei no grupo arrasada, cheia de sofrimento, velha e sem gosto de organizar minha casa, de fazer minhas coisa, sem gosto de viver”, porém, mesmo sem esperança de melhorar sua situação, buscou no grupo a força necessária para agüentar o “carrego” que era a sua vida (Relato de vida de Maria em 05.07.04).

Outra participante que foi encaminhada ao grupo pela médica da USF foi Sara. Nas primeiras reuniões ela parecia apavorada, muitas vezes precisamos deitá-la num banco da igreja, pois a mesma, devido a tanto mal-estar não conseguia ficar sentada. Ouvindo atentamente a vida das companheiras, refletindo e interagindo no grupo foi melhorando e fez o seu relato.

O alcoolismo impediu a paz na vida da minha família

Sara, 60 anos, merendeira aposentada, cursou a 1ª série do ensino fundamental, atualmente separada do marido e com três filhos homens. Na sua infância conviveu com o avô que “morreu de tanto tomar cachaça”. Casou-se aos 20 anos com um homem que bebia demais, mas, ela pensava que, quando eles se casassem diminuiria a bebedeira porque ela cuidaria bem dele, pois como filha mais velha, havia aprendido a cuidar bem de todos na sua família.

Porém, na realidade, cada dia que se passava ele bebia ainda mais, juntamente com seus quatro irmãos, deixando a sua ex-sogra, já idosa, quase louca. O marido de Sara não assumia a menor responsabilidade com a família; gastava todo o seu dinheiro nas farras, tinha comportamento violento e batia nela na frente dos filhos e batia neles também.

A situação era tão drástica que ele chegou, inclusive, a tentar, por diversas vezes, assassiná-la na frente dos filhos. Sara lembra que, numa tarde de domingo, teve que sair de casa correndo com seus filhos e se esconder na residência de uma vizinha para não ser esfaqueada. Diante disso, apavorada, foi à delegacia e pediu ajuda ao delegado para retirar seus pertences, pois iria embora de sua casa.

Sara disse ainda que: “O delegado perguntou se eu queria que ele mandasse dar uma surra grande no meu marido; eu disse que só queria retirar minhas coisas de dentro de casa para ir embora com meus filhos, o delegado ficou brabo comigo, mesmo assim mandou um policial me acompanhar”. A partir desse evento, ela terminou o casamento, foi morar com a sua irmã e criou seus três filhos, sozinha trabalhando na agricultura e na merenda da escola até se aposentar. Depois da aposentadoria resolveu mudar para João Pessoa, na intenção de ficar longe do ex-marido, a fim de que seus filhos pudessem estudar e tivessem condições de conseguir um emprego. Porém, para sua decepção, dois dos seus três filhos começaram a beber, ficaram violentos e revoltados com ela.

Para ela, o alcoolismo é tudo o que não presta. Também pensava que se tratava de “safadeza e falta de vergonha”. Seus filhos, por outro lado, se juntavam com outros jovens para beber e acreditavam que estavam se divertindo. Porém nessa diversão eles se embriagavam, provocavam desavenças com os companheiros, brigavam e chegavam em casa com hematomas e dores pelo corpo. Outro perigo que eles enfrentavam era o de andar embriagados de bicicleta, visto que já foram acidentados diversas vezes, sendo levados ao hospital para fazer sutura nos ferimentos. Imediatamente depois desses acontecimentos, eles voltavam e continuavam bebendo.

Desempregados e agressivos, eles obrigavam Sara a dar todo o seu dinheiro para comprarem bebidas e roupa de marca, ao que ela revelou acabar cedendo, dando, inclusive, o dinheiro das despesas da casa, pois ficava com medo de morrer. Esse medo era cada vez maior, pois seus filhos utilizaram a sala da sua casa, para abrir um bar, com uma sinuca e colocaram um som de elevada potência que afetava, sobremaneira, o seu bem estar e o de toda a vizinhança.

Sara, refletindo no grupo, disse: “Eu morro de medo! é tanto bebo, briga, barulho e muita confusão. E eu sem dormir no meio do desequilíbrio. Alcoolismo é doença de destruição. Acabou com a paz da minha família”. Enfatizou, assim, o seu desgosto e o sentimento de

fracasso de ver os filhos levando uma vida de destruição. Apesar disso, ela afirma que, enquanto tiver força, não abandonará nenhum deles²⁹.

A saúde de Sara ficou muito afetada, a ponto de temer perder o equilíbrio mental, revelando sentimentos de culpa, medo, raiva e de ódio. No grupo, se apresentava edemaciada (inchada). Sua pressão arterial era elevada, dizia ter dores na estrutura óssea, estava com inflamação nas unhas dos membros inferiores e superiores e sentia um mal estar geral. Diante disso, ela confessou: “Cheguei no PSF quase doida, a médica me enviou pra cá, pra controlar meus nervos sem aumentar os remédios que eu já tomo para dormir”. Seu estresse era tão elevado que os remédios a que ela se referia não faziam nenhum efeito.

Sara tinha perdido o gosto de viver, de tomar banho, de fazer a sua toaleta, ir à igreja, não se alimentava adequadamente e nem tomava os remédios na hora certa. Emocionada, chorava diante dos relatos de vida e agradecia ao PSF de ter se lembrado das famílias que padecem com o alcoolismo. Afirmava que antes de entrar para o grupo se sentia muito só, pois, na sua opinião “ninguém gosta de bebo nem de família de bebo não”; dessa forma, sofria em silêncio. Mas, segundo ela, participar daquele grupo, encontrar pessoas com o mesmo problema lhe trouxe um novo ânimo (Relato de vida de Sara em 19.07.04).

Esse ânimo servia de motivação para Vera que mesmo tímida fez e seu relato.

Minha mãe, idosa e acamada, sofre com o alcoolismo na família

Vera, 60 anos, trabalhadora doméstica, analfabeta, casada, vive com o marido e seus quatro filhos – sendo três homens e uma mulher. Teve uma infância modesta e na adolescência trabalhou como doméstica nas residências, mas teve uma vida tranqüila. Casou-se aos 21 anos de idade, foi morar no Rio de Janeiro onde vivia harmoniosamente com seu marido, o qual era filho

²⁹ Os dois filhos de Sara que bebiam exageradamente, junto com o seu ex-marido foram embora para o Rio de Janeiro trabalhar na construção civil. Ficou residindo com ela o seu filho mais novo, o qual, segundo suas informações, é mais calmo, trabalhador e tem gosto pelos estudos.

de pai alcoólico. Engravidou do primeiro filho aos 22 anos, período em que, seu marido começou a beber com os amigos de trabalho.

A partir daí, aquele que havia sido um homem bom, se transformara. Segundo Vera a cada dia seu marido bebia: “Foi ficando estúpido e violento, passou a bater em mim na frente dos meus filhos. Por causa do ciúme que ele tinha de mim, parei de trabalhar, eu e meus filhos depende dele pra viver”. Vera desabafa que a família passou dificuldades financeiras, além da vergonha diante dos vizinhos pelas desavenças surgidas na rotina familiar. Não durou muito, sua vida afetiva/sexual acabou e o bom relacionamento familiar foi destruído.

Seus três filhos homens começaram a beber na adolescência e atualmente bebem quase diariamente. Não estudam, não trabalham e se tornaram violentos. Para Vera a convivência familiar é uma agonia e os filhos foram criados vendo o alcoolismo do pai. Assim, aprenderam a ser como ele. Porém, sua maior preocupação é com o filho mais velho, que além de beber, usa outras drogas e, é mais violento que os irmãos. Por isso ela vive na expectativa de que aconteça uma desgraça na família.

Vera cuida da sua mãe, que “ídosa e acamada sofre com o alcoolismo na família”, visto que seus três irmãos se separaram de suas esposas e voltaram a residir na casa materna. “Eles metem a cara na cachaça, fazem barulho, vomitam pelo chão, bagunçam tudo”. Mas, apesar de levar a comida pronta para sua mãe que tem 83 anos de idade, dar-lhe o banho no leito, fazer a higiene da casa e lavar suas roupas, todos os dias, Vera se entristece, uma vez que não pode se responsabilizar completamente por ela, devido à sua complicada vida familiar, pois também cuida da sua casa, do marido e dos filhos. E, para completar seu sofrimento, sua filha que também bebe junto com o namorado e está desempregada, engravidou desse e teve uma filha, fato que intensificou a bebedeira do pai e dos irmãos, piorando, ainda mais, a convivência e a tensão na família.

Como resultado de uma vida cheia de problemas, relacionados com o alcoolismo, Vera disse que alcoolismo é tudo o que não presta, que se tornou uma mulher doente, faz tratamento de pressão alta na USF, toma Diazepan para dormir e sente muitas dores na cabeça. Vivendo em meio a tantas complicações, desvalorizada, maltratada e humilhada pela própria família, pensa em ir embora de casa em busca de tranqüilidade e saúde, mas acha difícil uma vez que depende do marido para o seu sustento. E, revelando uma tristeza infinita ela desabafou que se encontra desanimada e prestes a perder as forças.

Com medo dos maus tratos vive em silêncio dentro de casa e se esconde para chorar a sua infelicidade. Mas é na igreja, rezando, que consegue um pouco de alívio para suas dores ou mesmo brincando com a sua neta que está com três meses. Devido à sobrecarga de trabalho e cuidados com a família, afirmou: “Não tenho tempo para cuidar de mim, me sinto muito só, não sei como vai ser minha vida, tenho medo de ficar em cima da cama como minha mãe, nunca pensei de chegar na minha velhice vivendo assim...” (Relato de vida de Vera em 02.08.04).

Como podemos perceber através desses relatos de vida o alcoolismo pode ser compreendido como um problema que afeta diversas gerações e a saúde das famílias, caracterizado pelo conjunto de transtornos biopsicossociais, espirituais, éticos, culturais e educacionais, que envolvem a dependência e a codependência. Essa compreensão se amplia com o relato de vida de Antônio.

Passei a vida sofrendo e fiz sofrer com a cachaça

Antônio, 99 anos, bastante lúcido, agricultor, analfabeto, viúvo, mora com a neta, o marido dela e três bisnetos – uma menina de 7 anos de idade e dois adolescentes de 12 e 14 anos de idade, respectivamente. Seus pais, nascidos na segunda metade do século XIX, eram agricultores, simples e rudes, gostavam de beber quando lavravam a terra, porém seus genitores lhe deixaram marcas profundas.

Antônio caminha com certa dificuldade, mas, como a igreja ficava vizinha à sua casa, ele participava das reuniões preparatórias na comunidade para a formação desse processo educativo, tendo partido dele a iniciativa de se integrar ao grupo de Educação Popular em Saúde. No entanto, nas reuniões, interagia pouco, permanecia de cabeça baixa, coberta pelo chapéu, em silêncio e quando era estimulado a participar, respondia que só queria ouvir. Porém ao ouvir os relatos de vida das pessoas, se estimulou a falar e disse: “Me lembro da minha vida, eu aprendi a beber com meu pai e minha mãe, eles dois bebia e brigava muito, batia na minha cabeça com o quengo de tirar feijão da panela, tirava sangue de mim”.

Acrescentou, ainda, que tirava a cachaça dos pais e bebia escondido. Foi assim que se acostumou a beber, o que fez ao longo da sua vida, tendo parado, apenas aos 99 anos de idade, ao participar desse grupo. Apesar de se reconhecer um alcoólico, concordava com as afirmações de que alcoolismo era ruindade e safadeza.

Antônio teve uma vida de muitas dificuldades, falta de comida, falta de aconchego, sofria muito com medo dos maus tratos dos pais, chegando ao ponto de fugir de casa e permanecer escondido no roçado até três dias. Quando voltava, seus pais faziam dele “saco de pancadas”. Assim, criado no abandono, no grito e na pancadaria, foi embora de casa aos 14 anos para trabalhar no corte da cana-de-açúcar, pelos engenhos do brejo paraibano.

O patrão sempre lhe oferecia cachaça, alegando que ela dava força para trabalhar e, ele tomava também para agüentar a dureza da vida. Sem perceber, tornou-se mais violento do que seus pais, pois confessou que agredia sua mulher e seus filhos a socos. Fazia muita perversidade com a sua família, até com os netos e os bisnetos. Todos tinham muito medo e ódio dele. Em decorrência disso, seus filhos foram embora de casa e sua mulher morreu cedo de tanto sofrimento.

Refletindo sobre suas atitudes, ele disse: “Paguei caro, sofri muita solidão, nessa idade ninguém gosta de mim, desde o começo da minha vida, até hoje eu vivo muito só, a cachaça não

me matou, mas acabou com a minha vida e a minha saúde”. Há vários anos (não sabe quantos), Antônio sofre de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva, motivo das suas repetidas internações hospitalares, inclusive, no CTI. Ele afirmou ainda que ficava “todo inchado e o doutor disse que se eu não parasse de beber ia morrer, aqui no meu canto calado escuto muita coisa boa, e nunca mais eu vou botar aquela marvada (a cachaça) na minha boca”.

Informou que somente veio receber assistência médica, depois que o PSF chegou à comunidade. Declarou, também, que as reuniões estavam lhe fazendo muito bem, pois ensinava coisas que ele, durante toda a sua vida, nunca havia compreendido, o que estava sendo bom, uma vez que já estava perto de partir e não tinha mais nada para fazer. E finalizou: “Só tô pedindo aquele lá de cima (e apontou para Deus) pra me livrar de meus pecado, foi assim, passei minha vida sofrendo e fiz sofrer por causa da cachaça” (Relato de vida de Antônio em 04.10.04).

Identificamos, através dos relatos de vida dos idosos, a história do alcoolismo nessas famílias, contendo as conseqüências da dependência e da codependência no indivíduo, na família e na comunidade. Tais relatos aqui registrados mostraram também que o alcoolismo se fez presente na vida de seus antepassados, na infância dos idosos, na de seus netos e bisnetos, o que nos leva a levantar uma outra questão: Dentre a multiplicidade de fatores que originam o alcoolismo há uma educação condicionada através da cultura para o uso do álcool levando os familiares a reproduzirem esse modelo de vida com a repetição da problemática nas gerações seguintes?

Quanto à repetição da dependência e da codependência na família, Hemfelt e sua equipe (1989) já afirmavam que se configurava como uma tragédia multigeracional que desequilibra as famílias. Nesse sentido também, Zampieri (2004, p. 64), ao trabalhar com familiares codependentes afirma que: “Quanto às próximas gerações, a literatura demonstra que, muitas vezes, comportamentos aprendidos são repassados ao convívio familiar e tendem a manter-se, mesmo quando já destoam das demandas atuais, como comportamentos mal

adaptativos e resistentes a mudanças” os quais podem ser superados através de uma abordagem educativa.

Durante o percurso desse estudo percebemos que o alcoolismo se trata de um problema intergeracional e, não foi possível deixarmos de sentir tristeza e revolta ao ouvir os relatos de pessoas que nasceram, viveram e envelheceram. Depois de idosas, estão cuidando de seus descendentes que estão na infância, adolescência, juventude e na fase adulta submetidos a um nível de sofrimento insuportável sem terem a chance de compreender o por quê disso. Ao mesmo tempo em que sentimos “amor, força e serenidade” para trabalhamos através da Educação Popular em Saúde de forma solidária na construção coletiva do conhecimento, buscando ajudar na conscientização para a prevenção do uso excessivo de bebidas alcoólicas, da dependência e da codependência com suas conseqüências no indivíduo, na família e na comunidade, mas, principalmente, buscando com essas famílias a revalorização da vida.

Isso nos leva a refletir sobre o que diz Paulo Freire, ao afirmar que não é possível a neutralidade do pesquisador. Percebemos que para além da neutralidade científica relacionada com o objeto de estudo, houve a nossa implicação e a de toda a equipe, com o sofrimento humano, potencializado pelas injustiças sociais e pelo alcoolismo. No campo de pesquisa tivemos a oportunidade de observar o resultado da miséria mental e espiritual dos ricos, gananciosos que se acham donos dos bens da humanidade, dividindo-os de forma iníqua, deixando a maioria da população na periferia das cidades, desprovida das mínimas condições de subsistência, motivadas pela cultura milenar a usar bebidas alcoólicas para fazer adormecer as angústias da vida e buscar alguma dose de prazer, mesmo que esse beber exagerado seja uma atitude “necrótica”, como afirma Paulo Freire (1997, p. 113).

Analisando as condições de vida dos idosos integrantes desse estudo, questionamos aqui como podemos esperar que os mais velhos eduquem os mais novos de forma adequada para realizar a prevenção do uso excessivo de álcool, se essas pessoas nasceram, se desenvolveram

convivendo com as injustiças sociais, com o analfabetismo e com o alcoolismo na família o que possibilitou envelhecer sofrendo todo tipo de violência e de maus tratos. Que subsídios esses idosos teriam para compreender a realidade complexa e estressante em que viviam e saírem da passividade ou do confronto para uma ação dialógica e conscientizadora?

Nesse sentido, coordenamos os grupos para, através da ação/reflexão/ação, buscarem a superação da problemática; ao mesmo tempo em que divulgamos os resultados desse estudo na comunidade, motivando os atores sociais a se organizarem para realizarem atividades de prevenção do uso excessivo de álcool.

Como também tratarem os casos de alcoolismo existentes com dignidade e acolhimento, buscando, durante o processo educativo, a sensibilização da comunidade para com os idosos que, nesses lares, ao invés de serem dependentes, eles são os provedores e os cuidadores de seus familiares mais jovens, porém vivenciando o contexto do alcoolismo estão sendo maltratados nestas famílias afetadas.

Assim, os idosos, no processo educativo, através do diálogo, junto com a equipe de saúde, na convivência grupal, foram estabelecendo laços de amizade, se identificando e interagindo; durante cada reunião havia uma troca de experiências com base nos temas geradores extraídos das experiências da comunidade e dos relatos de vida acima citados, junto com os conteúdos teóricos refletidos nesse texto. Esses conteúdos ajudaram a gerar um conhecimento diferenciado que facilitou novas percepções acerca da realidade do alcoolismo em suas vidas e na vida de seus familiares, facilitando um processo de conscientização que deu margem a algumas transformações no sentido de mudança de atitude e busca de novas estratégias de enfrentamento da problemática.

Uma dessas estratégias foi dialogar com seus familiares, os quais solicitaram, através dos idosos, um grupo para ajudá-los a reunir força e esperança para reorganizarem suas vidas, confirmando a nossa idéia inicial de que o idoso é um elemento multiplicador no seio familiar. A

partir dessa demanda buscamos articular com a experiência de Educação Popular em Saúde a cooperação do Al-Anon e do AA, buscando ampliar o apoio na USF às famílias afetadas pelo alcoolismo.

4.2 A cooperação do Al-Anon e do AA na Unidade de Saúde da Família

De acordo com um dos nossos objetivos específicos realizamos essa articulação com os grupos de autoajuda na USF. Porém, ela iniciou a partir das abordagens realizadas pelos idosos integrantes do grupo de Educação Popular em Saúde, pois Rosa, Flor, Maria, Sara, Vera e Antônio, ao participarem do processo educativo experienciavam mudanças de atitudes, as quais melhoravam a sua convivência familiar, e tinham um efeito multiplicador, uma vez que passaram a dialogar com seus familiares sobre o bem-estar que estavam conseguindo através do que aprendiam no grupo. Seus familiares, ao perceberem que estavam menos estressados, mais alertas, alegres e organizados; e também que os conflitos na família tinham diminuído, ficaram desejosos de participar do grupo, porém, trabalhavam da segunda-feira até o sábado, motivo pelo qual solicitaram um grupo semelhante, que funcionasse no domingo à tarde.

Sugerimos como alternativa a formação de um grupo Al-Anon, pois sendo uma iniciativa da comunidade poderia funcionar sem a presença da equipe de saúde; no entanto, os profissionais afetados pelo alcoolismo na família participariam voluntariamente, já que seria no dia do descanso. Então, convidamos alguns membros do Al-Anon e nos reunimos com a equipe de saúde, as(o) idosas(o) e seus familiares, debatemos o assunto e, no dia dezoito de julho de 2004, iniciamos o “Grupo Institucional Al-Anon em Busca da Paz”, nome escolhido por unanimidade. Estiveram presentes à 1ª reunião 12 pessoas. Sendo quatro familiares dos idosos integrantes dessa pesquisa, os quais quando dispunham de tempo também participavam do grupo de Educação Popular em Saúde e oito pessoas da comunidade, que foram convidadas pelos idosos.

O grupo Al-Anon passou a funcionar na Igreja de Nossa Senhora da Conceição, no domingo, das 15h às 17h. Porém, a partir de setembro de 2004, mudou-se para a Rua Fernando Cunha Lima, local da USF, onde funciona a odontologia³⁰. Suas reuniões ocorrem nos sábados a cada quinzena, no horário de 20:30 às 21:30; dele participam apenas as pessoas que são familiares de alcoólicos ou pessoas que não são parentes mas residem com alcoólicos e são afetadas pela codependência. O trabalho educativo realizado nesses grupos é centrado na espiritualidade dos Três Legados e nas experiências se seus membros compartilhadas através da Literatura Al-Anon.

Na fotografia abaixo podemos visualizar uma das reuniões do Grupo Institucional Al-Anon em Busca da Paz, tomamos o cuidado de manter o rosto dos participantes no anonimato.



Figura 10: O ambiente do Grupo Al-Anon em Busca da Paz

Fonte: Pesquisa direta, 2005

³⁰ Do Grupo de Educação Popular em Saúde na abordagem do alcoolismo, participam os alcoólicos, familiares, a equipe de saúde e outras pessoas da comunidade que desejem aprender sobre o tema. Nesse grupo o trabalho educativo parte dos relatos de vida, acrescentados dos conteúdos científicos, a abordagem é centrada na prevenção primária e secundária, buscando a conscientização e o engajamento político dos participantes. Do Grupo Al-Anon participam apenas os familiares de alcoólicos atendidos pela referida USF. Os dois grupos passaram a funcionar no mesmo dia a pedido dos participantes, pois eles são complementares.

Na fotografia anterior da página anterior, podemos ver na parede à direita os Três Legados, em frente o seu símbolo (um triângulo com as palavras: Recuperação, Unidade e Serviço), além da Prece da Serenidade. Os grupos de autoajuda, conforme explicamos nas págs. (41-44) do primeiro capítulo, costumam cooperar com os profissionais, prestando apoio às famílias afetadas pelo alcoolismo. Essa cooperação pode ser realizada em forma de reuniões volantes e encaminhamentos para os grupos da comunidade, ou através de dois tipos de grupo Al-Anon dentro de uma instituição: 1. O Grupo Al-Anon institucional, o qual, se aprofunda mais na abordagem dos 12 Passos, realiza reuniões abertas em horários especiais, não recolhe ajuda financeira para pagar aluguel, água, luz e outras despesas inerentes ao serviço e trabalha com a demanda da instituição. 2. O Grupo Al-Anon regular que funciona dentro de uma instituição, esse, realiza reuniões semanais, é aberto para qualquer pessoa, publica seu endereço e horário de reuniões, assume todas as responsabilidades com o seu funcionamento e suas reuniões são restritas aos membros, podendo ser abertas ao público quando o grupo assim decidir. Os grupos Al-Anon institucionais e os regulares, são registrados, no Escritório de Serviços Gerais Al-Anon do Brasil-ESGA e no Escritório de Serviços Mundiais-ESM³¹.

Cabe aqui esclarecer que esses grupos ao serem acolhidos numa instituição, não se institucionalizam, preservam a sua autonomia. Algumas vezes isso é motivo de incompreensões por parte de alguns profissionais, que querem apresentar o resultado dos trabalhos dos grupos como sendo da instituição ou da autoria do profissional responsável pelo setor; para isso, requisitam estatísticas, relatórios e outros documentos; no entanto, os grupos de autoajuda não podem fornecer nenhum dado, devido à preservação do anonimato de seus integrantes.

Porém, mesmo com algumas dificuldades, esse trabalho vem sendo realizado em diversos locais como: hospitais, prisões, unidades de saúde, centro de recuperação, escolas, dentre outros. Conhecendo essas experiências, diversos autores fazem boas referências relativas

³¹ Endereço do ESGA: Tele/Fax: (11) 3331-8799. Internet: <http://www.Al-anon.org.br>
Endereço do ESM: Al-Anon Family Group Headquarters, Virginia Beach, VA 23454-5617 - USA

a convivência dos integrantes desses grupos, com os profissionais em seus ambientes de trabalho. Edwards junto com outros autores³², falam que ocorrem raras dificuldades, as quais são resolvidas com uma boa comunicação e respeito mútuo. Assim, recomendam que os profissionais precisam conhecer o AA e o Al-Anon/Alateen, pois:

Pode haver um certo exagero nas alegações do sucesso e universalidade dos AA, e sua ênfase no conceito de doença pode parecer estar em desacordo com o modelo empregado por alguns terapeutas. Mas não há dúvida de que, além do benefício direto que os AA oferecem ao indivíduo, eles também têm muito a ensinar ao terapeuta sobre os processos que ajudam e influenciam na recuperação. Há toda uma sabedoria que podemos tomar emprestada dos AA. Os Al-Anon podem dar um alívio imediato, por exemplo, para a esposa que tem usado todos os estratagemas possíveis para impedir que o marido beba e nesta luta tem passado por estresses e frustrações. Os Al-Anon a ensinarão a 'deixar o barco correr' e desistir da esperança de controlar o comportamento do marido ou resolver seu problema por ele. Ele precisa encontrar suas próprias respostas para o *seu* problema, e, da mesma forma, ela precisa examinar o *próprio* comportamento – o único comportamento que ela é diretamente capaz de controlar ou alterar é, na verdade, o dela própria. Não há dúvida de que os filhos dessas famílias frequentemente experienciam muita angústia e conflito e o Alateen atende às necessidades de um grupo que os serviços profissionais envolvidos com os pais podem facilmente ignorar (EDWARDS, 1999, p. 245).

Costumamos não só referenciar mas também trabalhar com a cooperação desses grupos, ressaltando que eles são para qualquer familiar do sexo masculino ou feminino que teve a sua vida afetada com a dependência (no AA) e a codependência de álcool (no Al-Anon/Alateen). Nesse sentido iniciamos o grupo Al-Anon. Alguns integrantes costumavam chegar antes do horário, limpar e organizar o local, acolher os visitantes, abrir a reunião com a Prece da Serenidade e o abraço coletivo e, em seguida, fazíamos a leitura de um tema retirado da Literatura Aprovada pela Conferência-LAC³³, escolhido previamente pelo grupo, de acordo com as necessidades imediatas da maioria dos integrantes. Após a explanação do tema, fazíamos o

³² Glitow e Peyser (1991), Henfeld e sua equipe (1998), já trabalhavam e citavam em seus estudos a cooperação dos grupos de autoajuda; Ramos e Bertolote (1997), Melody (2004) e Zampieri (2004) citam e recomendam o trabalho desses grupos. No entanto, existe ainda, muitos profissionais que, desconhecem ou não valorizam esse tipo de ajuda.

³³ A Literatura Aprovada pela Conferência-LAC do Al-Anon/Alateen (é uma literatura produzida coletivamente no movimento a partir das experiências de vida de seus membros, os direitos autorais são “dos grupos”). Tal literatura não se encontra a venda nas livrarias, é adquirida nos órgãos de serviços ou nos próprios grupos.

debate; no segundo momento ocorria a troca de experiência, todos éramos responsáveis pelas tarefas do grupo. Busca-se nas reuniões, um clima de serenidade e de bom humor.

Costumavam participar os familiares dos idosos integrantes dessa pesquisa: Margô, que vivencia o alcoolismo na sua família e trabalha cuidando do seu patrão que adoeceu de tanto beber. Clara, a neta de Antônio, José, seu marido, o seu filho Miguel, um adolescente de 14 anos de idade, essas pessoas, afirmaram que: “Convivendo com o alcoolismo estamos em tempo de enlouquecer sem encontrar nada que nos ajude a melhorar. A gente veio para o grupo pensando em mudar a vida dos bebedores e é difícil entender que quem precisa mudar é a gente” (Falas dos familiares dos idosos no Grupo Al-Anon em 25.07.05).

Os familiares dos alcoólicos chegaram no grupo sem compreenderem que foram afetados pela codependência, tampouco que tipo de ajuda necessitavam para mudar suas vidas; acreditavam que a sua felicidade consistia no alcoólico parar de beber. A Literatura Al-Anon (2003), sugere que se o familiar do alcoólico não se modificar primeiro, não modificará nada ao seu redor, pois quem está infeliz, precisa mudar para deixar de ser infeliz, se apenas ficar esperando que algum acontecimento externo lhe faça feliz, poderá permanecer infeliz.

Para a libertação das conseqüências do alcoolismo na família, os Grupos Familiares Al-Anon sugerem a prática dos Três Legados,³⁴ formados por: 12 Passos, os quais são princípios espirituais a serem praticados nas atividades da vida diária para o fortalecimento interior; através deles, os familiares dos alcoólicos vão experimentando melhora na sua qualidade de vida subjetiva e objetiva. Ao sentirem-se animados pelo bem-estar adquirido, passam a trabalhar de forma voluntária para ajudar outras pessoas que vivenciam o alcoolismo na família. Dessa forma, além de conversarem na comunidade sobre o que estão aprendendo a respeito dessa problemática e das mudanças que experimentam em suas vidas, sempre estão convidando alguém necessitado(a) para participar do grupo.

³⁴ Os Três Legados poderão ser examinados nos anexos A, B, e C, (p.p. 215-217). No anexo D (p. 218) podemos verificar um questionário contendo 20 perguntas, as quais a pessoa responde para si própria. Três ou mais das perguntas positivas indica que a pessoa necessita da ajuda do Al-Anon/Alateen.

O conhecimento contido no segundo Legado é composto por 12 Tradições; a sua prática é sugerida para melhorar a convivência no grupo e na família; no entanto, esses princípios podem ajudar também a elevar a qualidade do relacionamento humano no trabalho e na comunidade. O terceiro Legado é constituído por 12 Conceitos de Serviço, através dos quais os integrantes aprendem a realizar o trabalho voluntário para manter o Al-Anon em movimento. Assim, com a prática diária dos Três Legados, a pessoa tem um instrumento capaz de modificar o seu estilo de vida problemático produzido pelo alcoolismo na família. Os Três Legados consiste num instrumento potente para recuperar os sentimentos de amor, serenidade, coragem e para adquirir sabedoria no sentido de continuar enfrentando as dificuldades do dia-a-dia, com bom ânimo.

O grupo Al-Anon em Busca da Paz buscou manter um ambiente de bem-estar, para as pessoas que foram ingressando. Está sempre aberto às visitas do AA; embora o Al-Anon seja uma associação independente, é comum o sentimento de gratidão, pois foi através do AA que os familiares dos alcoólicos passaram a visualizar uma nova forma de viver. Isso não significa que não existam conflitos e contradições na dinâmica desse movimento inerentes à problemática do alcoolismo e suas complexidades. No entanto, de acordo com os conceitos dos movimentos populares como nos diz Gloria Gohn (2002), existe uma identidade coletiva e objetivos comuns baseados na solidariedade e na cooperação, os quais ajudam seus integrantes a conviver e a superar os conflitos que vão surgindo no cotidiano.

Na convivência do Al-Anon, não importam as diferenças de classes, ou de comportamento; aos poucos os participantes vão aprendendo a conviver com as contradições e a respeitar as diferenças, aceitando em primeiro lugar a si próprio, depois ao alcoólico e aos familiares do jeito que cada um está, pois o alcoolismo tanto atinge as famílias da alta sociedade, como também, as das classes mais carentes e oprimidas. De acordo com o Al-Anon (2000) no movimento se aprende a colocar de lado essas diferenças e a manter a mente aberta, a valorizar o

coletivo para descobrir nele a força para superar os efeitos destruidores do alcoolismo na família e aprender juntos a mudar a vida sofrida, o que seria quase impossível sem algum tipo de ajuda.

Uma prática comum nesses grupos é acolher o visitante como a pessoa mais importante da reunião; porém o seu ingresso, a sua permanência, como também a prática dos Três Legados é sugerida à pessoa que aceita espontaneamente. Os membros experientes do movimento que vivenciam a elevação da qualidade de vida costumam visitar outros grupos para compartilhar suas experiências, algumas impressionantes como podemos verificar no depoimento abaixo, o qual serviu de motivação para os integrantes dessa pesquisa.

Eu sou Lucia L. tenho 72 anos, sou membro do Al-Anon, é um prazer visitar vocês. Sofri a vida toda com o alcoolismo na família. Primeiro foi o marido, depois foram dois filhos, agora são dois genros, um sobrinho e um neto. Eu vivia numa grande perturbação, não tinha vontade de comer nem de beber. Vivia nervosa com a pressão alta e não dormia direito. Na minha casa sempre presenciei muita violência, vivia tensa, estressada e acabei sofrendo um enfarte. Fiz uma cirurgia no coração para colocar três pontes de safena e fiquei tomando um montão de remédio. Mesmo sendo uma mulher idosa, pobre e sacrificada, eu gastava tudo o que pegava, pagando as contas deles e, mesmo assim, eles diziam coisas horríveis comigo. Alcoolismo é uma loucura, vivendo tudo isso, eu me sentia só e desamparada; eu vivia tomada pela raiva, por uma tristeza infinita, pela culpa, ira e desengano. Os médicos que cuidavam de mim não me ajudavam nesse meu problema. Uma colega de trabalho no Rio de Janeiro, vendo minha situação, me levou para um grupo Al-Anon, depois voltei para morar em João Pessoa e fiquei freqüentando o Al-Anon. Nesses grupos aprendi que a vida é cheia de coisa boa e ruim. Mas a vida é a melhor coisa que a gente tem, com essa compreensão, passei a ver que, se eu não cuidasse bem da minha vida, os meus familiares doentes iriam me destruir; porém, eu estava deixando. Praticando o programa dos Três Legados, mudei, passei a me valorizar e a proteger a minha vida, aprendi a ter confiança em mim, aprendi também, que o alcoolismo é uma doença muito complicada e, que eu não podia curar meus familiares. Parei de querer modificar a vida deles, passei a gostar de mim, voltei a ter gosto de viver, de me arrumar, vestir roupa nova, ficar bonita e cheirosa para mim mesma e, para ir ao grupo. No grupo, fiz amizades que me tratam com o carinho que eu não tenho dentro da minha casa, melhorei minha saúde, o meu médico ficou admirado e já tirou mais da metade dos remédios que me receitava, agora durmo bem, nunca mais precisei ser interna e aprendi a conviver melhor com meus familiares, mesmo bebendo, para mim a “Prece da Serenidade” tem sido um grande remédio. Obrigado por me ouvir muitas 24 horas de serenidade pra vocês. (Fala de Lúcia no Grupo Al-Anon em 25.07.2004).

Ao ver e ouvir a figura de Lúcia, a sua determinação e força para vencer as suas dificuldades, o grupo a identificou com três palavras “amor, força e serenidade” e decidiu que

essas palavras, seriam utilizadas como fonte inspiradora durante os momentos de dificuldades que surgissem em suas vidas, pois significavam todo o processo que estavam experienciando.

A prática dos Três Legados, a qual temos nos referido, é o modo de autoajuda que encontramos nos grupos Al-Anon. Porém, à maioria dos que ingressam ao iniciar essa prática, passam por duas grandes dificuldades. A primeira é aceitar que o alcoolismo não se trata de defeito de caráter, junto com a decepção de querer encontrar no grupo a modificação da vida do alcoólico conforme a sua vontade e descobrirem que isso não é possível. A segunda é admitir que a família também fica afetada pelo alcoolismo e não pelo alcoólico, e que o familiar deve trabalhar para mudar a própria vida. Pois para que o familiar consiga compreender e ajudar o alcoólico, ele precisa passar primeiro por uma mudança de si próprio e a maioria dos familiares magoados e revoltados rejeitam esse empreendimento. Das doze pessoas que ingressaram no grupo, sete desistiram. Essa realidade também é observada nos outros grupos de autoajuda; no entanto, os que permanecem, com o passar do tempo, experimentam mudanças em suas vidas para melhor.

A desistência dos familiares é compreendida como um processo de negação, pois eles acreditam que são vítimas do alcoólico e que se ele deixar de beber, seus problemas estarão resolvidos. Assumem, assim, uma atitude de negação também por vergonha e, para não ter que enfrentar a sua própria realidade dolorosa. Encontramos na literatura do Al-Anon (2005), que essa negação impossibilita aos familiares perceberem a realidade em que vivem com clareza e honestidade; no entanto, ao ingressarem num grupo e aplicarem os princípios sugeridos nos Três Legados, vão desenvolvendo a espiritualidade, e vão ganhando aos poucos uma nova consciência, que os ajuda no retorno da saúde mental, emocional e espiritual. Além disso, a pessoa que muda para melhor beneficiará toda a família, incluindo o alcoólico.

Uma prática comum em toda reunião do AA e do Al-Anon é cada membro fazer o uso da palavra e, ao se apresentar, dizer: O meu nome é... (Eu Sou familiar de alcoólico), agradecem

suas 24 horas de recuperação, falam da própria vida, não costumam falar da vida dos outros. Porém, como o alcoolismo é um problema que afeta toda a família, essa história emerge, mas fica protegida pelo anonimato; os familiares falam de suas crises e de suas melhoras, agradecem o silêncio e terminam. Tomando o cuidado com o tempo que deve ser dividido com todos os participantes.

A forma de apresentação dos integrantes desse movimento é relatada a seguir, quando estaremos trazendo alguns elementos da cooperação do AA na comunidade, pois levamos pessoalmente aos grupos de AA, alguns alcoólicos que nos solicitavam ajuda para conseguir parar de beber. Um desses que levamos ao AA, teve a felicidade de encontrar a comemoração dos 30 anos de participação de um casal amigo, ela no Al-Anon e o seu cônjuge no AA. O casal com a vida totalmente modificada, ao falar a esposa disse: “Meu nome é ... Eu sou familiar de alcoólico com 24 horas de recuperação”. O seu marido ao usar a palavra assim se expressou: “Meu nome é Eu sou um portador da doença do alcoolismo e mesmo completando 30 anos sem beber, tenho apenas 24 horas de recuperação” (Fala do casal na reunião do AA, comemorativa dos 30 anos de José F. sem beber em 30.01.05).

Ao término daquela reunião, festejando com bolo e refrigerante, perguntamos para José F. por que mesmo depois de 30 anos sem beber um membro do AA ainda diz ser um portador da doença do alcoolismo. Ele respondeu que aquela atitude significava assumir a responsabilidade de ser igual ao que está ingressando, pois eles necessitam encontrar os semelhantes para iniciar a nova caminhada de sobriedade, como também os que ingressaram há mais tempo precisavam continuar perdendo a prepotência e a arrogância e adquirir humildade para deixar de querer ser melhor que os outros.

No entanto, o exemplo de vida repassado através dos membros experientes, falava mais alto do que qualquer palavra e servia de exemplo, atração e de ânimo para aqueles sofridos que estavam ingressando. O membro do AA comentou que escuta críticas pelo fato de considerar o

alcooolismo uma doença sem cura, mas existem alguns exemplos dentro do próprio AA que os levam a pensar assim, pois:

Conheci muitos companheiros que, depois de vinte e trinta anos sem beber, duvidaram da incurabilidade do alcoolismo. Combinaram com a família de tomar apenas um copo de cerveja no almoço, outros foi um cálice de vinho num jantar de natal. Depois disso, todos voltaram a beber compulsivamente e reingressaram no AA, começando tudo do zero. Passaram a viajar pelo país, contando essas experiências pelos grupos. Isso é o que a nossa experiência tem nos mostrado e, por isso também é que a gente sempre diz que é um doente alcoólico e vive evitando o 1º gole diariamente como qualquer um que ingressou hoje (Fala de José F. reunião do AA em 30.01.05).

Falou também que, por se tratar de uma terapia leiga, seus membros acreditam na realidade que vivenciam e nas experiências de vida; no entanto aguardam que os cientistas da saúde encontrem a cura do alcoolismo e lhes concedam algum dia a segurança de afirmar que estão curados e, de tomar um drinque com segurança, sem criar problemas para si, para a família nem para a sociedade.

Naquela reunião ouvíamos os relatos de vida, recheados de sofrimento; porém, de lutas e vitórias. Alguns revelaram que chegaram ao fundo do poço, porém o fato de fazerem parte de um coletivo e de receber apoio, solidariedade e compreensão, propiciava alívio, segurança e força para resignificar o sofrimento e prosseguir na caminhada pela sobriedade. No trabalho coletivo desses grupos, da mesma forma que em qualquer movimento social, existem conflitos, pois alcoólicos e familiares se juntam para compartilhar e para resolverem seus problemas em comum; porém, conviver nessa diversidade com o objetivo de vencer as dificuldades, faz diferença, pois há boas metas para serem alcançadas.

Ao perceberem que são integrantes de um movimento espiritual ao redor do planeta, os integrantes se fortalecem, pois o AA tem cerca de 150 mil grupos e o Al-Anon mais de 24 mil

grupos³⁵, todos trabalhando para manter uma corrente mundial de serenidade e sobriedade, através dos Três Legados. O que confere um sentimento ampliado de cidadania, pois em cada lugar do planeta existe um companheiro ou uma companheira vivenciando os mesmos princípios e modificando o seu estilo de vida.

Aqueles que não se identificam com o programa do AA e do Al-Anon são livres para desistirem de participar dos grupos, como também para retornar quando assim o desejarem. A medida das possibilidades e limitações de cada membro, na convivência grupal, estudando a literatura, ou trocando experiências, vão se recuperando da dependência e da codependência do álcool e, ao mesmo tempo se preparando para realizar essa prestação voluntária de serviço a nível local, estadual, nacional e mundial. Cuidam bem do anonimato e não envolvem o nome do movimento com nenhuma outra causa.

Porém, na prática da cidadania seus integrantes são livres para se engajarem politicamente e trabalharem por uma sociedade mais justa. No processo grupal os líderes vão surgindo naturalmente, mas procuram exercer a liderança para servir, relevando a humildade, a confiança, a responsabilidade e a união. Isso não acontece facilmente, nem de forma homogênea. Trata-se de um processo cheio de tropeços, lutas interiores, individuais e coletivas com pequenas vitórias que vão se acumulando ao longo de cada 24 horas, resultando em elevação da qualidade de vida.

Nesse processo busca-se a simplicidade, aprende-se com a prática do anonimato a cooperar nos serviços por prazer, sem querer aparecer, sem querer dominar. Isso não é fácil, é um processo doloroso, nele ocorrem às contradições e os conflitos, os quais vão sendo trabalhados e superados à luz dos Três Legados. Com as mudanças no modelo de vida e a prática do anonimato os líderes não se aproveitarão do serviço voluntário que realizam, para a sua promoção pessoal. Aquele que o desejar pode abrir o seu anonimato pessoal, mas preserva o

³⁵ O número dos Grupos do AA e do Al-Anon aqui registrados, foram cedidos pelo Delegados do AA e pela Delegada do Al-Anon, da Área da Paraíba respectivamente. Eles fazem parte dos Relatórios da Conferência de Serviços Gerais de cada movimento.

anonimato dos outros membros. O nome e o rosto dos integrantes do movimento não aparecem na mídia, mas trabalham na divulgação dessa prestação de serviços à comunidade.

As reflexões que fizemos aqui objetivaram esclarecer como ocorreu o processo de interação no Grupo Institucional Al-Anon em Busca da Paz, bem como a cooperação do AA na USF Alto do Céu I. Ressaltamos que esses grupos costumam ter uma gratidão especial aos profissionais que os referenciam, encaminham, ou cedem espaço para manter um grupo institucional funcionando para levar apoio aos alcoólicos e seus familiares.

Portanto, a Educação Popular em Saúde articulada com a cooperação dos grupos de AA e Al-Anon possibilitaram uma abordagem ampliada às famílias afetadas pelo alcoolismo na USF Alto do Céu I. Acreditamos que esse exemplo poderá ser seguido em outras USFs, buscando a transformação da realidade de sofrimento provocada pelo alcoolismo na família como podemos perceber a partir dos relatos de vida de Margô, Clara, José e Miguel, os quais são familiares dos idosos e participantes dessa pesquisa e do Grupo Al-Anon em Busca da Paz.

“Eu sou Margô, tenho 48 anos, na minha infância vivia com minha avó materna, viúva com 7 filhos, todos deram pra beber, um deles se envolveu com outras drogas, era violento, fez muitas desordens, morreu assassinado, minha avó participou de tudo isso”. O pai de Margô que bebe desde moço, está com 80 anos, tem um câncer no estômago, mas continua bebendo; sua mãe está com 75 anos e também foi acometida por um câncer no intestino. Uma irmã sua, a qual nasceu com deficiência física, bem como seus pais, são cuidados pela irmã mais velha, solteira, mas que já se encontra com a saúde afetada pela codependência por conviver com os familiares com alcoolismo ao longo de sua vida numa situação tão complicada.

Aos 10 anos de idade Margô foi trabalhar numa residência, onde permanece até esse momento. Ela trabalha cuidando do patrão que, de tanto beber, foi acometido de uma neuropatia, perdeu os movimentos e ficou em cadeira de rodas; o filho de seu patrão já bebe excessivamente e a sua patroa se encontra com a saúde comprometida. Margô casou-se aos 14 anos e, em

seguida, passou a sofrer bastante pois: “O marido bebia, vivia com mulheres, me batia e dizia coisas horríveis comigo, tive 4 filhos que criei sozinha. Perdi o amor que eu tinha pelo meu marido por causa das grosserias dele, mas ele ficou morando dentro de casa porque não podia pagar um aluguel e os filhos o apoiaram”. Ela permitiu para que ele não ficasse jogado nas ruas; no entanto, considera a convivência com o ex-marido terrível, pois ele chega embriagado e com atitudes violentas na família.

No mesmo caminho vai o seu filho de 25 anos, ela já não suporta mais, pois já está percebendo que três gerações de sua família foram destruídas pelo álcool, Margô dizia que: “vivia com muito ódio, desejo de vingança, não tinha gosto pra nada. Ai de mim se não tivesse aberto esse grupo aqui no PSF, porque eu agora to compreendendo tudo isso e to ganhado gosto de viver”. Margô disse ainda que, com a prática da serenidade, o desabafo das mágoas, e a troca de experiência com as companheiras, ajudaram que ela deixasse de ser irritada, e aprendesse a ter alegria (Relato de vida de Margô, em 08.08.2004).

A partir de setembro de 2004 o grupo de Educação Popular em Saúde e o grupo Al-Anon em Busca da Paz passaram a funcionar nos sábados à noite em horários diferentes o que possibilitou a participação dos idosos e seus familiares nos dois grupos, ampliando assim a abordagem à problemática do alcoolismo. Prosseguindo, apresentamos Clara, integrante da pesquisa que está exercendo uma liderança positiva e um efeito multiplicador na família.

“Eu sou Clara, tenho 38 anos, sou neta de Antônio e cuido dele, que está com 99 anos. Nasci numa família destruída pelo alcoolismo. Meu avô e meu pai sempre foram violentos e eu cheguei a odiá-los; minha mãe teve que ir embora de casa para não morrer, deu a mim e ao meu irmão para pessoas diferentes”. [Clara e seu irmão foram criados separados e se reencontraram em fevereiro de 2004]. Ela casou-se com José aos 17 anos de idade, teve seu primeiro filho aos 21, depois do nascimento do menino, seu marido começou a beber e só parou em janeiro de

2004³⁶. Sem compreender a diferença entre o alcoolismo e a pessoa que bebe, ela odiava todos os alcoólicos e o seu marido também; ao ingressar no grupo, estava revoltada com o sofrimento que havia enfrentado com a codependência do álcool durante toda a sua vida.

Clara revelou que era impaciente com os filhos. Que o ódio que sentia atormentava a sua vida, pensava que alcoolismo era safadeza, detestava quando seu marido se juntava com os vizinhos para tomar cerveja. Ela contava que nesses momentos as crianças ficavam perto do pai tomando coca-cola. Seu marido e os amigos de copo diziam que quando as crianças ficassem grandes é que poderiam tomar cerveja. No entanto, Clara observava que: “Os meninos tomavam o resto do copo deles escondidos e eles me ofereciam, mas com ódio eu recusava; isso foi bom pra mim, senão hoje eu era uma alcoólica”.

Enquanto seu marido bebia, ela trabalhava cuidando de idosos nas residências para sustentar a família, sofria maus tratos do avô e o desprezo do marido. Participando do Grupo de Educação Popular em Saúde e do grupo Al-Anon ela disse: “Aprendi que o ódio que eu tinha dentro de mim estava destruindo minha relação com meu marido e meus filhos, compreendi o que o alcoolismo não é safadeza, é problema que afeta tudo na vida da gente, estou mais serena”. Falou que sentia muita dificuldade para dialogar com o marido e com os filhos sobre os problemas, porque era muito irritada e antes de participar desse trabalho educativo, resolvia tudo no grito; agora ela consegue conversar (Relato de vida de Clara em 15.08.2004).

Com a nova consciência que estava adquirindo Clara foi levando o seu marido a trocar experiências com ela sobre o alcoolismo, o mesmo foi percebendo a sua diferença, deu crédito ao que ela falava e tentou parar de beber sozinho. Não tendo conseguido ela o encorajou a pedir ajuda ao grupo, conforme verificamos no relato de vida de seu marido, a seguir:

³⁶ Clara, ao participar do grupo, Al-Anon e do grupo de Educação Popular em Saúde, passou a dialogar com o marido sobre o problema do alcoolismo, conseguindo pela força do diálogo motivá-lo a buscar ajuda e parar de beber; o mesmo solicitou essa ajuda no grupo, foi levado ao AA em 30.01.05. Atualmente essa família inclusive os filhos adolescentes, estão engajados nesses grupos trabalhando na superação das conseqüências do alcoolismo na família. Uma experiência especial nessa pesquisa foi participar do soerguimento dessa família afetada pelo alcoolismo.

“**Eu sou José**, tenho 40 anos, sou o marido de Clara. Durante a minha infância no Piauí, trabalhei quebrando pedra com a marreta para ajudar minha mãe viúva. Vim para João Pessoa na adolescência atrás de emprego, foi quando comecei a beber, pouco no início, depois foi só destruição”. José casou-se com Clara e escondeu dela que bebia. Bebeu longos anos sem ter consciência do mal que estava fazendo a sua vida e a de sua família, pensava que estava se divertindo, aproveitando a vida. Porém, a sua esposa com o que aprendera nos grupos, foi conversando com ele sobre o alcoolismo. Além disso, a família recebeu a nossa visita com uma agente de saúde que lhe deu orientações sobre o mesmo assunto, apesar de não ter gostado naquele momento, passou a ver a modificação da esposa dentro de casa e avaliando a sua vida, percebeu que também precisava mudar.

Tentou parar de beber sozinho, mas depois de passar 3 meses, voltou a beber, tomando quantidades maiores, parecia querer descontar o tempo que ficou sem beber. Sentindo-se arrasado, contou com o incentivo da esposa. E tomou a decisão: “fui no grupo pedir ajuda para parar de beber, hoje eu reconheço que o alcoolismo destrói o amor na família, estou lutando pela minha sobriedade, quero recuperar o amor dentro de mim mesmo e dentro da minha família”. José ficou participando do Grupo de Educação Popular e do Al-Anon pela sua convivência prolongada com Antônio, idoso integrante dessa pesquisa, o avô de Clara, sua esposa. Porém passou a frequentar um grupo de AA na comunidade; seu ingresso ocorreu na reunião em que José F. estava completando seus 30 anos de sobriedade, o mesmo lhe apadrinou, dizendo que o seu ingresso reforçava a sua recuperação (Relato de vida de José em 19.02.2005).

Uma oportunidade ímpar nesse estudo foi participar do soerguimento de uma família afetada pelo alcoolismo. À família de José, incluindo os seus filhos adolescentes, estão engajados nos grupos, trabalhando na superação das conseqüências do alcoolismo. Como podemos verificar no relato de vida de Miguel, a seguir:

“**Eu sou Miguel**, bisneto de Antônio, filho de José e de Clara, tenho 14 anos, me criei com medo e na tristeza de ver minha mãe sempre com raiva de meu pai por causa de suas cachaças, e de ver meu bisavô bebendo e fazendo violência com a gente dentro de casa”. Miguel também falou que para encontrar um lugar de paz em sua vida, ajudava o padre na igreja. No entanto, foi participando do grupo de Educação Popular em Saúde e do Grupo Al-Anon que ele se libertou de grande parte da sua tristeza ao compreender que seu pai, sua mãe e seu bisavô, não eram pessoas ruins. Também compreendeu que a sua mãe vivia irritada com ele e com seus irmãos porque sofria demais (Relato de vida de Miguel em 22.08.2004).

Assim foi sendo realizada essa abordagem educativa que, como diz Gohn (2001), possibilita aos educadores e educando a capacidade de serem críticos, abertos e vigilantes, analisando as situações com lucidez na perspectiva de realizar mudanças para melhor. Nesse contexto, o diálogo e a conscientização passaram a ser uma ação concreta, propiciando mudanças de atitudes nas atividades da vida diária dos participantes. Ao articular a Educação Popular em Saúde e a cooperação do Al-Anon e do AA, no contexto da Atenção Básica à Saúde, percebemos que essas abordagens têm pontos em comum, pois se pautam pela humildade, solidariedade e pela equidade, buscando o bem estar das pessoas através do diálogo e da conscientização, se constituindo abordagens relevantes para serem utilizadas na USF com as famílias afetadas pelo alcoolismo.

4.3 Trabalhando o conteúdo dos temas geradores com os grupos organizados e com a comunidade

Prosseguindo com essa abordagem educativa, durante o processo da investigação diagnóstica, fomos transcrevendo as gravações com os relatos de vida, os quais foram previamente lidos e aprovados pelos integrantes dessa pesquisa, passando a ser problematizados e refletidos junto com os conteúdos científicos contidos em nosso referencial teórico. Esses relatos de vida serviram de temas geradores para o conteúdo educativo nos grupos e nas rodas

de conversa, o que possibilitou um mergulho reflexivo na realidade do alcoolismo familiar, pois refletiam sobre suas histórias verdadeiras. Quanto aos temas geradores, na opinião de Brandão (2005, p. 72-73): “Podemos chamar também de **TEMAS SEMENTE!**”

Eles são os assuntos em que as pessoas pensam e usam para conversar, quando elas têm idéias. Quando elas querem contar para elas mesmas ou para as outras pessoas os seus pensamentos, as suas opiniões, os seus sentimentos, os seus sonhos, os seus planos. Tudo isso e tanta coisa mais que se vive, que se sente, que se pensa, que se acha, que se imagina, que se sabe, e que se quer...comunicar.[...] Comunicar assuntos. Dialogar sobre temas! [...] Assunto puxa assunto, quando as pessoas são boas para ‘colocar os pensamentos em volta da roda’.

Portanto, para devolver à comunidade o conhecimento sistematizado a partir dos relatos de vida dos idosos e de seus familiares, durante a investigação diagnóstica do alcoolismo organizamos as rodas de conversa para desenvolver os seguintes temas geradores: 1. Passei a vida sofrendo com o alcoolismo sem beber; 2. A gente fica velha cansada de sofrer e de lutar com as bebedeiras; 3. Alcoolismo é uma agonia na vida da família; 4. O alcoolismo impediu a paz na vida da minha família; 5. Minha mãe idosa e acamada sofre com o alcoolismo na família; 6. Passei a vida sofrendo e fiz sofrer com a cachaça.

Debatemos esses temas com os escolares no Centro Social da comunidade, com a comunidade nas rodas de conversa, nas reuniões dos grupos de hipertensos e diabéticos e na comemoração do dia do idoso. Buscamos também espaço na igreja católica para apresentar os dados da pesquisa, porém, foi negado. Tentamos na Igreja Evangélica mas, segundo uma agente de saúde, o pastor não quer falar sobre alcoolismo, pois a condição para participar das práticas daquela igreja é não tomar bebidas alcoólicas.

Assim, as rodas de conversas, foram momentos relevantes para compartilhar o conhecimento sobre a problemática do alcoolismo na comunidade. Ao conversar em roda nos inspiramos em Paulo Freire, pois segundo Brandão (2005, p. 62), ele sentava as pessoas numa roda, também chamada de **CÍRCULO DE CULTURA**, nela se conversava sobre a vida das

pessoas e sobre o lugar em que viviam. As rodas de conversa serviram para dialogar sobre os dados da pesquisa e para ampliar a nossa investigação diagnóstica; elas provocavam novas discussões e possibilitavam uma tomada de consciência do alcoolismo na comunidade. Na fotografia seguinte registramos uma dessas rodas onde debatemos com 180 idosos, os resultados desse estudo contendo o diagnóstico da problemática do alcoolismo na comunidade³⁷.



Figura 11: O ambiente de uma roda de conversa com os idosos
Fonte: Pesquisa direta, 2005

Após o debate na roda de conversa com os idosos, recebemos um grupo de avós, que queriam orientações para lidar com seus netos adolescentes, os quais passaram a criar depois que seus filhos haviam falecido de mortes traumáticas, após terem se envolvido com o problema do álcool e das outras drogas. No entanto, esses netos, que estavam na faixa etária entre os 17 e 18 anos de idade, já se encontravam chegando em casa pela madrugada e embriagados, fato que lhes trazia muita tristeza e preocupação.

³⁷ Queremos salientar que a nossa posição de pé no centro da roda não significa posição de destaque. Foi para atender uma solicitação dos idosos, pois como era uma grande roda e não havia microfones, eles tinham dificuldades para ouvir o que estava sendo falado.

Porém, este é um assunto que nas rodas de conversa e nos outros eventos suas discussões são mais superficiais, pois uma única conversa é insuficiente para que uma pessoa consiga desenvolver estratégias de enfrentamento e superação de questões tão complexas. Essas pessoas precisariam participar de um grupo de apoio educativo para desenvolver as habilidades de prevenção na família, pois de acordo com o que observamos nesse estudo, foi nos grupos de Educação Popular em Saúde que os conhecimentos científicos sobre o alcoolismo foram aprofundados. Assim como no grupo Al-Anon em Busca da Paz ocorria o despertar da espiritualidade através da prática dos Três Legados que ajudava a dar um novo significado e mudar a perspectiva vivenciada com a situação do alcoolismo na família. Isso pode ser comprovado através das avaliações sobre essa experiência educativa em saúde, conforme trataremos no capítulo a seguir.

5. O PROCESSO GRUPAL: AS CONTRIBUIÇÕES E AS LIMITAÇÕES DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA OS IDOSOS, SEUS FAMILIARES E PARA A EQUIPE DE SAÚDE

De acordo com o objetivo geral desse estudo, o qual foi analisar as contribuições da Educação Popular em Saúde aplicada no enfrentamento do alcoolismo familiar, a partir de uma experiência realizada na USF Alto do Céu I, envolvendo a equipe de saúde, os idosos e seus familiares. E, considerando que os nossos objetivos específicos foram analisar as contribuições da experiência na educação profissional da equipe de saúde e para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e de seus familiares, realizamos nesse capítulo uma avaliação analítica, buscando verificar os resultados alcançados.

Essa pesquisa-ação tem caráter “educativo e político comunitária” porque partiu de um problema originado na comunidade que: “o define, o analisa e o resolve”. Objetivou a qualidade de vida dos integrantes e seus benefícios atingiram a equipe de saúde, os idosos e seus familiares, como também as pessoas da comunidade, que participaram do processo. Os integrantes desse estudo são pessoas exploradas, pobres e oprimidas. Porém, ao participarem da pesquisa fizeram uma análise mais “autêntica da realidade social”. Foram adquirindo “uma melhor conscientização” de seus próprios potenciais, mobilizando-os a utilizá-los em benefício próprio (LAPASSADE, 1977, APUD BARBIER 2002, P. 61).

Com base na visão do autor acima referido, identificamos também que nesse tipo de pesquisa o pesquisador participa de forma engajada, aprende e milita durante o processo sem manter uma atitude de indiferença, expressando seu posicionamento político em todos os momentos do estudo, nesse contexto, buscando contribuir, através da ação educativa, para a transformação da realidade que envolve o alcoolismo nas famílias atendidas pela USF em estudo.

Para avaliar o processo de mudança obtido com a equipe de saúde, os idosos e seus familiares, nessa experiência educativa, tomamos os elementos diálogo e conscientização como categorias importantes no sentido de elaborarmos algumas ponderações acerca de nosso estudo, e, sobretudo, porque elas estiveram presentes em todo processo dessa pesquisa-ação. Durante a investigação diagnóstica, com a sistematização dos relatos de vida, como também na devolução dos dados à comunidade, pela diversidade e heterogeneidade dos dados aqui revelados não é possível categorizar todos os seus elementos e esgotar as análises, compreendemos que as mesmas serão alvo de novos estudos e que, mesmo assim, pela dimensão do fenômeno alcoolismo, elas não se esgotarão.

Brandão analisando o diálogo e a conscientização, na pedagogia de Paulo Freire diz:

O diálogo não é apenas uma estratégia, uma qualidade de método de trabalho pedagógico. Ele é aquilo em que todo o processo de ensinar-aprender deve se converter. Deve se reconverter para constituir uma experiência de educação humanamente libertadora[...] Não é somente com conteúdos cientificamente críticos que uma educação conscientizadora se realiza. Na verdade, o educador deve se apropriar de diferentes conteúdos pedagógicos, filosóficos, científicos, artísticos, etc., para colocar significados da vida em *situações de diálogo*[...]. Desde os primeiros tempos, sempre a idéia de *conscientização* vinha, em Paulo Freire e em todos nós, associada a duas outras palavras que a completavam, trazendo uma categoria mais psicológica a uma dimensão do fato social, onde ela deveria se realizar inteira e relacionalmente. As duas palavras eram: *participação e mobilização* (BRANDÃO, 2002, p.p. 21-22).

Nos ancoramos nessas idéias, mobilizando as famílias através do diálogo crítico, buscando a conscientização das pessoas afetadas pelo alcoolismo. Dentro de uma atmosfera de solidariedade, fundamentada na humildade, no amor e na fé nessas pessoas, assumindo o compromisso político com elas, motivando-as a uma participação libertadora e transformadora de suas situações limites, conforme as avaliações a seguir.

5. 1 As contribuições da Educação Popular em Saúde para a ESF

Os resultados da investigação diagnóstica revelaram que a medida em que a problemática da dependência e a codependência alcoólica aumentava na comunidade, a equipe de saúde estava limitada para desenvolver as ações de prevenção e redução de suas conseqüências nas famílias afetadas. Isso porque não houve oportunidade de aprendizado na graduação, na pós-graduação ou na educação profissional, que subsidiasse os profissionais para lidar com o alcoolismo na comunidade. Com essas limitações, algumas pessoas da equipe consideravam o alcoolismo uma “deficiência moral”; além de ficarem vulneráveis aos riscos da problemática na própria família, sem ter como se ajudar nem ajudar aos necessitados. Também não conheciam o funcionamento dos grupos de autoajuda; assim sendo, não poderia referenciá-los ou encaminhar e encorajar as pessoas necessitadas para buscar essa rede apoio da comunidade.

Portanto, essa pesquisa-ação de cunho educativo junto com a equipe de saúde numa perspectiva dialógica e conscientizadora, se constituiu uma oportunidade especial no sentido de que se configurou como um campo de educação profissional no próprio ambiente de trabalho e, numa relação dialética, enquanto a equipe de saúde estudava as famílias com o problema do alcoolismo, aprendia a identificar e a cuidar da problemática em si próprios. Nesse sentido, conforme a pedagogia de Freire, o educador, ao educar, também é educado. Essa concepção se apresenta,

[...] como prática da liberdade, a sua dialogicidade começa , não quando o educador-educando se encontra com os educandos-educadores em uma situação pedagógica, mas antes, quando aquele se pergunta em torno do que vai dialogar com estes. Esta inquietação em torno do conteúdo do diálogo é a inquietação em torno do conteúdo programático da educação[...] Para o educador-educando, dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição - um conjunto de informes a ser depositados nos educandos -, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que lhes entregou de forma desestruturada (FREIRE, 1997, p. 83-84).

Nesse sentido, desde a inserção no campo e no estudo preparatório com a equipe de saúde dialogamos sobre o alcoolismo. Nesses diálogos observamos que das onze pessoas da equipe de saúde que fizeram parte do estudo, oito se encontravam vivenciando o alcoolismo na própria família, não sabendo como se ajudar, tão pouco, como ajudar às famílias na comunidade. Porém, ao estruturarmos essa abordagem sobre a problemática do alcoolismo, a equipe de saúde avaliou que: “Antes desse estudo, a gente não sabia como orientar às famílias afetadas agora sim sabemos dialogar sobre o alcoolismo nas visitas domiciliares, nas consultas e nos grupos”.

Os agentes de saúde afirmaram: “Agora dá pra gente dialogar com as famílias que têm esse problema, antes desse estudo à gente tinha vergonha de se envolver com esse assunto, pensava que era da vida particular das famílias, que a gente não podia se envolver”. Além, disso, eles passaram a compreender porque os idosos do grupo de hipertensão e diabetes, que têm o problema do alcoolismo na família, tomavam o remédio e a pressão não baixava e, ainda, porque alguns deles viviam tão irritados. Com essa consciência, eles tornaram-se mais sensíveis a situação dos idosos que são maltratados na família codependente do álcool (Avaliação da equipe de saúde em 20.05.05).

Daí a importância da Educação Popular em Saúde e da pesquisa-ação, pois através das avaliações da equipe de saúde, constatamos que estava surgindo uma nova compreensão sobre a pessoa portadora de alcoolismo, chegando à conclusão de que eram pessoas com problema de saúde e que precisavam de ajuda, como afirmou a enfermeira da USF: “A partir das reflexões realizadas nesse estudo, mudou o meu olhar sobre o alcoólico e a sua família, antes havia uma compreensão de que eram pessoas desajustadas”. Essa visão era consequência da falta de conhecimento sobre a verdadeira natureza do problema; confirmando a preocupação da SENAD (1999) e da PENAD (2001) em priorizar na Atenção Básica à Saúde realizada no PSF a formação de Recursos Humanos na área das dependências químicas.

Algumas das agentes de saúde assim se expressaram: “Antes a gente pensava que era safadeza, agora dá para ter compaixão dos alcoólicos e de seus familiares”. O único agente de saúde do sexo masculino avaliou que ao estudar Educação Popular em Saúde foi uma oportunidade de adquirir mais segurança para investigar os problemas de saúde da comunidade, pois tinha elevado à sua capacidade de dialogar não apenas com as famílias afetadas pelo alcoolismo mas com todas as outras famílias durante as visitas domiciliares (Avaliação do agente de saúde em 20.05.05).

A médica da equipe avaliou da seguinte forma: “Foi uma rica oportunidade de aprendizado. A Educação Popular em Saúde trouxe uma maior humanização para esse serviço. Eu percebi também que a família do alcoólico precisa primeiro se cuidar para depois cuidar do seu familiar”. Declarou-se feliz ao ver as pessoas que ela havia encaminhado para os grupos estavam melhorando a saúde e o relacionamento com a família, na sua opinião a pesquisa relacionada às questões do alcoolismo, trouxe grande contribuição para elevar a qualidade de vida das famílias afetadas na comunidade e também para a equipe de saúde (Avaliação da médica em 20.05.05).

Testemunhamos o empenho, o amor e o zelo da equipe de saúde para com todas as pessoas na comunidade, especialmente com os mais sofridos. Porém, ela se sente desafiada e ao mesmo tempo impotente pela demanda diversificada que se apresenta no cotidiano da USF e pelas condições limitadas para o atendimento; essas limitações se elevavam ao lidar com as questões do alcoolismo e com a educação em saúde. Consequência da formação recebida e do modelo assistencial biologicista, com base na consulta individual, no exame, no remédio ou no internamento hospitalar. Cultura existente na comunidade e na própria equipe, que será modificada a medida em que formos avançando na abordagem educativa.

Porém, constatamos que esse modelo assistencial ainda é reproduzido pela universidade, pois os alunos, que chegavam na USF para estagiarem, eram orientados pelos seus

professores para realizarem consultas individuais mantendo a abordagem isolada no consultório, chegando a concorrer com a médica e com a enfermeira pelo espaço físico para realizarem suas consultas, negligenciando a abordagem da educação em saúde realizada em grupos. Dos estagiários que encontramos durante esse estudo e que convidamos para participarem dos grupos de Educação Popular em Saúde, apenas uma do curso de nutrição participou algumas vezes do estudo preparatório com a equipe de saúde; os demais estagiários alegaram que não podiam, pois estavam sobrecarregados com as tarefas exigidas pelos seus orientadores.

Porém, depois de um ano³⁸ de trabalho educativo junto com a equipe de saúde, utilizando os conteúdos, organizados a partir dos relatos de vida, contados de modo tão despreendido pelos idosos e seus familiares; refletidos e analisados com eles nos grupos e com as outras pessoas da comunidade, conforme citamos anteriormente, buscamos aqui analisar alguns aspectos relativos aos nossos objetivos, visto que os conteúdos desses relatos falam por si mesmos, devido à diversidade de dados que o estudo apresentou, eles poderão ser interpretados por diversas óticas. Nesse sentido, Niewiadomski (2000, p.334) considera a abordagem autobiográfica privilegiada para estudar o problema intergeracional do alcoolismo com grupos, por ela permitir às pessoas refletirem sobre a sua trajetória de vida e identificarem com clareza as determinantes sociais que influenciaram “fortemente o curso de suas vidas e seu recurso ao álcool”.

A abordagem autobiográfica contendo os relatos de vida em pesquisa-ação na visão de Macedo (2000, p. 173) significa: “A história vista de baixo, história local e do comunitário, história dos humildes e dos sem história, tirando do esquecimento aquilo que a história oficial sepultou”. A história do alcoolismo presente no cotidiano das famílias da periferia, negada e

³⁸ A fase preparatória da pesquisa ocorreu no período de novembro de 2003, até o final de abril de 2004. O grupo de Educação Popular em Saúde iniciou suas atividades em maio de 2004 e a avaliação conclusiva em maio de 2005. Durante esse período, ele funcionou apenas com os idosos e seus familiares integrantes desse estudo. Após o encerramento da pesquisa, o referido grupo passou a ser uma ação de extensão da UFPB/PRAC/COPAC/NIETI, junto às atividades da USF e ficou aberto a qualquer pessoa da comunidade. A experiência com o Grupo Institucional Al-Anon funcionou como cooperação no processo; esse grupo sempre esteve aberto a qualquer pessoa da comunidade, independente da pesquisa.

esquecida, porém aqui resgatada, no processo educativo, durante a investigação diagnóstica, os integrantes dessa pesquisa fizeram uma retrospectiva do passado e de seus antepassados, os quais viveram mergulhados na problemática do alcoolismo, possibilitando através de seus relatos de vida que aprendêssemos com eles e publicássemos esses conhecimentos.

Portanto, cada narrativa orientada pelas perguntas norteadoras, se constituía numa oportunidade para exteriorizarem suas experiências referentes ao problema do alcoolismo, como ele foi vivenciado, como o compreendiam e como agiam para enfrentá-lo. Ficou explícito nesses relatos a diversidade dos fatos ocorridos entre diversas gerações contendo erros, acertos, dificuldades e as trajetórias familiares, individual e comunitária de sofrimento intenso.

Assim, a metodologia qualitativa da pesquisa-ação com base na pedagogia de Paulo Freire (2004), possibilitou realizarmos a investigação diagnóstica do alcoolismo trabalhando com os grupos nas rodas de conversa que eram denominadas pelo referido autor como círculos de cultura, onde foram reveladas as diferentes opiniões e atitudes das pessoas com relação à cultura para o uso de bebidas alcoólicas.

O estudo revelou que os adultos associam o hábito beber com: lazer, recreação, prazer, alívio das tensões ou das frustrações; essa cultura é passada pelo exemplo dos mais velhos para os mais novos, de geração a geração. Esses resultados já eram evidenciados nas experiências aqui citadas dos grupos de autoajuda AA e Al-Anon na década de 1940-1950; nos estudos de Hemfeld e sua equipe em (1989); nas pesquisas de Ramos e Bertolote (1997), de Larangeiras (1997); com também nos estudos de Beattie (2004) e, Zampieri (2004) essa autora defende inclusive que a codependência deve ser codificada no CID 10.

Observamos, durante a nossa permanência no campo de estudo, como também, os relatos de vida nos mostraram que, devido à cultura para o uso da bebida, a sua experimentação já inicia na infância no meio familiar, que os adolescentes e os jovens carentes de senso crítico são, também pressionados pelos grupos sociais organizados na comunidade para beberem.

Assim, vão adquirindo esse hábito, juntando-se a eles as injustiças sociais e a educação inadequada para a valorização da vida elevando os riscos e a vulnerabilidade para o desenvolvimento de novas dependências e codependências nessas famílias.

Compreendendo esses riscos, os idosos, principalmente as mulheres idosas, se rebelam contra o ato de beber, buscando encontrar algumas estratégias para evitá-lo; no entanto mesmo estando com a razão, elas são contestadas, maltratadas e oprimidas dentro da própria família. Isso nos mostra a força da cultura que alimenta o alcoolismo na sociedade, o qual é constituído por uma rede de causas múltiplas como uma reação em cadeia integrada ao processo de vida das pessoas, conforme ficou evidenciado nos relatos de vida. Nesse sentido Barbier (2002, p. 129) afirma que, nas pesquisas educativas, durante as entrevistas realizadas em grupos “[...] os relatos de vida possibilitam uma reorganização profunda da auto-imagem do sujeito entrevistado e do pesquisador”, no sentido de possibilitar novas estratégias de enfrentamento e superação da problemática.

Como estratégias de enfrentamento e superação da problemática do alcoolismo podemos perceber a mudança de atitudes expressadas através das narrativas, pois os participantes da pesquisa passaram a conviver em família de forma mais serena, a dar um tratamento mais humanizado para com o alcoólico e, em contrapartida o familiar alcoolizado ficava mais calmo. Culminando com um maior equilíbrio emocional da família, manejavam com mais eficiência os sentimentos negativos que elaboravam antes do processo educativo, os quais, possibilitavam a criação de pensamentos e idéias distorcidas que colaboravam com expectativas de acontecimentos desastrosos e elevava o estresse a níveis insuportáveis, culminando com a violência e os maus tratos. Observamos que através do conhecimento gerado na dinâmica grupal o problema do alcoolismo está recebendo uma nova abordagem na USF e nas famílias afetadas.

Percebemos que os relatos de vida se constituíram nos principais conteúdos desse estudo, possibilitando o aprendizado entre educadores e educandos. Através deles obtivemos o

conhecimento do alcoolismo na estrutura familiar e a compreensão de que essa problemática se fez presente no “curso da vida” das famílias estudadas. Essa perspectiva longitudinal do alcoolismo na história de vida dos idosos, a partir de seus avós, pais, deles próprios, de seus filhos, netos e bisnetos, afetando diversas gerações, evidenciou que a dependência e a codependência alcoólica, conforme os estudos de Edwards (1999, p. 157), “se constituem um problema intergeracional de proporções inalcançáveis”, cujos dados são similares aos das pesquisas de Hemfelt e sua equipe (1989), Ramos e Bertolote (1997), Larangeiras (1997), Beattie (2004) e Zampieri (2005), citados nesse estudo.

Ainda nos estudos de Edwards (1999, p. 59) encontramos que: “O beber problemático geralmente tem um profundo impacto sobre a família do bebedor. A esposa e os filhos são as pessoas comumente mais atingidas, mas os pais, irmãos, tios ou avós, também podem estar envolvidos de alguma maneira”, conforme ficou explicitado no primeiro capítulo desse texto. Percebemos nesse estudo, que as famílias ficaram durante diversas gerações e no curso de suas vidas envolvidas por emoções negativas, devido aos sentimentos de desarmonia, medo da morte e negligência com o autocuidado, que os ameaçam a cada momento, prejudicando o bom relacionamento, os vínculos afetivos e o desenvolvimento de uma vida com qualidade.

Afetados pela dependência e pela codependência, os integrantes desse estudo contribuíam negativamente para a permanência e talvez a piora do alcoolismo na família. Os pesquisadores citados anteriormente orientam que é necessário trabalhar para o resgate do autocuidado nas famílias afetadas pelo alcoolismo, para que possam se reestruturar e mudar a perspectiva de vida.

Através dessa experiência de Educação Popular em Saúde, enfocamos a necessidade de resgatar as habilidades com o autocuidado. E, aos poucos fomos percebendo que na prática participativa foram modificando a história do alcoolismo em suas vidas, que despontava uma nova consciência trazendo novas posturas, pois os integrantes desse estudo ao chegarem às

reuniões, vinham alegres e bem cuidados. Os diálogos já não se davam em torno das histórias tristes e na troca de experiências mostravam que os conhecimentos adquiridos estavam sendo aplicados nas atividades da vida diária.

Mesmo enfrentando os graves problemas narrados nesse texto, debatiam sobre as suas mudanças de atitudes, resultantes do processo educativo experimentado. Na medida em que se elevava a conscientização, passaram a refletir criticamente sobre a própria condição existencial, foram emergindo da problemática do alcoolismo, transformando a realidade e passaram a contar uma história de vida com mais qualidade. Peter Park fala da importância da narrativa na pedagogia de Freire (2001, p. 198) considerando que:

O ato de narrar histórias é uma das mais antigas formas de nos relacionarmos como seres humanos e de estabelecermos uma comunhão. Na verdade em seus últimos escritos, especialmente aqueles produzidos após o seu retorno do exílio para o Brasil, ele [Paulo Freire] introduz, de forma explícita, histórias de sua infância e outras cenas de sua vida. [...] Histórias obtêm frequentemente sucesso em situações nas quais teorias elaboradas, repletas de termos técnicos, fracassam, mas também servem para estabelecer uma ligação entre o narrador e sua audiência, por intermédio das quais o primeiro compartilha de si mesmo com os outros(as), criando assim um laço. Elas estabelecem um espaço comum no qual as experiências recontadas agem como símbolos dessa comunhão. Esse é o papel de construtora de comunhão que as narrativas, desde contos de dormir até mitos altamente elaborados, têm desempenhado na história humana. São contadas e recontadas inúmeras vezes, e, a cada vez, os tecidos das ligações humanas da narrativa se fortalecem. Essa é a importância da narrativa das histórias de Freire na pedagogia do amor.

Como vemos através dessa pedagogia, em diálogo com os integrantes desse estudo e com os autores consultados, percebemos que o alcoolismo se constitui numa realidade opressora objetiva e subjetiva, estruturada através dos condicionamentos, que permaneceram na história familiar e que atrelada às carências do contexto socioeconômico e educacional, principalmente à falta da educação para o enfrentamento da problemática, ela tende a se reproduzir e a se agravar. No entanto, como defendemos nesse estudo, que a Educação Popular em Saúde pode contribuir para a transformação dessa realidade e, nossa tese fica comprovada através das avaliações que temos realizado com os integrantes dessa pesquisa como com também com as que seguem.

5.2 As contribuições da Educação Popular em Saúde para os idosos

Buscando a verificação dos elementos de aprendizagem que indicaram a ação libertadora e humanizadora dos sujeitos mobilizados a participar dessa pesquisa, aproveitamos uma oficina realizada pela enfermeira da USF Alto do Céu I, com os integrantes desse estudo, para pesquisar o tema alcoolismo e o relacionamento familiar no final de fevereiro de 2005³⁹; na citada oficina à professora orientadora da pesquisa, ao dialogar com os integrantes desse estudo, eles começaram a contar as suas histórias e falaram das mudanças que estavam ocorrendo em suas vidas depois que estavam participando do grupo de Educação Popular em Saúde. Ouvindo-os, a professora fez a seguinte pergunta: O que significou esse grupo na vida de vocês?

Naquele momento gravamos e anotamos todos os depoimentos contendo as avaliações dos integrantes, produzidas naquelas respostas, as quais integramos em nossas análises.

Rosa, iniciando as respostas, disse que pensava que o grupo iria servir para o seu filho parar de beber; ao compreender que não, ficou desencantada, quis deixar de participar. Porém, pensou melhor e sentiu que no grupo estava aprendendo a melhorar da raiva e do ódio que sentia em seu coração. Esses sentimentos faziam com que ela ficasse mal humorada, irritada, descarregando na família, piorava os conflitos e prejudicava ainda mais o seu filho alcoólico e a si própria.

Segundo Rosa: “No grupo eu estou aprendendo a refletir antes de falar, aprendi a dialogar, antes era no grito, estou ficando mais calma”. Essa calma que não significa acomodação ou passividade, estava ajudando Rosa a melhorar do estresse, conseqüentemente elevava a sua saúde; estava conseguindo dormir sem precisar tomar remédio, dizendo que: “Fazia tempo que isso não me acontecia”. Afirmou ainda que a sua pressão arterial, assim como a diabetes estavam mais controladas porque ela estava mais cuidadosa com o tratamento e

³⁹ A citada oficina ocorreu no dia 27.02.05 (CARÍCIO, 2005).

tomava seus remédios de forma correta. Ela confirmou isso dizendo: “Taí a enfermeira e também a médica que não me deixam mentir e vocês que viram como eu cheguei no grupo e me vê agora”. Ela reconheceu que há dias em que a situação em casa fica complicada, mas lembra que não está só, que tem o grupo para desabafar e para ser ouvida com atenção e respeito; então ela vai se sentindo confortada e encontrando soluções para minimizar seus problemas.

Na sua família, ela está causando admiração: “Meus filhos agora tão me achando diferente, porque tô toda arrumada, cheirosa, ando até cantando e sorrindo... aí eu respondo, eu me arrumo pra ir a minha reunião, lá é o melhor lugar que eu vou”. Ela tem um amor especial pelo grupo, serve o chá de capim-santo e todos se acostumaram a tomar o chazinho de Rosa. Salientou que está conseguindo passear com uma companheira do grupo, para se divertir um pouco; antes ela não saía de casa com medo do filho chegar embriagado e quebrar tudo.

Pela nova consciência adquirida através da experiência educativa, Rosa mudou a forma de lidar com o filho embriagado: “Agora quando ele chega bebo eu até trato ele bem, ele já tentou até parar de beber mais não conseguiu e tô percebendo que ele tá bebendo muito menos e tá mais calmo. Eu tenho fé naquele lá de cima (DEUS), que antes que eu morra, ele vai parar de beber”. Segundo as palavras de Rosa, mesmo depois de idosa, ao participar do grupo de Educação Popular em Saúde, ela estava aprendendo a viver, seu filho estava menos agressivo e ela também, diminuindo os conflitos, os maus tratos e a violência na sua família. Assim, percebemos através da sua avaliação sobre o significado do grupo na sua vida, que havia uma nova consciência diferenciada sobre os problemas que tanto lhe afligiam, promovendo a sua qualidade de vida (Avaliação de Rosa em 27.02.05).

Confirmando o que afirma Freire (2004, p. 114) em relação ao problema do alcoolismo citado na página (69) desse texto que: “O único caminho a seguir, neste caso como em outros casos, é a conscientização da situação, a ser tentada desde a etapa da investigação temática”, pois

uma educação conscientizadora possibilita uma nova leitura da realidade e a sua transformação quando o sujeito se lança num processo de ação-reflexão.

Nessa perspectiva, para Freire (2001, 66) “*conscientização* é o aprofundamento da tomada de consciência[...] Ela significa a rigorosa compreensão da realidade. Por isso mesmo, não é possível conscientizar com a adoção de um modelo de neutralidade” principalmente em relação aos conteúdos educativos. Nesse sentido os conteúdos educativos, bem como todas as atividades desenvolvidas nesse estudo buscaram a construção do processo de conscientização, que se revela através das novas estratégias e das superações expressadas pelas famílias para superar a problemática do alcoolismo e, a medida em que se apropriaram da realidade, analisaram seu contexto buscando transformá-lo, foram criando uma nova cultura de libertação da dependência e da codependência do álcool.

Essa nova cultura possibilitou o enfrentamento dos problemas revelados durante a investigação diagnóstica, evidenciando que, apesar dos idosos terem nascido em famílias alcoólicas e de terem convivido desde a infância com as agruras das deficiências socioeconômicas, com o analfabetismo, enfrentando o desemprego, ou o trabalho árduo e de baixa remuneração, baixa qualidade de alimentação, falta de saneamento básico, transporte deficiente, poucas oportunidades de lazer, baixa auto-estima junto com a presença constante do alcoolismo, da violência e dos maus tratos, levando-os a um estresse insuportável, podemos observar que o processo educativo em saúde, trouxe melhoras para essa sobrecarga negativa, mesmo na velhice, como verificaremos na avaliação que segue.

Flor, ao responder sobre o significado do grupo em sua vida, disse: “No grupo eu tive apoio, aprendi que eu tenho valor, que sou importante, aprendi a gostar de mim, voltei a ter confiança em Deus, hoje não olho para meus filhos com revolta e ódio”. Ao participar do processo educativo no grupo compreendeu que o alcoolismo se trata de um problema complicado que afeta a vida da família e que seus filhos não eram pessoas sem vergonha, ela

ganhou um novo ânimo, passou a perceber que através de simples mudança de atitude, podia conviver melhor com seus problemas, o que ela não enxergava antes.

Compartilhou com todos dizendo que estava tomando mais cuidado com a sua saúde mental e física, já conseguia dominar os pensamentos negativos, pois antes ficava esperando que: “as coisa ruim ocorressem com os filhos, agora não, entrego eles na mão de Deus me deito, relaxo durmo a noite toda, nem vejo eles chegar, como to mais sossegada a minha pressão tá boa e eu até aumentei dois kilos, aprendi no grupo, que até na pior desgraça é possível melhorar”. Flor percebeu que o seu estresse fazia ela pensar em coisas negativas, sem que elas existissem e fazia piorar aquelas que existiam.

Já sorridente, ela expressou: “Vi que alcoolismo não é falta de vergonha, que não se resolve com briga nem com pancada, estou bem, Graças a Deus estou em paz”. Ela falou também que ao mudar, passou a orientar os familiares, para não provocarem os filhos embriagados e assim elevar os conflitos e alimentar a violência na família.

Com a sua mudança de atitude a família estava mais equilibrada e Flor estava mais paciente com o seu filho, doente mental. “Ele é que tá se beneficiando com a minha participação no grupo e os irmão que bebe também, porque eu aprendi a relaxar, a dialogar e a calar na hora certa pois brigar com bebo é perigoso, entendi que o estresse não resolve problema cria é mais problema”.

Falou também que havia readquirido o gosto de “se arrumar direitinho” ficar bonita, passear, e enfatizou que se ela morresse todos iriam passar, assim ela passou a cuidar de todos, mas reservou um “tempinho” para cuidar de si e estava tendo mais autoridade na família, aprendendo a dizer não e a obter o respeito dos filhos (Avaliação de Flor em 27.02.05).

Percebemos, na modificação de Flor, como também nos demais integrantes desse estudo, que houve o despertar para o resgate das habilidades com o autocuidado. Não no sentido de ficarem egoístas e abandonarem o cuidado com seus familiares. Ao contrário como nos diz

Orem (1995) e Beattie (2004), para ser responsável pelo seu próprio bem-estar espiritual, emocional e físico, para levar aos outros aquilo que temos de bom. Nesse sentido a pedagogia de Paulo Freire como afirmam os autores Netto (2002) Takase & Alvares (2002), Litvoc & Brito (2004), como também Assis (2005) contribuiu de forma importante para o apoio ao cuidado consigo próprio. Cuidar de si também significa “amar ao próximo como a nós mesmos”, pois se não nos amarmos e se não cuidarmos bem de nós mesmos, como vamos amar e cuidar bem do próximo? Esse também foi o ensinamento do Mestre Jesus mais de 2000 anos atrás, buscando mudar a realidade de sofrimento das pessoas.

Nessa experiência educativa buscamos conhecer e respeitar a história de cada ator social para compreender o seu mundo e estabelecer o diálogo buscando a transformação da realidade. Para Freire, (2004, p. 101): “O mundo não se transforma sozinho, é necessário à ação humana para existir transformação”. Portanto, a transformação da realidade das famílias afetadas pelo alcoolismo passa pela transformação da sociedade e, para que ela seja mais justa e igualitária, é necessário o trabalho de formiguinha, em que cada homem e cada mulher transformando a si próprios, ficando capazes de “refletir sobre sua própria situacionalidade, e na medida em que, desafiados por ela” entram em ação buscando as mudanças necessárias a coletividade, pois a realidade de cada indivíduo é o que forma a realidade social.

Assim, na ação educativa de enfrentamento do uso excessivo de álcool, da dependência ou da codependência, ao voltar-se para a transformação individual, Flor estará contribuindo para a transformação da sociedade, buscando numa ação conjunta com essas famílias uma inserção crítica na realidade na busca incessante da superação das injustiças sociais. Para tanto, é urgente que haja uma tomada de consciência para a responsabilidade social e política relacionada com esse problema. Nesse sentido, encontramos na Educação Popular em Saúde um ponto de partida para avançar na transformação dessa problemática, como podemos verificar na seguinte avaliação.

Vejam os que diz **Maria**: “No grupo eu encontrei apoio e solidariedade com o meu sofrimento, descobri que eu estava acomodada, descuidada, vi que podia fazer muita coisa boa pra mim e minha família, melhorei do meu nervosismo”. Continuando ela confessou que encontrava força no grupo para suportar o “carrego” que era sua vida, mas que já estava bem melhor, mais organizada, tendo gosto de fazer suas tarefas da vida diária, principalmente havia melhorado do estresse em que vivia, lamentava ter se distanciado do grupo por um período (de três meses), avaliando que suas companheiras haviam progredido mais do que ela, enfatizou que não iria mais se afastar.

Ela revelou que sentiu um alívio no seu coração depois que compreendeu que o seu filho não era portador de ruindade, que ela também o maltratava, trabalhou o perdão consigo própria e com o seu filho, reconheceu que ele precisava de ajuda, de calma na família para não piorar das convulsões, ela se sentia mais compreensiva com o filho portador de alcoolismo e de epilepsia e afirmou: “Agora eu não vou mais chamar a polícia, quando ele tiver violento eu vou sair de casa para outro lugar, até ele se acalmar, o grupo significa uma luz na minha vida, foi onde eu encontrei apoio, alegria e boas companheiras” (Avaliação de Maria em 27.02.05).

À medida em que a situação do alcoolismo foi sendo problematizada através do diálogo, com o passar do tempo o processo de conscientização foi sendo revelado e, através dessas mudanças individuais, ocorriam modificações na convivência familiar. Isto é significativo para uma nova cultura construída sob o exercício da libertação, na qual, à equipe de saúde, junto com as famílias, num apoio mútuo, perceberam que podem se libertar da dependência e da codependência. E, através dessa ação, exerceram considerável influência nos outros membros da família e da comunidade no sentido deles também aprenderem o significado do alcoolismo e empreenderem os meios para evitar ou se libertar da problemática, ou em situação mais extrema conseguir equilíbrio emocional para conviver com o alcoólico que não consegue parar de beber, reconhecendo que ele tem inclusive o direito até mesmo de morrer bebendo, mas, mesmo assim,

não podemos desistir dele, nem deixar de dar a nossa ajuda solidária até mesmo para fazer o seu funeral e apoiar os familiares que diante das perdas ficam bastante sofridos.

Assim, íamos verificando a força libertadora da pedagogia de Freire também, através das palavras de **Sara**, ao dialogar na oficina sobre o significado do grupo de Educação Popular em Saúde na sua vida. E ela disse: “Vocês viram a situação que eu cheguei, a doutora sabe que eu estava quase ficando doida, agora me sinto animada, tô dormindo sem tomar remédio, minha saúde melhorou, deixei de ter aquele mal estar pensando que ia morrer”. Sara revelou ao grupo que antes queria morrer de desgosto porque achava que era culpada do desajuste de seus filhos, pelo fato de ter se casado com um homem desastrado que vivia bebendo cachaça; no entanto, com a força do grupo estava conseguindo se perdoar e, ao invés de querer morrer, aprendeu a querer viver.

Ela enfatizou também que: “A melhor coisa que eu aprendi no grupo foi recuperar a minha Fé em Deus; antes eu pensava que ele tinha esquecido de mim, deixei de viver com medo, agora eu tenho autoridade com meus filhos”. Ela deixou de ser manipulada, explorada e chantagiada, passou a colocar os limites para os filhos e para ela também. Aprendeu a dizer não e a deixar de dar o dinheiro das despesas da casa para eles.

Compreendeu que o alcoolismo não é ruindade ou safadeza como acreditava antes, com isso ficou mais compreensiva. Os filhos de Sara, estranhando a sua mudança de comportamento, passaram a tentar convencê-la a deixar de freqüentar o grupo, mas ela não cedia quando saía para as reuniões. Eles ficavam dizendo: “Lá vai ela para o grupo da mulher dos cachaceiros o que é que tu vai ganhar lá?” Ela respondia: “Ganhei saúde e paz, aquela pessoa doida alvoroçada dentro de casa desapareceu e eu tenho fé em Deus que vocês um dia vão melhorar”. Sara terminou a sua avaliação dizendo da sua felicidade pois: “Eu não estou mais só, eu agora tenho o grupo me sinto outra pessoa, esse foi o melhor ano da minha vida” (Avaliação de Sara em 27.02.05).

Os dois filhos de Sara que viviam desempregados e bebendo diariamente, conseguiram trabalho no Rio de Janeiro. Segundo suas informações, eles estão bem, o que a deixa mais sossegada e com a sua auto-estima mais elevada. Assim os integrantes dessa pesquisa-ação, através da relação dialógica e da conscientização, conseguiram viabilizar transformações importantes em sua realidade social.

Como podemos perceber, o cuidado com a saúde foi se desenvolvendo no processo educativo. Nesse sentido, buscamos dialogar com Vasconcelos, pois ao realizar uma pesquisa-ação através da Educação Popular em Saúde com famílias que vivenciavam situações de injustiça social, miséria, doenças infecciosas e parasitárias, como também o alcoolismo. a exemplo da família de Alberto referenciada no seu estudo, ele afirmou que os problemas daquelas famílias,

[...] eram muito profundos para serem curados mas não para serem cuidados. Cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de ser enfrentados, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço. O sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que esse sofrimento entra no jogo da vida da família. Cuida-se dessas famílias em situação de risco não como prêmio por perceber seu esforço ou sua assimilação das orientações da equipe mas como resposta ao direito à cidadania de sujeitos vivendo situações que não lhes permitem buscar e lutar pelos recursos existentes nos precários e limitados serviços de saúde destinado às classes populares. O apoio familiar não pode ser um último teste para essa família se tornar operativa, mas espaço de vida e mais no qual lhe proporcionamos alguns novos suportes que possa utilizar para recompor seu próprio caminho de vida (VASCONCELOS, 1999, p. 153).

Com base no pensamento de Vasconcelos e dialogando com os outros autores, buscando a interdisciplinariedade nesse estudo, avaliando os resultados dessa abordagem, verificamos que as famílias afetadas pelo alcoolismo, pelas carências sociais e educacionais, vivem passando fome, maus-tratos e violência. Apresentam problemas de saúde idênticos, tais como: ansiedade, estresse crônico, mal-estar geral, hipertensão, nervosismo, insônia, falta de apetite, dores pelo corpo, baixa auto-estima, déficit com o autocuidado, tristeza, vergonha, raiva,

culpa e desgosto de viver. Rosa, além disso, apresentava diabetes e artrose no joelho direito. Porém, apesar de tudo, ocorreram melhoras.

O mesmo ocorreu com **Vera** em sua avaliação para responder o que significava o grupo de Educação Popular em Saúde na sua vida. Ela falou que foi no grupo que voltou a ter força de viver, de se perceber como uma pessoa, pois vivia feito um objeto na mão de sua família. Ainda chorava lamentando a violência do marido e dos filhos. Ela falou: “Foi no grupo que renovei minha vida, acordei, lembrei que eu existo, passei a me cuidar, vestir uma roupa melhor, fazer as unhas, ajeitar o meu cabelo, tô dormindo melhor, diminuiu a ansiedade, aí surgiu outro problema o ciúme do marido”.

Ela argumentou com seu marido que se tratava de um grupo de educação em saúde do PSF, no qual ela estava aprendendo a melhorar a sua saúde e a contribuir para melhorar a saúde da família. Mesmo assim, seu marido interpretou a sua melhora como um risco para ele e, desconfiado, disse: “Lá nesse grupo mulher vai aprender é a botar chifre no marido e você tá proibida de ir, eu fiquei triste, mais tô vindo, até quando não sei, porque quando eu chego da reunião, tá dando muita confusão”.

Nas reuniões seguintes, problematizamos no grupo o tema ciúme patológico tomando como referencial o problema de Vera e refletimos sobre uma pesquisa realizada pelo psiquiatra Mourão Cavalcante (1994, p. 24), pois para ele, o ciúme patológico induzido pelo alcoolismo provoca grande sofrimento no casal, já que: “É uma perturbação total, um transtorno afetivo grave. O ciumento sofre em seu amor, em sua confiança, em sua tranquilidade, em seu amor próprio, em seu espírito de dominação e em seu espírito de posse”. O assunto provocou grande interesse, pois além de Vera, os demais integrantes tinham uma experiência semelhante; porém Rosa tinha uma experiência mais dolorosa e mostrou uma cicatriz da facada que levou do seu marido, embriagado numa crise de ciúme.

Vivendo dominada e oprimida pelo ciúme do marido, Vera falava pouco; porém, refletindo sobre a sua situação, ela disse: “Pra mim que dependo do marido ciumento e brabo pra viver, tenho uma mãe acamada, 3 filhos e 3 irmãos que bebem e são violentos, a melhor coisa que consegui no grupo foi melhorar do meu desespero, passei a ter esperança de que minha vida pode mudar” (Avaliação de Vera em 27.02.05).

Porém, um mês depois, Vera parou de participar do grupo. Ao combinarmos de fazer uma visita ao seu marido, para convidá-lo a participar com ela das reuniões, recebemos informações e advertência de que, era perigoso, pois ele costumava ser violento com as pessoas que o visitavam; essa situação inibiu a nossa intenção de realizar a referida visita, pois mesmo no trabalho com a saúde há limites que o profissional precisa identificar, aceitar e compreender para preservação da própria vida⁴⁰.

Apesar das limitações no processo educativo, os integrantes da pesquisa compreenderam que ficar aberto, se desfazer dos mitos e preconceitos sobre o alcoolismo, olhar para o outro com disposição de acolhimento é condição necessária para o estabelecimento do diálogo. Essa é uma capacidade que precisa estar aguçada, tendo em vista ser a dependência e a codependência uma realidade de extrema complexidade que remete a necessidade do estabelecimento de um intenso e continuado diálogo por se tratar de uma problemática que, acima de qualquer procedimento médico, necessita de um pacto entre todos os envolvidos na questão; um pacto guiado pela busca do cuidado que se revela nas dimensões individual, através do autocuidado, e na coletiva, através dos grupos de Educação Popular em Saúde e dos grupos de AA e do Al-anon.

Depois dessa oficina, que se encerrou no dia 28 de fevereiro de 2005, continuamos avaliando os grupos durante os três meses seguintes, através da observação e da escuta sensível;

⁴⁰ Ao término dessa pesquisa a USF foi invadida por um assaltante que, apontando um revólver, recolheu os telefones celulares da médica, da enfermeira e do dentista, retornando no dia seguinte, deixando a equipe apavorada devido à insegurança com que trabalham. Ao mesmo tempo a população ficou temerosa da USF fechar e revoltada com a ocorrência, pois sabe o quanto essa equipe de saúde é dedicada e útil na comunidade. No entanto a Secretaria Municipal de Saúde enviou um trabalhador habilitado para prestar segurança na manutenção do serviço.

durante as reuniões, os integrantes continuaram apresentando resultados semelhantes, nos levando a crer que a Educação Popular em Saúde havia contribuído para que os integrantes desse estudo evoluíssem da história de sofrimento físico e emocional superando as atitudes autodestrutivas, para uma vida com mais qualidade evidenciando-se a melhora da saúde física, mental, da convivência familiar e do resgate das habilidades do autocuidado. Estas mudanças tiveram um impacto direto nos demais membros da família, modificando suas histórias. Numa demonstração de que: “**aprender** é a grande aventura da vida de todos nós. Desde muito pequeninos, estamos sempre aprendendo. E podemos seguir aprendendo coisas e idéias novas durante a vida inteira. Estudar e aprender é para isso!” (BRANDÃO, 2004, p. 85).

Durante as avaliações, as mulheres idosas já conseguiam fazer uma autocrítica, perceberam que também estavam violentas, preparadas para atacar os alcoólicos e com esse comportamento, só conseguiam elevar o nível de violência consigo e com seus familiares, chegando até aos confrontos físicos já que os verbais faziam parte da rotina, o que lhes suscitava a elevação do sentimento de raiva e até de ódio. Nessas relações familiares também estavam presentes as grandes angústias acompanhadas do sentimento de culpa, induzindo ao estresse coletivo que servia para piorar a dependência e a codependência, facilitando a sua permanência na família, tomando consciência dessa situação, mudaram suas atitudes, mesmo com o problema do alcoolismo continuando no dia-a-dia, pois o que mudou foi à forma de lidar com ele. O mesmo processo de mudança também ocorria na família de Antônio, o único homem do grupo dos idosos.

Para **Antonio**, essa foi a sua última reunião, foi também a de encerramento da pesquisa. Devido à sua idade, ele parou de participar, pois só consegue se locomover nos arredores de sua residência, mas o marido da médica foi buscá-lo de carro e festejamos no grupo o seu aniversário de 100 anos, junto com a sua neta, o marido e seus três bisnetos; foi a segunda vez que ele usou a palavra no grupo para: “Agradecer a vocês pelas coisa boa que aprendi. De

ter deixado de beber, ter melhorado um pouco a minha saúde e pela festa de aniversário que foi a primeira que tive na vida”. Seus familiares identificaram um comportamento mais tolerante, deixou de ser violento e de esconder o dinheiro que recebia passando a entregar à sua neta que o depositava no banco para uma emergência. (Avaliação de Antônio em 28.05.05).

Registramos através da fotografia abaixo o aniversário de 100 anos de Antônio, comemorado na reunião de encerramento da pesquisa, onde estamos junto com a médica da USF, a neta e os bisnetos de Antônio, cuja divulgação foi autorizada pelos integrantes, conforme documento em anexo.



Figura 12: O aniversário de 100 anos de Antônio integrante da pesquisa
Fonte: Pesquisa direta, 2005

Constatamos, através das avaliações aqui realizadas, que a nossa opção pela pesquisa-ação através da Educação Popular em Saúde, possibilitou envolver os integrantes numa inserção crítica da realidade e com a interação grupal, o acompanhamento médico, a cooperação do AA e do Al-Anon em relação dialógica, trocando experiência através dos conteúdos retirados dos relatos de vida, foram se revelando novos raciocínios, reflexões e análises, que propiciaram uma

nova consciência, produzindo mudanças de atitudes e transformações que elevaram a qualidade de vida dos idosos.

5.3 As contribuições da Educação Popular em Saúde para os familiares dos idosos

Na reunião final da pesquisa, os familiares dos idosos também avaliaram as mudanças ocorridas. **Margô** relatou que estava mudando suas atitudes em relação ao ex-marido e ao seu filho pois: “Se chegar violento, no lugar de brigar com bêbado eu pego minhas coisas em silêncio e vou dormir na casa da filha. Relaxo, durmo a noite toda sem tomar remédio, quando fico com desgosto ou quero entrar em desespero penso no grupo, na serenidade e vou me acalmando”. Com o que aprendeu no grupo, está ajudando a sua irmã que lida com seus pais idosos, com problemas de alcoolismo e de câncer. Ajuda também a sua patroa, pois Margô cuida do seu patrão que ficou em cadeira de rodas pelo fato de ter passado sua vida bebendo pinga; ela lamenta ao lembrar que ele era um homem saudável, trabalhador e inteligente, e era ela quem comprava a pinga do patrão, tendo sido testemunha do seu processo de adoecimento, sendo hoje a sua cuidadora (Avaliação de Margô em 28.05.2005).

O processo de conscientização sobre a dependência e codependência foi propiciando a reconciliação através do perdão, pois **Clara**, neta de Antônio, assim se expressou: “Estou perdendo, o ódio que tinha dentro de mim, de meus antepassados está se acabando, já estou até compreendendo pai (seu avô), já consigo dar a benção a ele, estou disposta, alegre, minha família está se equilibrando, estou cuidando melhor de mim e ensinando eles a se cuidar também”. O perdão foi um tema gerador de estudo e reflexão durante o processo educativo. Para os integrantes desse estudo, conseguir perdoar a si e aos seus familiares ajudou no processo de reorganização da qualidade de vida objetiva e subjetiva, diminuiu o sentimento de culpa e abriu um espaço para a paz na família.

Clara que, além de tudo, também enfrentava dificuldades, com seu filho de 12 anos, devido a um distúrbio de conduta que aumentava o estresse na família, mesmo assim se sentia fortalecida de ver toda a sua família se libertando dos laços do alcoolismo. Para ela: “Antes do grupo pensava que alcoolismo fosse ruindade, aprendi a conviver melhor com meu marido, meu avô e com meus filhos, estou melhor da minha revolta, agora a gente dialoga”.

A pesquisa possibilitou aos integrantes o conhecimento dos motivos e das circunstâncias que causam o alcoolismo e suas conseqüências na família. Aprenderam a dialogar ao invés de se confrontar a superar os sentimentos negativos, as velhas mágoas, ódios, ressentimentos e culpa, assumindo uma postura de perdão, como uma maneira mais estimulante de viver. Resultado de uma educação humanizadora que se nutre no “amor, humildade, esperança, fé e confiança”, como nos coloca Gadotti (2001, p. 84), ao lembrar de Freire.

Essa abordagem educativa, por ser dialética, dialógica e conscientizadora, possibilitou um norte, um acolhimento ao abandono em que vivem as famílias afetadas pelo alcoolismo. Porém como afirma Freire (2004, p. 86): é na busca dos temas geradores que ocorre o “diálogo da educação como prática da liberdade”, a partir da situação existencial refletida com os educandos é que poderemos nos aprofundar na consciência dessa realidade.

Dessa forma, ao dialogar sobre o alcoolismo com os idosos e seus familiares, ao se conscientizarem da realidade em que viviam, empreenderam novas estratégias de enfrentamento que possibilitaram resgatar um ambiente mais equilibrado no domicílio, onde passaram a perdoar, a diminuir a raiva, a dor e a revolta na família como estratégias para realizar a prevenção do uso excessivo de álcool e até das outras drogas envolvendo os filhos nas responsabilidades do lar; essa elevação da saúde se reflete na qualidade da educação dos pais com os filhos como podemos verificar no depoimento de José.

José, marido de Clara, prosseguindo com a sua avaliação do processo educativo falou que ao parar de beber e praticar o conhecimento que estava adquirindo no grupo, percebia que a

harmonia estava de volta à sua família, tinha mudado e estava feliz com as mudanças, mas era apenas o início; percebia que havia uma longa caminhada pela frente no seu processo de mudança, pois não podia reconstruir em poucos meses a destruição que o alcoolismo provocara nele e na sua família durante longos anos. Porém, já estava ajudando a sua esposa na organização da casa e na educação dos seus 3 filhos, o que antes não conseguia fazer.

Outra mudança positiva verificada por José foi a de empregar o tempo que gastava bebendo para voltar a estudar; essa era a sua estratégia para não pensar em beber e desenvolver a sua vida. Demonstrando uma consciência cidadã e uma capacidade de liderança positiva, ele se mostrou preocupado com os problemas do álcool e das outras drogas na comunidade, ao dizer:

Aqui tem muita gente ficando doida, jovens morrendo de acidente e de assassinato; velhos e crianças sendo maltratados. No grupo de Educação Popular em Saúde eu vi que a gente precisa criar o Conselho Local de Saúde pra se juntar e lutar contra essas coisas, pois eu agora estou mais cuidadoso com a minha saúde, a da minha família e a da comunidade.

Ao terminar a sua avaliação, ele disse que queria cooperar com o PSF para melhorar o nível de saúde da comunidade; assim nasce em José uma nova liderança para atuar com a Educação Popular em Saúde (Avaliação de José em 28.05.05).

Engajados nesse processo de conscientização Antônio, Clara e José estavam conseguindo mudar suas atitudes, propiciando espaço de diálogo na família a respeito de valores éticos, dos limites e das responsabilidades familiares com a educação dos filhos. A presença dessa família na pesquisa foi bastante enriquecedora para todos, pois o quadro de infelicidade se transformou em construção de felicidade, evidenciando as possibilidades da Educação Popular em Saúde aplicada nessa pesquisa-ação, possibilitando esse rico diálogo intergeracional, o qual se mostrou eficiente na compreensão e na superação do alcoolismo na família, evidenciado também na participação de Miguel.

Miguel, filho de José e de Clara, bisneto de Antônio, com seus 14 anos de idade, participava em silêncio de todas as reuniões, na sua timidez e sensibilidade poética; porém, numa atitude crítico-reflexiva, ele expressou seus sentimentos em relação à problemática do alcoolismo na família, através de uma poesia que nos entregou para ler no grupo e nos autorizou a publicar nesse texto, como verificamos a seguir.

O VÍCIO DO ÁLCOOL

O ÁLCOOL QUE TUDO DESTROI,
A TI NÃO VOU ME ENTREGAR
SE ME QUIERES QUE VENHAS ME BUSCAR
MESMO ASSIM, A TI NÃO VOU ME ENTREGAR
UM VÍCIO QUE NÃO QUERO PEGAR
PARA LONGE EU CORRO,
E PARA LONGE EU VOU SEGUINDO,
PARA SEMPRE EU QUERO VOLTAR A SORRIR,
POIS MINHA ALMA VIVIA TRISTE A SUSPIRAR,
POR CAUSA DO ALCOOLISMO NO MEU LAR (MIGUEL, 28.05.05)

Assim, numa ação integrada da Educação Popular em Saúde, da cooperação do Al-Anon e do AA, junto com o acompanhamento médico e de toda a equipe de saúde, de acordo com as avaliações aqui realizadas verificamos que a situação mudou para melhor. Realizaram também uma avaliação da pesquisadora, a qual foi conduzida por uma colega do mestrado em educação/PPGE, constando na declaração concedida pelo 4º Distrito Sanitário conforme o anexo (E). Nos unimos em torno do abraço coletivo e da meditação, prática que utilizávamos para iniciar e terminar cada reunião, concluímos a pesquisa e registramos esse momento na fotografia que segue.



Figura 13: O abraço coletivo e a meditação da reunião de avaliação da pesquisa.

Refletindo sobre o pensamento e o sentimento de Miguel expressado através da sua poesia na página anterior, ao observar e ouvir os integrantes desse estudo, percebemos que os adultos utilizam a bebida como divertimento, junto com as músicas populares, os churrasquinhos, a dança e o canto; verificamos que isso é atraente, para as crianças e para os adolescentes, os quais já bebiam os restos dos copos, inclusive algumas crianças eram induzidas pelos adultos a beberem.

Percebemos que uma população subnutrida devido às carências financeiras e, maltratada pelo alcoolismo familiar que, inicia o uso do álcool já na infância ou no início da adolescência, está mais vulnerável aos fatores determinantes para a reprodução da dependência e da codependência alcoólica com todas as suas conseqüências; porém, os gestores das políticas públicas, as famílias e os educadores não atentam bem para isso.

Refletindo sobre os dados dessa pesquisa, os quais nos revelam que o alcoolismo é uma realidade existencial interligada a uma multiplicidade de fatores que ultrapassam a nossa compreensão e afetou diversas gerações das famílias pesquisadas, incluindo as fases da vida da infância à velhice. Concordamos com Mello e Dias (2004, p. 227) ao afirmarem que: “[...]os

acontecimentos do início da vida do sujeito afetam o seu comportamento psicológico e social futuro”. Nesse caso, os integrantes desse estudo foram pessoas que nasceram e viveram nas famílias onde o alcoolismo se fez presente na vida de seus avós, pais, deles próprios, de seus filhos, netos e bisnetos. Porém, ao contarem as suas histórias, tiveram a oportunidade de tomar consciência da situação em que viviam mergulhados e começaram a empreender meios para modificar.

Nessa perspectiva, Miguel aos 14 anos de idade expressa a sua leitura de mundo na pequena poesia, revelando a sua tristeza e o seu medo de ser mais um a reproduzir esse modelo de vida, dizendo que quer continuar longe dessa realidade e resgatar a sua alegria. Freire, dialogando com Campus (2001, p.p. 140-141), analisam que é nos primeiros anos de vida que a criança constrói a sua identidade e, a partir dos seus referenciais “[...] começa, por sua própria leitura do mundo a comparar e a comparar-se e, em se diferenciando, a ir tomando consciência das diferenças”. Nesse processo ela constrói a sua identidade e a sua socialização; no entanto, a escola e a família não respeitam essa situação histórica em que a criança construiu seus referenciais.

Quais são os referenciais que uma criança constrói convivendo no meio das injustiças sociais, da cultura para o uso do álcool, aliada à falta de educação para uma vida digna, vendo os adultos beberem como se fosse lazer e divertimento, tendo a oportunidade de ser submetida a atitudes violentas na família e de presenciar ferimentos à faca ou à bala na comunidade? A leitura que fazemos dessa situação é que há uma enfermidade coletiva impossibilitando as pessoas de cuidarem bem de suas próprias vidas e das vidas das gerações mais novas, buscando no álcool a anestesia para o sofrimento do dia-a-dia. Isto nos leva a analisar qual é o modelo de vida estamos desenvolvendo na sociedade para ensiná-lo às próximas gerações?

Nesse contexto os educadores, sem dialogar com as crianças e com seus familiares que vivenciam o alcoolismo, não podem conhecer a sua bagagem existencial para compreender o que

se passa no seu mundo. O estudo nos oferece elementos para refletir sobre o aprendizado do beber excessivo como uma cultura forte ilusória e sutil, passada de geração a geração. Cabe aqui refletir quais são os sentimentos, os pensamentos e as percepções das crianças e dos adolescentes nascidos e criados nessas famílias afetadas pelo alcoolismo, o que isso tem a ver com o seu comportamento na família, na escola e na comunidade e, mais ainda, com o seu desenvolvimento.

Quantas e quem são as crianças afetadas pela codependência alcoólica? Como os professores estão lidando com essas crianças afetadas? Estão bebendo junto com os alunos? Junto com seus filhos? É bem provável que essas crianças e esses adolescentes estejam sendo punidos pelos pais alcoólicos e pelo professores devido aos comportamentos ‘inadequados’, sem que se investiguem a realidade do alcoolismo na família e suas correlações com as transgressões ou com o fracasso dos jovens.

Numa pesquisa que realizamos através do PAIAD/UFPB (2002)⁴¹ numa escola de magistério em João Pessoa, entrevistamos 920 alunos nos turnos da manhã, tarde e noite respectivamente, com idade entre 16 a 21 anos, para verificar o índice de adolescentes familiares de alcoólicos e os reflexos da codependência na vida e, no desempenho escolar. Através dos formulários constatamos que: 45% dos entrevistados conviviam com familiares alcoólicos, desses 10% tinha uma relação familiar regular e 90% já haviam sofrido agressão verbal e revelaram ter uma péssima relação familiar, referiam também sentimentos de revolta, vergonha e medo. 50% já haviam sofrido espancamento e 10% haviam sofrido tentativa de homicídio.

Dos 920 entrevistados, 40% revelaram dificuldades nos estudos (notas baixas, evasão escolar e reprovação). 70% conviviam com o alcoolismo desde que nasceram e 30% há mais de 6 anos. O maior desejo para o futuro desses jovens e futuros professores do ensino básico era:

⁴¹ PAIAD: Programa de Atendimento Integral ao Alcoolista e Outros Dependentes Químicos da Superintendência de Recursos Humanos da Universidade Federal da Paraíba. A citada pesquisa envolveu os estagiários de serviço social, psicologia e comunicação da UFPB.

50% deles não se casar com alguém que bebe, 20% desejavam ter paz, 20% disseram não ter desejos e 10% revelaram desejo de vingança. 70% desses jovens já bebiam (socialmente) e nunca havia recebido informações sobre a dependência e a codependência do álcool.

A cultura para o uso excessivo de álcool e a falta de apoio educativo com relação ao problema, nas famílias e na escola, junto com os problemas vivenciados pelas famílias afetadas pela dependência e pela codependência, gera angústias insuportáveis nos jovens e favorece o aprendizado e o desejo de consumir bebidas alcoólicas para se liberar do sofrimento vivenciado sutilmente a partir da infância e de seus referenciais, levando muitos jovens a situações de perversidades; não entanto, eles não são culpados, são vítimas que geram novas vítimas.

Freire (2001, p. 140) alerta também para que o educador esteja atento e respeite a identidade cultural das crianças, pois se o educador não compreender “[...] a leitura que ela aprende a fazer, no convívio de sua casa, no convívio de sua vizinhança, de seu bairro, de sua cidade, com a marca forte do corte de sua classe social”, porque é com essa experiência que ela chega na escola, provavelmente seu esforço em querer educar fracassará.

Portanto, acreditamos que para evitar a reprodução da dependência e da codependência do álcool nas próximas gerações, se faz necessária uma ação educativa conjunta da escola, das famílias e das políticas públicas, para minimizar as conseqüências deletérias dessa problemática nas futuras gerações, pois o processo educativo tem força transformadora, como verificamos nesse estudo e os adultos precisam aprender a ser responsáveis por uma vida com qualidade para que as crianças e os adolescentes possam ser adultos saudáveis.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

No desenvolvimento desse estudo buscamos responder quais são as contribuições da Educação Popular em Saúde aplicada na abordagem do alcoolismo na UFS Alto do Céu I. Nesse processo, enfrentamos várias limitações e possibilidades ao mantermos a decisão de realizar essa pesquisa-ação. Iniciada com a investigação diagnóstica do alcoolismo envolvendo a equipe de saúde, os idosos e seus familiares, a cooperação dos movimentos de autoajuda do Al-Anon e do AA para compor uma abordagem educativa de enfrentamento e superação da problemática.

Nesse processo ficaram evidentes as possibilidades da Educação Popular em Saúde enquanto abordagem proposta para as questões do alcoolismo familiar na Política da Atenção Básica à Saúde. No entanto houve muitas limitações; a primeira foi o tempo limitado de dois anos e meio, para dar conta das disciplinas do mestrado, realizar o estágio docência, a pesquisa e escrever essa dissertação, por se tratar de uma pesquisa-ação, que implicou numa elevada demanda de trabalhos e estudos teóricos/práticos, bem como a sistematização desse relatório.

A partir daí, ficamos assessorando o funcionamento dos grupos criados durante a pesquisa, os quais passaram a integrar as ações de saúde da USF. Tivemos também limitações de ordem financeira, pois uma pesquisa desse tipo acarreta custos consideráveis para o financiamento próprio. Sem contar com o cansaço físico e psicológico inerente à realidade estudada, dificultando, inclusive a transcrição textual.

A investigação diagnóstica contida nos relatos de vida nos levou a identificar várias dimensões da problemática, tais como: a cultural, intergeracional, biológica, psicológica, social, política, econômica, legal, educacional, familiar e espiritual, mostrando que há uma teia de problemas articulados entre si e que nenhuma abordagem é potente para neutralizar esse emaranhado de complicações. No entanto, a Educação Popular em Saúde se mostrou uma abordagem com grandes possibilidades de contribuição para a superação da realidade vivenciada pelas famílias estudadas, inclusive pela sua capacidade interdisciplinar de articular outros

movimentos sociais de apoio como ocorreu com o Al-Anon e o AA. Buscou-se articular outras possibilidades de apoio, como os vizinhos interessados em ajudar para que venham unir forças em torno da superação do problema.

Como nos orientam Freire, Vasconcelos, Brandão, Barbier e os outros autores com os quais dialogamos, nesse estudo conseguimos estabelecer uma relação permeada pelo sentimento amoroso e crítico com os educandos, indispensável no trabalho com a Educação Popular em Saúde, pressupostos para a escuta sensível e a relação dialógica, visando a construção coletiva da consciência crítica que se fez presente nos diversos momentos. Iniciamos pela visita ao 4º Distrito Sanitário, em novembro de 2003 onde dialogamos com a sua Diretora e com quatorze (14) enfermeiras das USFs sobre o alcoolismo nas comunidades cobertas pelo referido Distrito e prosseguimos com a autorização para iniciar a pesquisa na USF Auto do Céu I, onde continuamos o diálogo e organizamos a pesquisa junto com a equipe de saúde e com as famílias afetadas encerrando em janeiro de 2006.

Durante a experiência enfrentamos as limitações das condições de trabalho da USF: de adequação de local para o trabalho educativo, do tempo da equipe em participar devido à sobrecarga de trabalho, além da exaustão em que vivem os profissionais devido à elevada demanda, aliada ao sentimento de impotência diante das agruras a que a população está submetida. Porém, as situações-limite mais extremas que encontramos se relacionam com as famílias afetadas pelo alcoolismo; penetrar nesse mundo não foi fácil, foi desgastante e nos levou ao sentimento de impotência e perplexidade diante da gravidade dos fatos.

Ao mesmo tempo em que fomos alimentados pelo sentimento de estar juntos, lado a lado com os sofridos, de sermos solidários, de nos importarmos e de nutrirmos um sentimento amoroso por essas famílias afetadas pelo alcoolismo e, pela Equipe de Saúde da Família que enfrenta o dia-a-dia doloroso da população carente, aprendemos muito com esses atores sociais e aqui expressamos a nossa gratidão. Somos também invadidos pelo bem-estar de poder trabalhar

através do instrumental da Educação Popular em Saúde, com a cooperação dos grupos de autoajuda, dos profissionais e de todas as pessoas de boa vontade. Lembro aqui dos funcionários da Caixa Econômica Federal da UFPB que doaram o dinheiro de sua confraternização natalina para fazer o jantar do natal dos idosos no final de 2004. Lembro também dos estudantes do IESP/Faculdades que contribuíram com os alimentos do almoço que preparamos para 200 idosos nos festejos do São João de 2005; essas iniciativas cooperaram para ajudar de alguma forma a minimizar o sofrimento e proporcionaram momentos de prazer àquelas pessoas.

Aprendemos nas experiências passadas e nessa tão rica em significados, que temos através da ciência, a responsabilidade social de diminuir o sofrimento humano. Apesar de todas as limitações, isso nós conseguimos realizar através da produção do conhecimento que possibilitou um mergulho na problemática do alcoolismo para compreendê-la e estabelecer com os atores sociais envolvidos estratégias de enfrentamento e superação.

Isso foi possível a medida em que fomos aprofundando a investigação diagnóstica e as reflexões sobre o conhecimento produzido nas visitas domiciliares, nas rodas de conversas, principalmente no Grupo de Educação Popular em Saúde e no Grupo Al-Anon em Busca da Paz. Encaminhamos e levamos pessoalmente alcoólicos para os grupos de AA, os quais estão se recuperando do alcoolismo e refazendo suas vidas. Esses momentos da pesquisa serviram de laboratório coletivo para a construção de uma nova história de vida, como podemos observar nos dados provenientes das avaliações, nos revelando que houve um processo de conscientização e de superação da problemática através das mudanças de atitudes identificadas nas falas dos participantes, evidenciando as contribuições da Educação Popular em Saúde aplicada na abordagem intergeracional do alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família.

Durante o processo da pesquisa tivemos a oportunidade de socializar os conhecimentos empíricos extraídos dos relatos de vida dos idosos, de seus familiares e da equipe de saúde; dialogamos e refletimos guiados pelas perguntas norteadoras, junto com os conhecimentos

científicos, configurando uma oportunidade rica de aprendizado, da qual surgiu a história do alcoolismo na vida dessas pessoas. Evidenciando que a falta de educação em saúde na abordagem da problemática, corroborou com a visão preconceituosa e discriminadora da comunidade e das famílias, pois para elas o alcoolismo significava uma “falta de vergonha”, “ruindade” ou “safadeza”; essas limitações colaboravam para elevar o nível de sentimentos negativos e o agravamento das conseqüências da dependência e da codependência, elevando os desentendimentos, a violência e os maus tratos na família, principalmente com os idosos, as crianças e os adolescentes.

Verificamos que a falta de uma educação no sistema de saúde voltada para a valorização da vida e para a conscientização das conseqüências deletérias do álcool no organismo, leva a população a ter um comportamento de risco para o uso abusivo dessa substância. Principalmente as pessoas adultas da comunidade estudada, as quais contestam e punem o comportamento insano do alcoólico, enquanto, paradoxalmente, oferecem bebidas alcoólicas às crianças, aos adolescentes, aos dependentes de álcool e, até mesmo, aos doentes mentais, a exemplo de Leal, deficiente mental, citado nas visitas domiciliares e do filho de Maria, que é epilético e, ao tentar parar de beber, as “amizades” e as pessoas da “própria família” os motivam, desafiam e oferecem as bebidas.

No entanto, quando ficam embriagados e violentos, essas mesmas pessoas (tanto da família como da comunidade) que os motivavam a beber, chamavam a polícia, a qual, também é limitada para lidar com essas questões, abordam os alcoólicos como “desordeiros” no grito e na pancadaria, pensando que estão ajudando a resolver o problema ou a “falta de vergonha do alcoólico”, além de ridicularizá-los pelo comportamento agressivo e transgressivo da Lei, faltando inclusive, com o respeito aos familiares dos bebedores, principalmente se tratando de mulheres de famílias pobres como ficou explícito nas falas das idosas.

Isso nos leva a perceber que há necessidade de elevar a educação para que a polícia compreenda os problemas da população, assim como, as condições para que o policial realmente proporcione segurança ao cidadão. Também para que os próprios policiais promovam o seu bem estar, pois para cumprir com a sua missão de dar segurança à população, enfrentam diariamente situações de extremo estresse pondo em risco a saúde física e mental desses profissionais, assim como a própria vida. Enfim refletimos nessa conclusão que falta uma educação para que possamos respeitar a vida de cada ser vivente, independente da condição em que ele se encontre.

A falta dessa educação é demonstrada através das atitudes de insanidade coletiva da sociedade que é formada por cada um de nós. Oferecendo, colocando o copo de bebida na boca, inclusive através da mídia de massa como a televisão e com esse comportamento insano, motiva seduz e induz na forma de brincadeira perigosa e alienada as pessoas a tomarem as bebidas alcoólicas. Na comunidade estudada se dava até dinheiro às crianças para tomar o gole da cachaça, cuja careta com o mal estar gerado pela agressão ao organismo, serve de motivo mórbido para gargalhadas dos adultos.

Adultos esses que, em sua insanidade, induzem as crianças a beberem, porém, quando elas se tornarem dependentes e agressivas, estarão chamando a polícia para repetir as mesmas medidas repressivas e coibir o comportamento adquirido e repetido através da cultura para o uso do álcool entre as gerações. Mas eles não têm culpa; eles ainda não conseguem ter consciência crítica, lucidez e sabedoria; estão condicionados pela educação que receberam ou que não receberam a viver esse modelo de vida até que tenham a chance de mudar.

Nesse contexto se encontra a responsabilidade dos educadores e educadoras progressistas, de perceberem esse processo de adoecimento coletivo e buscar acordar as consciências pacientemente, pois esse não é um empreendimento fácil, para implementarmos um novo modelo de vida em que a saúde seja uma responsabilidade compartilhada por cada cidadão

ou cidadã e passada como legado para as futuras gerações, demonstrando responsabilidade para com as vidas que nascem no planeta.

O estudo revelou que as pessoas da comunidade Alto do Céu, sem a compreensão de que o alcoolismo se trata de um problema de saúde complexo, que atinge o bebedor e a sua família; culpabilizam o alcoólico e seus familiares pelos transtornos, chegando a ponto de rotulá-los como “mundiça” exigindo dos bebedores que bebam, mas que não fiquem dependentes ou que sejam bem comportados durante a embriaguez, ou que bebam com moderação, como se isso fosse possível.

Outra limitação encontrada foi à dificuldade no atendimento aos alcoólicos nos hospitais. Como pudemos perceber, a médica da USF enfrentou desafios para conseguir uma vaga para internar Leto, por ele ser um alcoólico, mesmo estando acometido com uma miocardiopatia descompensada. Esta mesma dificuldade também era observada pelo primeiro grupo dos alcoólicos Anônimos em 1935 nos Estados Unidos. Depois de sete décadas, estamos sem evoluir nessa questão, pois quando necessitamos de um internamento hospitalar para desintoxicação e tratamento clínico dos dependentes de álcool ou de outras drogas, geralmente ocorre a negação junto com a inadequação dos ambientes e das equipes para tal atendimento. Esse mesmo problema é vivenciado pelos demais setores de apoio do dependente químico.

O estudo revelou que o estresse dos familiares, provocado pela codependência alcoólica, ainda não é bem compreendido pelos profissionais, muito menos tratado e que a própria equipe estava afetada por ele. No entanto, percebemos que quando a equipe de saúde passou a compreender como o alcoolismo afeta de forma indireta os familiares, estes passaram a se cuidar melhor e a dar uma assistência mais adequada, a dialogar sobre a codependência com as famílias e a encaminhar as pessoas necessitadas para participarem dos grupos de apoio; isso mostra a mudança de atitude provocada pelo conhecimento adquirido. No entanto, essa realidade

carece de muitos estudos para ser esclarecida pela sua complexidade e pela sua expressiva penetração na população em geral, afetando a saúde pública.

Nesse sentido, Paulo Freire (1997) nos diz que é refletindo sobre essas contradições que podemos gerar um novo conhecimento sobre a realidade opressora, fruto de um passado de passividade, dominação e violência que não termina com facilidade, mas que pode ser transformado. Nessa mesma perspectiva Gohn (2001) também referencia a Educação Popular e comprovamos nessa pesquisa, que na Atenção Básica à Saúde ela se mostrou uma abordagem eficiente e eficaz no enfrentamento e superação da dependência e da codependência do álcool, propiciando a melhoria da qualidade de vida conforme foi observado através de novas posturas assumidas pelas famílias afetadas.

Neste novo modo de agir incluía a objetividade e a subjetividade, coerências e incoerências numa prática dialética e numa atitude cognoscente diante dos conteúdos da realidade foram gerando um conhecimento baseado na solidariedade, na cooperação e na superação da opressão, tiveram na pedagogia de Freire um meio poderoso de libertação da escravidão da dependência e da codependência alcoólica.

Embora esse estudo espelhe uma realidade localizada, ele nos remete a uma análise da sociedade globalizada, organizada para o consumo excessivo de álcool, levando a maioria da população a sofrer com as conseqüências diretas e indiretas dessa substância. Concluimos com esse estudo que há a necessidade de uma organização coletiva para buscar a construção de um modelo de vida saudável, no qual as bebidas alcoólicas deixem de ter tanta relevância e que a vida passe a ser o valor maior. Deixamos aqui algumas reflexões, por exemplo: em que as bebidas alcoólicas estão ajudando a elevar a qualidade de vida da na sociedade? Por que continuamos nos deixando levar de forma não crítica, pela força da cultura para o uso do álcool ensinando às crianças, os adolescentes e os jovens a beberem sem nos importarmos com as conseqüências disso?

Refletindo com os grupos, verificamos que apesar da complexidade do alcoolismo e das limitações vivenciadas, pelos integrantes dessa pesquisa, como por exemplo, o nível de instrução e as carências gerais; a conscientização produzida nessa experiência educativa possibilitou compreenderem o alcoolismo como um problema que afeta a saúde e a paz, não apenas do alcoólico mas de toda família; isso fez diferença, pois quando acreditavam se tratar de “safadeza, ruindade ou falta de vergonha”, tratavam os alcoólicos com agressividade, chegando até a cometerem violência física; no entanto, verificamos nos diálogos que as mães já conseguem até mesmo dar assistência aos alcoólicos quando eles chegavam embriagados, pois antes ficavam estressadas, agrediam os filhos, os quais reagiam com agressividade, elevando-se os maus-tratos e a violência na família, cujos conflitos se estendiam até o dia seguinte, quando amanheciam “xingando os netos, se maldizendo e quebrando as coisas dentro de casa, isto já não acontece mais...” conforme refletiram durante as reuniões de avaliação.

A calma e a paciência referidas pelos participantes não significa acomodação ou passividade diante da situação problemática; ao contrário, significa sabedoria para buscar novas estratégias de enfrentamento como a do perdão, conforme verificamos, pois perceberam que a capacidade de perdoar surgiu como o resultado de uma nova consciência possibilitada pelo diálogo amoroso que se opõe à violência com que reagiam. O perdão funcionou como um detergente da alma, promovendo a limpeza dos sentimentos negativos, promovendo a libertação da raiva, do ódio, das mágoas e da culpa, resgatando a beleza existente dentro de cada integrante da pesquisa e ressignificando a convivência familiar.

Nesse sentido, os elementos de aprendizado serviram para diminuir o estresse e elevar o nível de saúde nas famílias integrantes desse estudo. Diminuíram as ocorrências de internamento hospitalar, o agravamento das enfermidades, a quantidade de medicamentos que eram receitados, principalmente dos psicotrópicos para dormir e acalmar os nervos. Aprenderam a dialogar, ao

invés de brigar, elevaram a autoestima, as habilidades do autocuidado, o gosto pela vida, ficaram alegres e isso ajudou na melhora da saúde e na manutenção de um ambiente mais sereno no lar.

Em decorrência disso, os familiares alcoólicos diminuíram as bebedeiras, o quadro de aflição e de violência na família foi melhorando. Isso os deixava satisfeitos, pois não teriam que pedir mais a proteção da polícia como pediam antes; entretanto, não esperavam que os policiais agissem daquela maneira agredindo seus filhos, pensavam que eles levariam os alcoólicos sem bater, colocando-os num lugar seguro até passar a bebedeira para que retornassem para casa.

Percebemos que a repetição do alcoolismo vem ocorrendo entre várias gerações com graves danos afetivos, emocionais, educativos, sociais, econômicos e tantos outros que, por si mesmos, justificam a necessidade do enfrentamento conjunto dessa questão pelas ações das políticas públicas de saúde realizadas pelo Estado e pelo conjunto da sociedade civil, representada através dos movimentos populares de apoio. Mas a Atenção Básica à Saúde precisa estar articulada com os serviços clínicos e psiquiátricos, ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, criando um conjunto de medidas que, aos poucos, desarticule a teia problemática que envolve o alcoolismo. Para isso se faz necessário o diálogo contínuo entre as equipes multiprofissionais e as famílias afetadas, para que haja uma ação planejada e coerente.

A pesquisa nos possibilitou uma visão intergeracional da problemática e a sua transformação considerável. Demonstrando assim, as contribuições da Educação Popular em Saúde numa articulação com o Al-Anon e com o AA, no sentido de instrumentalizar os participantes com os conhecimentos dessas abordagens para que eles consigam ao longo de suas vidas continuar superando as dificuldades do alcoolismo na família, mudando o destino das próximas gerações.

Nesse sentido os idosos se mostraram elementos multiplicadores e heróis dessa ação a quem perguntamos com admiração de onde vem tanta força para cuidar de diversas gerações afetadas pelo alcoolismo? Os resultados aqui sistematizados, comprovam que a metodologia da

Educação Popular mostrou-se eficiente e eficaz para o enfrentamento do problema do alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família, podendo ser aplicada em qualquer outra instituição pública, privada ou filantrópica.

Porém, apesar de todas as possibilidades da Educação Popular na questão do alcoolismo, essa abordagem tem suas limitações que se complementam com a cooperação do Grupo Al-Anon e do AA pois a metodologia dos Três Legados ajuda no desenvolvimento da espiritualidade como força propulsora para que, as pessoas que já desenvolveram a dependência e a codependência alcoólica, possam emergir para novas possibilidades através do despertar espiritual proporcionado pela ação desse movimento. No entanto, trata-se de uma cooperação com a comunidade profissional para o apoio às famílias afetadas, não pode subsidiar nenhuma prática profissional.

Porém, devido à complexidade dessa problemática, mesmo uma ação conjunta da Educação Popular em Saúde e da cooperação do AA e do Al-Anon, ainda há limitações na abordagem do alcoolismo. O estudo revelou que o apoio da assistência médica da Atenção Básica à Saúde, como também da assistência de média e alta complexidade são indispensáveis, devido às complicações de saúde que os alcoólicos e seus familiares apresentam.

Portanto percebemos que é imprescindível trabalhar com a interdisciplinariedade e que, as oposições entre as equipes prejudicam qualquer ação. Assim, juntando-se à assistência médica integral, a Educação Popular em Saúde com o Al-Anon e o AA, formamos uma abordagem bem ampliada para o enfrentamento e a superação da problemática. Mas, ainda verificamos lacunas que devem ser preenchidas, com relação às questões de ordem jurídica e sócioeconômicas, de forma que, para abordar o alcoolismo na Atenção Básica à Saúde, se faz necessário um trabalho educativo através das múltiplas abordagens, numa ação compartilhada, incluindo as famílias, as políticas públicas, as instituições governamentais e não governamentais, as iniciativas da comunidade e dos profissionais, com o objetivo comum de trabalharem principalmente na

prevenção primária e na secundária, pois evitar que aconteça ou minimizar ao máximo os problemas, deve ser a meta de todas as abordagens.

Sugerimos que, através da Política da Atenção Básica à Saúde e da Educação Popular em Saúde, podemos trabalhar coletivamente na busca de um Programa Nacional Antidrogas que também poderá ser efetivado através das Unidades de Saúde da Família. E que essas ações sejam organizadas entre os profissionais e as famílias afetadas, para tratar os alcoólicos e seus familiares, pois cuidar apenas do dependente sem cuidar da sua família não produz resultados satisfatórios.

Acolhendo nesse processo educativo, no mesmo espaço geográfico das USFs, o Movimento de Autoajuda AA, Al-Anon/Alateen, buscando através do diálogo contínuo a união com a comunidade, motivando todos para avançarem através da conscientização a formar um juízo crítico de autodefesa como prega a política da UNESCO e a PENAD na construção de uma cultura livre do uso excessivo de álcool e das outras drogas, na qual, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, possam viver e conviver durante o curso de suas vidas com mais qualidade, apesar das limitações existentes.

Na avaliação final desse estudo, a equipe de saúde e os integrantes da pesquisa solicitaram que o grupo de Educação Popular em Saúde permanecesse como atividade da USF, como também, a cooperação do Al-Anon e do AA, e nos pediram para apoiar o seu funcionamento. A proposta foi aceita e será executada oficialmente através de um projeto de extensão universitária, no qual pretendemos engajar os estudantes da UFPB, a ESF e as famílias.

Concluimos que o instrumental da Educação Popular em Saúde mostrou eficiente e eficaz para a prevenção do alcoolismo na população estudada, pois além da sua capacidade de aglutinar forças como as do AA e do Al-Anon na superação do problema, significou uma relação mais humanizada de atenção ao outro, onde este outro é reconhecido como sujeito ativo no processo educativo. Agradecemos pelas contribuições e pelas críticas para a construção desse

estudo, o qual, nos inspira a novos empreendimentos buscando a elevação da consciência crítica como mostra a poesia de Freire citada e ilustrada por Brandão (2005, p.p.87-149), com a qual encerramos essa caminhada.

Canção Óbvia

*Escolhi a sombra desta árvore para
Repousar do muito que farei,
Enquanto esperarei por ti.
Quem espera na pura espera
Vive um tempo de espera vã.
Por isto, enquanto te espero
Trabalharei os campos e conversarei com homens
Com mulheres e crianças
Suarei meu corpo, que o sol queimará;
Minhas mãos ficarão calejadas;
Meus pés aprenderão os mistérios dos caminhos;
Meus ouvidos ouvirão mais;
Meus olhos verão o que antes não viam,
Enquanto esperarei por ti.
Estarei esperando a tua chegada
Como um jardineiro prepara o jardim
Para a rosa que se abrirá na primavera...*

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **A História de como Milhares de Homens e Mulheres se Recuperam do Alcoolismo**. São Paulo: Literatura de AA para o Brasil, 1976.

_____. **Alcoólicos Anônimos Atinge a Maioridade: Uma breve história do AA**. NEW YORK, U.S.A. 1957, São Paulo: Tradução no Brasil, 1994, p. 45.

AL-ANON, Grupos Familiares Al-Anon do Brasil. **Como Funciona o Al-Anon para familiares e amigos de alcoólicos**. São Paulo: Os Grupos, 2000.

_____. **Os Caminhos para a Recuperação**. São Paulo : Os Grupos, 2003.

_____. **A esperança para hoje**. São Paulo: Os Grupos, 2005.

ALATEEN. **Esperança para filhos de alcoólicos**. São Paulo: Os Grupos, 2000.

ASSIS, de Mônica. **Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde: Reflexão para as Ações Educativas com Idosos** In: Revista da Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, MG: v.8 n°1, jan/fev. 2005.

BARBIER, René. **Pesquisa-ação**. Trad. Lucie Didio. Brasília: Plano Editora, 2002, p.p. 60-61-95-100-129.

BATISTA, Maria do Socorro Xavier. **Movimentos Sociais e Educação Popular: Construindo novas sociabilidades e cidadania**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Universidade de Coimbra Portugal: 16 a 18 de set. 2004, p. 8.

BRASIL. **Política Nacional Antidrogas – PENAD**. Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, Brasília: 2001a.

_____. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994, p. 13.

_____. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Brasil. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: 2001b, p.p.193-285.

_____. **Relatório do Fórum Nacional Antidrogas**. Secretaria Nacional Antidrogas/SENAD, Brasília: 1999, p. 25.

_____. **CARTA CONJUNTA SENAD-ABEAD**. Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD e Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas - ABEAD, Brasília: s/d.

BEATTIE, Melody. **CO-DEPENDÊNCIA NUNCA MAIS: Pare de controlar os outros e cuide de você mesmo**. Tradução de Marília Braga, 8ª. ed., Rio de Janeiro: Record, 2004, p. 14.

BERGER, L. e MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidactica, 1995.

BERTELI, Milton Sérgio et al. **Álcool e fígado**. Caxias do Sul: EDUCS, 1997.

BOFF Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis RJ: Vozes, 1999, p. 13.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é o método Paulo Freire**. Nova Coleção Cultural, São Paulo: Brasiliense, 1985.

_____. **A educação popular na área da saúde**. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.) **Saúde nas palavras e nos gestos: Reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 15.

_____. **Paulo Freire o menino que lia o mundo: uma história de pessoas de letras e palavras**. Participação Ana Maria Freire. São Paulo: Editora UNESP, 2005, p.p. 4-62-63-72-73.

_____. **Paulo Freire e todos nós. Algumas lembranças sobre sua vida e seu pensamento**. In: ROSAS, P. (Org.) **Paulo Freire: educação e transformação social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2002, p.p. 21-22.

BURNS, E. John. **O Modelo Minnesota no Brasil: O tratamento de dependência química no Brasil**. São Paulo: VILA SERENA, 1997, p.p. 13-14.

CALADO, Alder Júlio Ferreira. **Paolo Freire, forjador de utopias**. SEVILLA: Publicaciones M.C.E.P., 2004.

CARÍCIO, Márcia R. **Alcoolismo e a reação familiar**. Conseqüências e enfrentamento do problema em uma comunidade assistida pelo Programa de Saúde da Família. Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFPB, João Pessoa, PB: 2005.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ, F. C. José e NOTO Regina Ana. **IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras**. São Paulo: UNIFESP/CEBRID, 1997.

CARVALHO FILHO, Eurico Tohmaz, e PAPALÉO Neto, Matheus. **Geriatrics: Fundamentos e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2004.

CAVALCANTE, A. Mourão. **O ciúme patológico**. Rio de Janeiro : Artes e Contos, 1994, p. 24.

CAVALCANTI, M. S. L. **Gosto de ser mulher: representação da sexualidade feminina em uma comunidade rural**. Ribeirão Preto SP: USP, 1998, p.109.

CAVALIERI, A. L. F. e EGYTO, C. A. C. **Drogas e Prevenção: a cena e a reflexão**. São Paulo: Saraiva, 2004, p. 33.

CID 10. **Classificação de Transtorno Mentais e de Comportamento do CID-10**. World Health Organization. Geneva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CORAZZA, Sandra Mara. **Tema Gerador: Concepção e Práticas**. 2 ed. Ijuí: Ed. UNIJUÍ/RS, 1998, p.p. 36-37.

DIMEFF, Linda [et al]. **Alcoolismo entre estudantes universitários: uma abordagem de redução de danos.** Tradução de J. M. Bertolote. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

DSM IV. **Critérios Diagnósticos do DSM IV: referência rápida.** Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.p. 112-114.

EDWARDS, Griffith. **O tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais da saúde.** Trad. M. Adriana V. Veronese. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999, p. p. 24-157-230-245.

FAC - FUNDAÇÃO DE AÇÃO COMUNITÁRIA. **Aglomerados subnormais nos municípios de João Pessoa.** Relatório de Pesquisa, João Pessoa: 2003.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997, p.p. 62-65-80-83-84-86-91-113-114-126-127.

_____. **Pedagogia dos sonhos possíveis.** Ana Maria Freire (Org.). São Paulo: Editora UNESP, 2001, p.p. 66-140-141.

_____. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: 26 ed. Paz e Terra, 2002, p.p. 100-104-113.

_____. **Política e educação.** 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Pedagogia da Autonomia.** 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004, p.p. 29-37-41-101-114.

FILHO, Pedro Cardoso. **Álcool & Drogas Ilícitas.** João Pessoa, PB: Ed. União, 2001, p. 34.

FISHMAN, **Tudo Sobre Drogas: Alcoolismo.** São Paulo: Nova Cultural, 1988, p. 40.

GADOTTI, Moacir. **Para chegar lá juntos e em tempo: Caminhos e significados da educação popular em diferentes contextos.** Caxambu: Relatório da 21ª Reunião da ANPED, 1998.

_____. **Paulo Freire: uma bibliografia.** São Paulo: Instituto Paulo Freire, Cortez 2001, p. 84.

GESINA L.LONGENECKER, PHD. **Como Agem as Drogas: O abuso de drogas e o corpo humano.** São Paulo: Quarts Books, 1998, p.p. 40-42.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. **O Paradigma dos novos movimentos sociais.** Teoria dos Movimentos sociais. São Paulo: Loyola, 1997.

_____. **Movimentos Sociais e Educação.** São Paulo: 4 ed. Cortez, 2001. p. 16.

_____. **Movimentos Sociais, ONGs e TERCEIRO SETOR: Perspectivas para a solução das questões da velhice no Brasil.** In: Tratado de Gerontologia, SBGG. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1023.

GLITOW & PEYSER. **Alcoolismo um Guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991, p. 229.

GRUBITS, L. A. M. G. et al (Org.). **Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

HEMFELT, R., MINIRTH, F.e MEIER, P. **O amor é uma escolha: Recuperação para relacionamentos codependentes**. U.S.A. Nashville, Tennessee. Rio de Janeiro: Grandalfo Editores, 1989, p.p. 7-25.

HORTON, Myles e FEIRE, Paulo. **O caminho se faz caminhando: Conversas sobre educação e mudança social**. Bell Gaventa e Peters (Orgs.). Petrópolis RJ: Vozes, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Manual do recenseador**. Senso demográfico, 2000.

LARANJEIRAS, Ronaldo. **Alcoolismo Mitos & Verdades**. São Paulo: Contexto, 1997, p. 16.

LITVOC, Júlio e Francisco Carlos de Brito. **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LUCENA, Maria das Graças. **Alcoolismo como causa de senilidade**. Monografia apresentada e aprovada na UECE, Fortaleza CE: (Especialização em Gerontologia), 1995.

_____. **Educação Popular Gerontológica em Saúde para os idosos do Estado da Paraíba**. In: FERREIRA Ma. Lúcia (Org.), **Prêmio Elo Cidadão**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2000.

_____. **Relatório de Pesquisa sobre o índice de adolescentes familiares de alcoólicos numa escola do magistério, os reflexos da codependência na vida e no desempenho escolar**. João Pessoa, PB: PAIAD/UFPB, 2002.

MACEDO, Roberto Sidnei. **A etnopesquisa crítica e multireferencial nas ciências humanas e na educação**. Salvador: EDUFBA, 2000, p.173.

MACHADO Laura e QUEIROZ, Zally V. **Negligência e Maus-Tratos**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. SBGG. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 791.

MEJÍA, Jiménez, Marco Raúl. **Educação Polular: pedagogia e dialética**. Trad. Breno Fernandes. Ijuí: INIJUÍ Ed. 1989.

MELLO, I. S. P. B. E DIAS, C. M. S. B. **Mãe que doa um filho:os vários ângulos da adoção** In : **Família: Diversos Dizeres**. AMAZONAS, M. C. L. de A. LIMA, A. de O. (Orgs.). Recife: Ed. Bagaço, 2004, p. 227.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa na saúde**. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

NETTO Papaléo, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2002, p. 416.

NIEWIADOMSKI, Christophe. **Violências e Alcoolismo: Abordagem Bibliográfica em Alcoologia e Hermenêutica do Sujeito**. Revista Psicologia em Estudo, Maringá: v. 9, n. 3, p. 331-334, set./dez. 2004, p. 1.

_____. **Histoires de vie et alcoolisme**. Paris: Seli Arslan, 2000, p. 334.

OREM, D. E. **Nursig: concetps of practice**. 5 ed. Missouri: Mosby-Year Book, 1995, p. 153.

PORTO, Dorinha de O. e LAGE, Iveline L. da C. **CEPLAR: A história de um sonho coletivo**. João Pessoa, PB: Secretaria de Educação e Cultura, 1995.

RAIMUNDO José Guilherme. **Alcoolismo Psicotrópicos e Psicoses**. São Paulo: Livraria Editora Universitária de Direito LTDA. 1983, p. 10.

RAMOS, Sérgio de Paula & BERTOLOTE, José Manoel. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: 3 ed. Artes Médicas, 1997, p. 45.

ROSAS, Paulo. **Contraponto**. In: **Paulo Freire: educação e transformação social**. Paulo Rosas (Organizador) Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2002.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 13.

TAKASE, Lucia Hisako Gonçalves e ALVARES, Angela Maria. **O cuidado na enfermagem Gerontogeriatrica: Conceito e Prática**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. SBGG, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TEMA. Publicação da FIOCRUZ. ARROYO Miguel. **Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro: RADIS, n. 21, nov/dez de 2001, p. 4.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2003, p. 14.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: HUCITEC, 1999, p.p. 28-30-123-153.

_____. **Redefinindo as práticas de saúde a partir da Educação Popular nos serviços de saúde**. In: **Saúde nas palavras e nos Gestos. Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde** (Org.). São Paulo: Hucitec, 2001, p.13.

_____. **Educação Popular e pesquisa-ação: instrumentos de reorientação da prática médica**. In : Brennand, E. G. G. (Org) **O Labirinto da Educação Popular**. João Pessoa: UFPB/PPGE/Editora Universitária, 2003, p. 205.

ZALUAR, Alba (org). **Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

ZAMPIERI, Maria Aparecida Junqueira. **Codependência: O transtorno e a intervenção em rede**. São Paulo: Ágora, 2004, p.p. 58-61-63-64-105.

APENDICE A

PERGUNTAS NORTEADORAS

1º Qual é a visão de vocês sobre o alcoolismo nas comunidades?

2º Vocês já ouviram os relatos de vida dos idosos que convivem com famílias afetadas pelo alcoolismo?

3º Qual é a opinião de vocês sobre a nossa proposta de realizar uma pesquisa-ação na USF Alto do Céu I, buscando uma abordagem do alcoolismo através da Educação Popular em Saúde?

4º Vocês moram com familiares que bebem excessivamente?

5º Qual é o significado de alcoolismo para você?

6º Como é que os vocês estão enfrentando o alcoolismo na família?

7º Qual é a opinião de vocês sobre o alcoolismo na família?

8º Vocês participariam de um grupo de Educação Popular em Saúde para tentar superar a problemática do alcoolismo familiar?

9º Qual foi o significado do grupo de Educação Popular em Saúde na vida de vocês?

APENDICE B

Formulário de avaliação da USF na comunidade e de verificação do índice de alcoolismo nas pessoas entrevistadas. Aplicado nas visitas domiciliares, nas rodas de conversa e no atendimento da USF Alto do Céu I

Marque com um X a sua resposta:

1º O que você está achando do serviço que a USF está realizando nessa comunidade?

Bom () Regular () Ótimo () Péssimo ()

3º *Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Sim () Não ()

3º O que você está achando do seu agente comunitário de saúde?

Bom () Regular () Ótimo () Péssimo ()

4º *As pessoas lhe aborrecem por que criticam o seu modo de beber? Sim () Não ()

5º Você costuma beber todos os finais de semana? Sim () Não ()

6º *Você se sente culpado(a) ou mesmo chateado(a) pela maneira com que costuma beber?

Sim () Não ()

7º O que você está achando dos grupos de apoio as famílias afetadas pelo alcoolismo na USF?

Bom () Regular () Ótimo () Péssimo ()

8º *Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

9º O que você poderia fazer para cooperar com a sua USF?

.....

* 4 perguntas referentes ao CAGE

Obrigado(a) pela colaboração.

APENDICE C**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Maria das Graças Lucena, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação-PPGE, do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba, Linha de Pesquisa Educação e Movimentos Sociais, solicita a sua autorização para realizar uma pesquisa-ação sob o título: **Educação Popular em Saúde: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família**. Com o objetivo de analisar as contribuições e as limitações da Educação Popular em Saúde na Educação Profissional da Equipe de Saúde da Família e na conscientização das famílias afetadas pelo alcoolismo, atendidas pela na Unidade de Saúde da Família Alto do Céu I.

Informo que será garantida à privacidade dos integrantes, como também o direito de esclarecer qualquer dúvida sobre os procedimentos utilizados e sobre os benefícios da pesquisa. Esclareço ainda, que, qualquer participante terá a liberdade de declinar de sua participação no momento em que o desejar. Como também, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela participação e, que durante a coleta de dados será utilizado um roteiro de entrevistas, gravações dos relatos de vida e de outras falas relevantes ao tema em estudo.

Diante do exposto peço autorização e solicito a sua participação na referida pesquisa, atuando nas tarefas de planejamento, desenvolvimento e conclusão da mesma por se tratar de uma pesquisa-ação. Solicito também a permissão para utilizar os dados coletados, fazer fotografias e publicar na minha dissertação de mestrado, em eventos científicos e outros conclaves a nível nacional e internacional.

Maria das Graças Lucena
Mestranda

Declaramos estar cientes dos objetivos e dos procedimentos desta pesquisa e aceitamos participar da mesma, colaborando em todo o processo educativo com a liberdade de retirar o nosso consentimento quando assim o desejarmos. Autorizamos a realização de fotografias, audição e gravação dos relatos de vida e, das outras falas, cedendo o direito de serem publicadas integralmente ou em partes, independente de prazos deixando-as sob a guarda da Universidade Federal da Paraíba.

Assinatura dos participantes,

Equipe de Saúde da Família - Alto do Céu I, participantes da pesquisa

Em João Pessoa 16 de janeiro de 2004

APENDICE D**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Maria das Graças Lucena, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação-PPGE, do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba, Linha de Pesquisa Educação e Movimentos Sociais, solicita a sua autorização para realizar uma pesquisa-ação sob o título: **Educação Popular em Saúde: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família**. Com o objetivo de analisar as contribuições e as limitações da Educação Popular em Saúde na Educação Profissional da Equipe de Saúde da Família e na conscientização das famílias afetadas pelo alcoolismo, atendidas pela na Unidade de Saúde da Família Alto do Céu I.

Informo que será garantida à privacidade dos integrantes, como também o direito de esclarecer qualquer dúvida sobre os procedimentos utilizados e sobre os benefícios da pesquisa. Esclareço ainda, que, qualquer participante terá a liberdade de declinar de sua participação no momento em que o desejar. Como também, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela participação e, que durante a coleta de dados será utilizado um roteiro de entrevistas, gravações dos relatos de vida e de outras falas relevantes ao tema em estudo.

Diante do exposto peço autorização e solicito a sua participação na referida pesquisa, atuando nas tarefas de planejamento, desenvolvimento e conclusão da mesma por se tratar de uma pesquisa-ação. Solicito também a permissão para utilizar os dados coletados, fazer fotografias e publicar na minha dissertação de mestrado, em eventos científicos e outros conclaves a nível nacional e internacional.

Maria das Graças Lucena
Mestranda

Declaramos estar ciente dos objetivos e dos procedimentos desta pesquisa e aceitamos participar da mesma, colaborando em todo o processo educativo com a liberdade de retirar o nosso consentimento quando assim o desejarmos. Autorizamos a realização de fotografias, audição e gravação dos relatos de vida e, de das outras falas, cedendo o direito de serem publicadas integralmente ou em partes, independente de prazos deixando-as sob a guarda da Universidade Federal da Paraíba.

Assinatura dos participantes,

Idosos atendidos pela USF Alto do Céu I, participantes da pesquisa

Em João Pessoa 18 de maio de 2004

APENDICE E**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Maria das Graças Lucena, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação-PPGE, do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba, Linha de Pesquisa Educação e Movimentos Sociais, solicita a sua autorização para realizar uma pesquisa-ação sob o título: **Educação Popular em Saúde: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família**. Com o objetivo de analisar as contribuições e as limitações da Educação Popular em Saúde na Educação Profissional da Equipe de Saúde da Família e na conscientização das famílias afetadas pelo alcoolismo, atendidas pela na Unidade de Saúde da Família Alto do Céu I.

Informo que será garantida à privacidade dos integrantes, como também o direito de esclarecer qualquer dúvida sobre os procedimentos utilizados e sobre os benefícios da pesquisa. Esclareço ainda, que, qualquer participante terá a liberdade de declinar de sua participação no momento em que o desejar. Como também, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela participação e, que durante a coleta de dados será utilizado um roteiro de entrevistas, gravações dos relatos de vida e de outras falas relevantes ao tema em estudo.

Diante do exposto peço autorização e solicito a sua participação na referida pesquisa, atuando nas tarefas de planejamento, desenvolvimento e conclusão da mesma por se tratar de uma pesquisa-ação. Solicito também a permissão para utilizar os dados coletados, fazer fotografias e publicar na minha dissertação de mestrado, em eventos científicos e outros conclave a nível nacional e internacional.

Maria das Graças Lucena
Mestranda

Declaramos estar ciente dos objetivos e dos procedimentos desta pesquisa e aceitamos participar da mesma, colaborando em todo o processo educativo com a liberdade de retirar o nosso consentimento quando assim o desejarmos. Autorizamos a realização de fotografias, audição e gravação dos relatos de vida e, de das outras falas, cedendo o direito de serem publicadas integralmente ou em partes, independente de prazos deixando-as sob a guarda da Universidade Federal da Paraíba.

Assinatura dos participantes,

Familiares dos idosos atendidos pela USF Alto do Céu I, participantes da pesquisa

Em João Pessoa 18 de julho de 2004

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

ANEXO D

ANEXO E

ANEXO F

3º Legado: DOZE CONCEITOS

1. A RESPONSABILIDADE E AUTORIDADE FINAIS PELOS SERVIÇOS MUNDIAIS AL-ANON CABEM AOS GRUPOS AL-ANON.
2. OS GRUPOS FAMILIARES AL-ANON DELEGAM COMPLETA AUTORIDADE ADMINISTRATIVA E OPERACIONAL A SUA CONFERÊNCIA E AS UNIDADES DE SERVIÇO.
3. O DIREITO DE DECISÃO PROPICIA A LIDERANÇA EFETIVA.
4. PARTICIPAÇÃO É A CHAVE DA HARMONIA
5. OS DIREITOS DE APELAÇÃO E PETIÇÃO PROTEGEM AS MINORIAS E GARANTEM QUE ELAS SEJAM OUVIDAS.
6. A CONFERÊNCIA RECONHECE A RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA PRIMORDIAL DOS CURADORES.
7. OS CURADORES TÊM DIREITOS LEGAIS, ENQUANTO OS DIREITOS DA CONFERÊNCIA SÃO TRADICIONAIS.

8. A JUNTA DE CURADORES DELEGA PLENA AUTORIDADE DE ADMINISTRAÇÃO ROTINEIRA DA SEDE DO AL-ANON A SEUS COMITÊS EXECUTIVOS.
9. BOA LIDERANÇA PESSOAL EM TODOS OS NÍVEIS DE SERVIÇO É UMA NECESSIDADE. NO CAMPO DOS SERVIÇOS MUNDIAIS, A JUNTA DE CURADORES ASSUME A LIDERANÇA PRINCIPAL.
10. A RESPONSABILIDADE DE SERVIÇO É BALANCEADA POR AUTORIDADE DE SERVIÇO CUIDADOSAMENTE DEFINIDA, EVITANDO DUPLA ADMINISTRAÇÃO.
11. ESCRITÓRIO DE SERVIÇOS MUNDIAIS É COMPOSTO DE COMITÊS PERMANENTES, EXECUTIVOS E MEMBROS DO QUADRO DE FUNCIONÁRIOS.
12. BASE ESPIRITUAL DOS SERVIÇOS MUNDIAIS AL-ANON ESTÁ CONTIDA NAS GARANTIAS GERAIS DA CONFERÊNCIA, ARTIGO 12 DA ATA DE CONSTITUIÇÃO.

ANEXO E