

**FUNDAÇÃO UNIRG
UNIVERSIDADE DE GURUPI**

**GIOVANA DA SILVA RIBEIRO
GISELLE SOARES MARINHO**

**A INTERAÇÃO FAMILIAR NO CAPS AD III: DESAFIOS E INTERVENÇÕES NO
SUPORTE AO USUÁRIO DE ÁLCOOL**

**GURUPI – TO
NOVEMBRO, 2025**



**A INTERAÇÃO FAMILIAR NO CAPS AD III: DESAFIOS E INTERVENÇÕES
NO SUPORTE AO USUÁRIO DE ÁLCOOL**

GIOVANA DA SILVA RIBEIRO

GISELLE SOARES MARINHO

Este Artigo foi aprovado em 26 de novembro de 2025, como parte das exigências para obtenção do título de Psicólogo.

BANCA EXAMINADORA

DULCIMARA CARVALHO MORAES
(Orientadora)

DAVI ARANTES BARROS
Examinador 1

ISMAEL NASCIMENTO MACEDO
Examinador 2

Gurupi, 26 de novembro de 2025

RESUMO

A INTERAÇÃO FAMILIAR NO CAPS AD III: DESAFIOS E INTERVENÇÕES NO SUPORTE AO USUÁRIO DE ÁLCOOL. Giovana da Silva Ribeiro¹, Giselle Soares Marinho¹; Dulcimara Carvalho Moraes² (¹Acadêmicas do Curso de Psicologia – Universidade de Gurupi/TO; ²Profª. Orientadora, Curso de Psicologia – Universidade de Gurupi/TO).

O alcoolismo configura-se como um complexo problema de saúde pública, com profundas repercussões na dinâmica familiar e social. Diante da magnitude do problema, este estudo propôs-se a investigar a interação entre a família e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) no suporte a indivíduos com problemas relacionados ao alcoolismo. A pesquisa adotou uma abordagem quanti-qualitativa, de caráter exploratório e análise documental de campo, e foi realizada no CAPS AD III – Delfino Brito Aguiar, no município de Gurupi/TO. A amostra final para a análise documental foi composta por 146 fichas de usuários atendidos entre 2023 e 2024, complementada por entrevistas com familiares. Os resultados indicaram que o serviço é reconhecido como acolhedor e importante, com a maioria dos familiares buscando o CAPS AD III por meio de encaminhamentos da rede básica de saúde. Contudo, observou-se uma dificuldade na manutenção da continuidade do cuidado e do vínculo após o atendimento, sendo este um dos maiores desafios. Concluiu-se que, embora o serviço seja bem avaliado, a interação entre a equipe e as famílias ainda é limitada, e ações como a criação de uma cartilha psicoeducativa e o reforço dos encaminhamentos para suporte familiar são essenciais para fortalecer o cuidado oferecido, aproximar o serviço das famílias e contribuir para um cuidado mais completo e contínuo.

Palavras-chave: Alcoolismo. Família. CAPS AD III. Saúde Mental.

ABSTRACT

Alcoholism is configured as a complex public health problem, with profound repercussions on family and social dynamics. Given the magnitude of the problem, this study aimed to investigate the interaction between the family and the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD III) in supporting individuals with alcoholism-related problems. The research adopted a quantitative-qualitative approach, with an exploratory nature and field documentary analysis, and was conducted at CAPS AD III – Delfino Brito Aguiar, in the municipality of Gurupi/TO. The final sample for the documentary analysis consisted of 146 user records attended between 2023 and 2024, complemented by interviews with family members. The

results indicated that the service is recognized as welcoming and important, with most family members seeking CAPS AD III through referrals from the basic health network. However, a difficulty was observed in maintaining the continuity of care and the bond after the service, which is one of the biggest challenges. It was concluded that, although the service is well evaluated, the interaction between the team and the families is still limited, and actions such as the creation of a psychoeducational booklet and the reinforcement of referrals for family support are essential to strengthen the care offered, bring the service closer to families, and contribute to more complete and continuous care.

Keywords: Alcoholism. Family. CAPS AD III. Mental Health

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool, uma prática culturalmente arraigada e historicamente presente em diversas sociedades, configura-se na contemporaneidade como um complexo problema de saúde pública global. Suas implicações transcendem o âmbito individual, repercutindo profundamente na dinâmica familiar e social, gerando tensões emocionais, conflitos e uma série de consequências negativas para todos os envolvidos.

No Brasil, a história do alcoolismo remonta à colonização, período em que o consumo de bebidas alcoólicas foi amplamente incentivado e associado a festividades e socialização, consolidando-se como uma prática profundamente arraigada na cultura nacional (Freyre, 1933).

A dependência de álcool, nesse sentido, pode ser compreendida como uma expressão da questão social, refletindo como a sociedade moderna pode fomentar a compulsividade, transformando-a em um mal-estar coletivo que vai além de uma patologia puramente individual. É um equívoco comum focar a análise apenas no indivíduo que abusa da substância, ignorando as causas estruturais, como a ampla disponibilidade e o baixo custo do álcool, as agressivas estratégias de marketing e a ausência de controles regulatórios mais rígidos. Assim, o uso de álcool é frequentemente normalizado e o abuso instigado, com a dependência surgindo como uma consequência multifatorial, influenciada por um complexo de variáveis ambientais, biológicas, psicológicas e sociais.

O reconhecimento do alcoolismo como um transtorno mental, formalizado pela primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 1952 e incluído na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-8) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1967, sublinha a gravidade e a necessidade de abordagens terapêuticas eficazes.

A família, enquanto núcleo fundamental da sociedade, é invariavelmente uma das primeiras a sentir os efeitos devastadores do alcoolismo. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, reconhece a família como parte essencial do cuidado em saúde mental, enfatizando que as intervenções devem considerar o contexto familiar como um todo (Brasil, 2001). No entanto, a presença de um dependente químico no ambiente familiar frequentemente desencadeia estresse, ansiedade, sentimento de culpa e vergonha, podendo levar ao isolamento e ao adoecimento coletivo dos membros da família (Faquim *et al.*, 2022). Particularmente, os filhos de pais dependentes podem vivenciar dificuldades emocionais significativas, negligência e, em casos extremos, abuso físico, com impactos duradouros em seu desenvolvimento escolar e social (Galvão *et al.*, 2021). A dimensão financeira do problema também agrava os conflitos, uma vez que o investimento no consumo de álcool pode comprometer a estabilidade econômica familiar (Silva; Sousa; Carvalho, 2021).

No cenário brasileiro atual, o consumo de álcool mantém-se em patamares elevados. Dados recentes do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA, 2024) indicam que a população negra (pretos e pardos) é desproporcionalmente mais impactada pelas mortes totalmente atribuíveis ao uso de álcool. Em 2022, essa população apresentou uma taxa de 10,4 mortes por 100 mil habitantes, significativamente superior à taxa de 7,9 para pessoas brancas. Essa disparidade é ainda mais acentuada entre mulheres, refletindo a desigualdade racial histórica e o acesso desigual a tratamentos de saúde de qualidade. Embora as internações atribuíveis ao álcool tenham diminuído pela metade entre 2010 e 2023 (de 57 para 27 internações/100 mil habitantes), a prevalência de óbitos entre os internados dobrou no mesmo período (de 3% para 6%), sugerindo um aumento na gravidade dos casos. As principais causas de internação em 2023 foram a dependência de álcool e a doença alcoólica do fígado. A tendência de redução de óbitos observada entre 2010 e 2019 foi interrompida pela pandemia de COVID-19, com um aumento nas mortes entre 2020 e 2022 (CISA, 2024).

Em um contexto mais amplo, a América Latina também enfrenta desafios consideráveis relacionados ao consumo de álcool. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reporta que, globalmente, 3 milhões de mortes anuais são atribuíveis ao uso nocivo de álcool, o que corresponde a 5,3% de todas as mortes, sendo um fator causal para mais de 200 doenças e lesões. A carga mundial de doenças e lesões atribuídas ao álcool é de 5,1% em termos de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALY) (OMS, 2018). Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool, e há diferenças notáveis entre gêneros, com 7,7% das mortes entre homens e 2,6% entre mulheres globalmente. A região das Américas apresenta níveis elevados de consumo de álcool, sendo um importante fator de risco para mortalidade e morbidade. Dados de 2014 indicavam que a Argentina liderava o consumo de álcool na América Latina, e o Brasil ocupava a quinta posição em consumo per capita na região (OMS, 2014).

Diante desses dados que revelam a magnitude do problema, a abordagem terapêutica do alcoolismo se torna mais robusta e eficaz quando a família é integrada ao processo de cuidado. No entanto, essa inclusão representa um desafio significativo, pois demanda uma reestruturação do papel dos familiares, que passam a ser agentes ativos na recuperação. É imprescindível que os serviços de saúde ofereçam um espaço de acolhimento para os próprios membros da família, que frequentemente lidam com um turbilhão de emoções conflitantes, como angústia, medo e ambivalência. Além disso, o estigma e o preconceito associados à dependência de substâncias agravam o sofrimento familiar, tornando o suporte profissional ainda mais necessário para que consigam lidar com a complexidade do tratamento e contribuir positivamente para a recuperação do ente querido.

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) emergem como dispositivos estratégicos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), dedicados ao cuidado de pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Conforme diretrizes do Ministério da Saúde, os CAPS AD oferecem atenção contínua e integral, com funcionamento 24 horas nos casos de CAPS AD III, incluindo acolhimento noturno (BRASIL, 2012), e são projetados para atender prioritariamente indivíduos em intenso sofrimento psíquico, abrangendo adultos, crianças e adolescentes (BRASIL, 2011). A Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, por exemplo, estabelecem as normativas para a organização e o

funcionamento desses serviços, que buscam promover a reinserção social e a autonomia dos usuários (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

Diante desse panorama, a presente pesquisa propõe-se a investigar a interação entre a família e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) no suporte a indivíduos com problemas relacionados ao alcoolismo. A literatura aponta para uma interação ainda limitada entre as equipes de saúde e as famílias, o que pode comprometer a eficácia do tratamento. Observa-se uma lacuna no conhecimento sobre estratégias eficazes para fortalecer essa relação e melhorar o suporte familiar. Assim, este estudo busca preencher essa lacuna, propondo intervenções que visem não apenas o tratamento do usuário, mas também o suporte e a educação das famílias, promovendo um ambiente mais colaborativo e eficaz para a recuperação. A compreensão dos desafios enfrentados pelas famílias ao interagir com o CAPS AD III é fundamental para desenvolver propostas que fortaleçam essa relação e melhorem os resultados do tratamento, contribuindo para a construção de políticas públicas mais eficazes no âmbito da saúde mental.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A presente investigação adotou uma abordagem quanti-qualitativa, caracterizada por um delineamento exploratório e análise documental de campo, buscando uma compreensão aprofundada do tema. O estudo foi conduzido no CAPS AD III – Delfino Brito Aguiar, localizado no município de Gurupi/TO, com a coleta de dados realizada no período compreendido entre agosto e outubro de 2025.

A população de interesse foi constituída por familiares de usuários do serviço que aceitaram participar voluntariamente, com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico e analisar as interações estabelecidas com o CAPS AD III. Foram incluídos no estudo familiares de usuários que receberam atendimento entre os anos de 2023 e 2024 em decorrência do consumo de álcool, com faixa etária entre 18 e 75 anos, e que apresentavam diversidade em seu estado civil, escolaridade, sexo e etnia (incluindo indígenas).

Foram excluídos familiares de usuários de outros municípios, aqueles cujo atendimento ocorreu fora do período estipulado, e os que buscaram o serviço por razões relacionadas a substâncias diferentes do álcool. Adicionalmente, foram

excluídos participantes que manifestaram desconforto ou que não puderam ser contatados para a conclusão do estudo.

Para a determinação do tamanho da amostra, considerou-se uma população estimada de 2.500 atendimentos realizados no CAPS AD III de Gurupi/TO. Utilizou-se a fórmula de correção para população finita proposta por Barbetta (2012), adotando-se uma margem de erro tolerável de 4%. O cálculo resultou em um tamanho inicial de amostra de 500 indivíduos. Após a triagem dos prontuários e a aplicação rigorosa dos critérios de exclusão definidos, a amostra final para a análise documental foi composta por 146 fichas.

A coleta de dados empregou uma combinação de métodos, incluindo a análise documental de prontuários para a obtenção do perfil sociodemográfico e a análise das interações, e a realização de entrevistas em visitas domiciliares com os familiares selecionados.

A análise quantitativa envolveu o uso de medidas descritivas, como percentuais e médias, para identificar padrões e relações significativas, com o auxílio do Google Planilhas para organização e visualização dos dados. A análise qualitativa foi conduzida para explorar e interpretar aspectos subjetivos, utilizando a metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), visando uma compreensão mais abrangente das informações coletadas.

No que concerne aos aspectos éticos, a investigação, por envolver contato direto com seres humanos por meio de entrevistas, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme o Parecer nº 7.563.500.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Distribuição das pessoas atendidas em um CAPS AD III segundo características sociodemográficas:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Renda Familiar		
Sem renda familiar fixa	2	14,3%
Até 1 salário Mínimo	6	42,9%

1 a 3 salários mínimos	4	28,6%
4 a 10 salários mínimos	2	14,3%
Total	14	100%

Fonte: Dados coletados pelas próprias pesquisadoras. 2025/2.

Os dados sociodemográficos da Tabela 1 indicam que a distribuição de renda entre as famílias pesquisadas é predominantemente baixa. Observa-se que a faixa de até 1 salário mínimo é a mais representativa, englobando 42,9% dos participantes. Somando-se àqueles com renda de 1 a 3 salários mínimos (28,6%) e os sem renda fixa (14,3%), constata-se que 85,8% da amostra vive com até três salários mínimos. Em contrapartida, uma minoria de duas famílias (14,3%) possui uma renda mais elevada, entre 4 e 10 salários mínimos, configurando-se como a classe média do grupo.

Tabela 2 – Distribuição das pessoas atendidas em um CAPS AD III segundo características clínicas:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	N	%
Tipos de substâncias psicoativas de consumo	7	50
Álcool		
Álcool e drogas	7	50
Total	14	100

Fonte: Dados coletados pelas próprias pesquisadoras. 2025/2.

Com relação às características clínicas percebeu-se que das famílias entrevistadas a mesma porcentagem de usuários que contabilizaram 50% para álcool e 50% álcool e outras drogas, não necessariamente segue a um padrão, pois muitas famílias não responderam à pesquisa.

Quadro 1 - Conhecimento das famílias a respeito do programa assistencial

Sujeitos	Conhecimento a respeito do programa assistencial
F1	UBS
F2	UBS

F3	UBS
F4	UPA
F5	Rede de saúde
F6	Procura pelo próprio usuário CAPS AD III
F7	Agente de saúde e médico.
F8	Através do responsável pelo AA
F9	Sou Psicóloga
F10	Já tínhamos ido a clínicas particulares antes e eu conhecia pessoas que já fizeram o tratamento no CAPS e que deu certo
F11	Sou servidor público e já trabalhei na área da saúde
F12	UBS
F13	Através de um pastor
F14	Conheci procurando o AA e alguém falou para o meu filho que no CAPS fazia o Tratamento

Fonte: Dados coletados pelas próprias pesquisadoras. 2025/2.

Quadro 2 – Conhecimento das famílias a respeito da função do CAPS AD III

Sujeitos	
F1	Cuidar do paciente, passar remédio
F2	Para algumas coisas sim
F3	Não conheço
F4	Eles ajudam o paciente a sair do vício, dá remédio
F5	Sim, irmã que explicou como funcionava para os familiares
F6	É para as pessoas que vão tratar questões com vício
F7	Somente dos tratamentos utilizados
F8	Não conheço as funções
F9	Hoje em dia sim, mas quando buscamos atendimento não
F10	Sim, sei que tem a internação e que atende pessoas com problemas com álcool e dependência e pessoas loucas também
F11	Sim, serve para dar apoio para a pessoa se desintoxicar e orientar com psicólogo e psiquiatra, tem apoio
F12	Sim, temos conhecimento
F13	Não conhecemos
F14	Sim, pelo o meu entendimento conheço os benefícios, tratamento, a psicóloga que atende, os medicamentos que oferecem, entendo desse jeito

Fonte: Dados coletados pelas próprias pesquisadoras. 2025/2.

Quadro 3 – Serviços realizados atendem as necessidades da família

Sujeitos	
F1	Até agora sim
F2	Sim
F3	Não, porque não consegui ajuda que eu precisava no momento para a minha filha
F4	Sim, tem o acompanhamento médico muito bom
F5	Sim, desde que o usuário leve a sério o tratamento
F6	Se ele quisesse atenderia, mas ele não faz questão, pois ele quer para aposentadoria
F7	O tratamento não foi concluído, devido a falta de aceitação

F8	Sim, mas os remédios são caros
F9	Durante o atendimento sim
F10	Sim, mas deveria ter mais acompanhamento e mais coisas para as pessoas fazer lá Dentro
F11	Na primeira vez não, pois faltou médico
F12	Sim, está atendendo
F13	Resolveu por alguns meses, mas ele voltou para o vício
F14	Sim, até hoje tá atendendo, até hoje ele pega medicação

Fonte: Dados coletados pelas próprias pesquisadoras. 2025/2.

Quadro 4 – Pontos Positivos e Negativos do CAPS AD III

Sujeitos	Positivo	Negativo
F1	Tudo bom	Nenhum negativo
F2	Os médicos atendem bem	Nenhum negativo, toda vez que eu procurei fui atendido
F3	Acolhe o paciente dando medicação	Atendimento dos profissionais
F4	Muito bom, não sei o que seria se não tivesse o CAPS AD para ajudar o pessoal de Gurupi	Nenhum negativo
F5	Bom atendimento, suporte satisfatório	Nenhum negativo
F6	Atende a quem procura	Não tenho conhecimento suficiente
F7	Atendimento rápido, acolhedor e bem explicado	Nenhum negativo
F8	Fui bem atendido, muito acolhido	Nenhum negativo
F9	Durante o atendimento, o CAPS AD III foi acolhedor, atendeu as expectativas nas consultas e terapias	Falta de continuidade
F10	Durante o tratamento meu irmão melhorou, fez acompanhamento com o psicólogo e psiquiatra	Após terminar o tratamento com remédio não teve mais acompanhamento
F11	Dá apoio para a pessoa que realmente quer sair da dependência química	Falta mais projeto de orientação e acompanhamento com frequência
F12	Não temos do que reclamar, gostamos do Atendimento	Nenhum negativo
F13	A continuidade e o auxílio	Nenhum negativo
F14	Atendimento da equipe, organizados, as pessoas são educadas e teve eficácia no tratamento	O único ponto negativo é que uma vez levei meu neto de 8 anos para ser atendido lá e eles não atenderam

Fonte: Dados coletados pelas próprias pesquisadoras. 2025/2.

Quadro 5 – O que poderia melhorar ou começar a oferecer para melhor atender as necessidades das famílias

Sujeitos	
F1	Por enquanto está bom
F2	Não tem resposta

F3	Melhorar o atendimento da equipe que fica a desejar. Começar a oferecer bom acolhimento da parte do psicólogo, uma atenção na porta de entrada para que não entre substâncias químicas, oficinas para o paciente e momentos de lazer
F4	Não precisa melhorar nada
F5	Nenhuma sugestão
F6	Mais acompanhamento
F7	Mais incentivo, visitas frequentes, oferecer atividades nas internações e atendimento mais desconstruído
F8	Oferecer a distribuição de remédios de forma gratuita, melhorar a continuidade do contato com as pessoas que já foram atendidas
F9	Melhorar a divulgação, o acesso à informação e a manutenção do cuidado, oferecer maior controle no sistema de internação
F10	Mais tempo de internação, conseguir manter as pessoas mais tempo lá para que a pessoa faça o tratamento continuamente igual as clínicas particulares
F11	Deveria ter uma política mais intensiva de tratamento
F12	Atendimento mais recluso, prestar atendimento a família, melhorar no ambiente, oferecer atendimentos psicológicos mais frequentes
F13	Oferecer internação compulsória dependendo do caso
F14	Pediatra infantil, porque não são só os adultos que tem problema

Fonte: Dados coletados pelas próprias pesquisadoras. 2025/2.

O processo de contato com as 146 famílias selecionadas revelou um desafio significativo para a continuidade do cuidado. Neste sentido, observou-se que apenas 9,6% participaram das entrevistas, enquanto 80,1% dos contatos não foram concluídos, 7,5% recusaram participar e 2,7% não possuíam dados atualizados. Tais resultados evidenciam a dificuldade de manter o vínculo e a comunicação após o atendimento, o que, por sua vez, compromete a continuidade do cuidado. Portanto, destaca-se a importância de fortalecer a identidade e a presença comunitária do CAPS ADIII, promovendo maior aproximação social com os usuários e suas famílias.

Em consonância com a dificuldade de estabelecer e manter o vínculo, a análise do Quadro 1 mostra que o acesso ao CAPS AD III ocorre predominantemente por vias formais, como UBS e UPA e revela uma busca pouco espontânea.

Essa dinâmica encontra respaldo no estudo de Faquim *et al.* (2022), que descrevem como a família frequentemente enfrenta sobrecarga emocional, falta de conhecimento e dificuldades em lidar com as demandas do alcoolismo, o que acaba impedindo que procure apoio de forma autônoma e contínua. Assim, o predomínio de encaminhamentos formais evidencia um cuidado mais reativo do que proativo, dependente das estruturas institucionais.

Adicionalmente, os dados do Quadro 2 indicam que a compreensão sobre o papel do CAPS AD III ainda é limitada. Muitas famílias, por exemplo, ainda veem o serviço apenas como um local para receber medicamentos, o que revela uma percepção restrita sobre seu papel psicossocial e a complexidade de sua atuação. Galvão et al. (2021) relatam que familiares vivenciam sofrimentos emocionais na relação com o etilista, o que influencia a forma como compreendem o tratamento.

Mesmo diante dessas limitações, o Quadro 3 mostra que a maioria dos participantes avalia positivamente o cuidado recebido, destacando a qualidade do atendimento médico e psicológico. Contudo, permanecem dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento e à continuidade do cuidado, frequentemente prejudicada pelos desafios em manter o vínculo terapêutico. Segundo Galvão et al. (2021), o alcoolismo fragiliza as relações sociais e gera sofrimento psicossocial, elementos que dificultam a permanência no tratamento.

O Quadro 4 reforça que o CAPS AD III é reconhecido como um espaço acolhedor e com profissionais qualificados. Entretanto, as famílias sinalizam falhas no acompanhamento contínuo, especialmente após o atendimento inicial. Isso evidencia a necessidade de ampliar práticas voltadas à reinserção familiar e social, superando intervenções pontuais. Silva, Sousa e Carvalho (2021) ressaltam que o alcoolismo se mantém como um processo de “roda viva de adoecimento”, exigindo intervenções duradouras e articulação constante da rede de cuidados.

Para superar esses limites, o Quadro 5 mostra que as famílias esperam práticas mais próximas, como visitas domiciliares e oficinas terapêuticas. Essa demanda converge com a discussão de Faquim et al. (2022), que defendem que o cuidado envolve comunicação clara, escuta qualificada e continuidade do acompanhamento, elementos fundamentais para fortalecer os vínculos familiares e ampliar o impacto terapêutico além da medicalização.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, foi possível identificar como ocorre a relação entre as famílias e o CAPS AD III no cuidado ao usuário de álcool. Os resultados mostraram que o serviço é reconhecido como acolhedor e importante, mas ainda enfrenta dificuldades para manter contato com as famílias e garantir a continuidade do tratamento.

Observou-se também que a maioria conhece o CAPS por meio de encaminhamentos das unidades de saúde e que muitos ainda enxergam o serviço principalmente como um local para receber medicação.

Ao longo da pesquisa, ficou evidente que o tratamento se torna mais eficaz quando a família participa e recebe orientações claras. No entanto, muitas famílias ainda não compreendem totalmente o funcionamento do CAPS AD III ou como podem contribuir no processo de cuidado. Além disso, a falta de acompanhamento contínuo após o atendimento apareceu como um dos maiores desafios, enfraquecendo o vínculo entre o serviço, o usuário e os familiares.

Diante disso, algumas ações podem fortalecer o cuidado oferecido. Entre elas, destaca-se a criação de uma cartilha psicoeducativa para orientar as famílias; a atualização das fichas de cadastro, permitindo incluir os contatos da rede de apoio; e o reforço dos encaminhamentos para suporte familiar, como atendimentos psicológicos, grupos de apoio e articulação com o SEPsi (Serviço Escola de Psicologia) quando necessário. Essas medidas podem melhorar a comunicação, aproximar o serviço das famílias e contribuir para um cuidado mais completo e contínuo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jan. 2012. Seção 1, p. 54.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 23.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Seção 1, p. 59.

CISA. **História do Álcool**. CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 14 jan. 2022. Disponível em: <https://cisa.org.br/sua-saude/informativos/artigo/item/60-historia-do-alcool>. Acesso em: 16 nov. 2025.

DE SOUSA, Simone Nunes Viana; DA SILVA, Maria José Vieira; DE CARVALHO, Clézio Rodrigues. Impacto do alcoolismo na vida social e familiar. **REVISA**, v. 10, n. 3, p. 481-492, 2021.

FAQUIM, Jaqueline Bogo; OLIVEIRA, Daniela Rosa de; MORAES, Nayara Alano; MIRANDA, Andréia Valéria de Souza. Impactos do alcoolismo na saúde mental familiar: a intervenção da enfermagem no tratamento. **Revista Gepesvida**, v. 8, n. 1, p. 25-42, 2022. Disponível em: <http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/493>. Acesso em: 16 nov. 2025.

FREYRE, Gilberto. **Casa-Grande & Senzala**. 51. ed. São Paulo: Global, 2023.

GALVÃO, Geisa Araújo et al. Memória de filhos em convivência familiar com pais alcoolistas. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 15, e246345, 2021.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global status report on alcohol and health 2014. **Geneva: WHO**, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564755>. Acesso em: 16 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório global de situação sobre álcool e saúde 2018. **Genebra: OMS**, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Acesso em: 16 nov. 2025.