



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Daniele Oliveira Aguiar

**Narrativas de vida de mulheres alcoolistas: contribuições para a prática da  
enfermeira no CAPS ad**

Rio de Janeiro

2014

Daniele Oliveira Aguiar

**Narrativas de vida de mulheres alcoolistas: contribuições para a prática da enfermagem  
no CAPS ad**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosângela da Silva Santos

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A282 Aguiar, Daniele Oliveira.  
Narrativas de vida de mulheres alcoolistas: contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad / Daniele Oliveira Aguiar. - 2014.  
115 f.

Orientadora: Rosângela da Silva Santos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Mulheres - Alcoolismo. 2. Alcoolismo - Tratamento. 3. Enfermagem na saúde e higiene da mulher. I. Santos, Rosângela da Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Daniele Oliveira Aguiar

**Narrativas de vida de mulheres alcoolistas: contribuições para a prática da enfermeira  
no CAPS ad**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 12 de fevereiro de 2014.

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Rosângela da Silva Santos (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Catarina Salvador da Motta  
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

Rio de Janeiro

2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta pesquisa ao meu amado filho João Pedro, ao meu esposo Dudu, aos meus pais e à minha irmãzinha. Sem vocês, eu não teria chegado até aqui.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pela minha saúde, pela minha família e por guiar todos os meus passos que permitem trilhar o meu caminho.

Ao João Pedro, meu filho amado, por me ensinar esse tão grande amor, que é o amor de mãe. Pela inocência, pelo brilho, pela vivacidade e por me fazer acreditar que ainda existe esperança para este mundo. Obrigada filho, pois cresço todos os dias com você e por você quero sempre me tornar uma pessoa melhor. Eu te amo muito.

Ao Dudu, meu esposo, meu companheiro de vida, meu amor, meu parceiro e meu maior incentivador. Obrigada por acreditar em mim, me apoiar, me segurar e amparar em todos os momentos das nossas vidas. “Se você vier para o que der e vier comigo... eu te prometo o sol se hoje o sol sair... ou a chuva, se a chuva cair...”

Aos meus pais amados, Carlos e Nilma, pois me deram a vida e me ensinaram a viver. Pelo amor, dedicação, ensinamentos e tudo que eu sou. Pai, tua força, garra e coragem sempre me motivaram. Mãe, tua alegria, entusiasmo e dedicação me ensinaram a enxergar o mundo de uma forma mais colorida, mais bonita. Obrigada por serem os melhores pais do mundo e os melhores avós. Obrigada pelo carinho e cuidado que dedicam ao meu filho. Sem a ajuda de vocês não teria conseguido chegar até aqui. Amo vocês demais.

À Grazi, minha irmã, meu Nem, minha melhor amiga deste mundo, a quem me ensinou a dividir tudo, sonhos, esperanças, medos. Obrigada por estar em todas as minhas lembranças, tristes e felizes. Nossas músicas, nossa imaginação, nos permitiram uma infância doce, com muitas brigas, mas com muita cumplicidade. Você é a companheira da minha vida.

À Professora Rosângela, minha orientadora, por acreditar na minha capacidade, me incentivar, me apoiar e ajudar neste caminhar.

Em especial, a duas pessoas que se tornaram grandes amigas neste processo: Lívia e Vivian. Com a ajuda de vocês foi mais fácil suportar as dificuldades e vencer. Vou guardá-las no meu coração e quero levar essa amizade para minha vida. Conseguimos, amigas!

Ora, a fé é o firme fundamento das coisas que se esperam e a prova das coisas que se não veem.

*Hebreus 11:1*

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Trajetória do Movimento Feminista no Brasil .....	38
Quadro 2 –	Historiograma .....	47
Quadro 3 -	Caracterização das participantes quanto à identificação, estado civil, grau de escolaridade, faixa etária atual e idade em que começou a beber .....	51
Quadro 4 -	Caracterização das participantes quanto à Identificação, Tempo de Tratamento no CAPS ad, Abstinência de Bebidas Alcoólicas, Raça/Cor, Número de filhos .....	53



## RESUMO

AGUIAR, Daniele Oliveira. **Narrativas de vida de mulheres alcoolistas**: contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad. 2014. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Estudo de natureza qualitativa utilizou o Método de Narrativa de Vida, cujo objeto foi a motivação da mulher alcoolista para iniciar e aderir ao tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS ad). Os objetivos foram: a) conhecer os motivos que levam a mulher alcoolista a iniciar e aderir ao tratamento; b) descrever o itinerário terapêutico percorrido pela mulher alcoolista; c) identificar os fatores que favorecem a adesão da mulher alcoolista ao tratamento; d) discutir a contribuição das narrativas das mulheres alcoolistas para a prática da enfermeira no CAPS ad. Foram entrevistadas 26 mulheres usuárias de álcool em tratamento no CAPS ad, oriundas de dois cenários distintos no Estado do Rio de Janeiro: um CAPS ad de uma cidade do interior do Estado na região Sul Fluminense no Médio Paraíba e um CAPS ad na cidade do Rio de Janeiro. O arcabouço teórico de sustentação do estudo baseou-se em dois pontos: A Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil, a evolução da Política Pública, a Legislação Brasileira para atendimento de usuários de álcool e outras drogas, incluindo Itinerários Terapêuticos, a atuação da Equipe Interdisciplinar no CAPS ad e o papel da Enfermeira e da enfermagem na Saúde Mental e no CAPS ad. O alcoolismo feminino, retratando a evolução do papel da mulher contemporânea na sociedade, questões de gênero e as implicações biológicas, culturais e sociais do alcoolismo onde Edwards e colaboradores discutem as questões biopsicossociais envolvidas na questão. A coleta de dados utilizou a entrevista aberta, com pergunta única: “Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com a sua motivação para iniciar e aderir ao tratamento de dependência alcoólica que realiza no CAPS ad”. A análise evidenciou: que um dos motivos que caracteriza o alcoolismo feminino refere-se ao prazer proporcionado pelo álcool como escape para as mulheres aliviarem o peso de suas vidas. Estas viveram e experimentaram a solidão, a dor, o sofrimento, a vergonha, a discriminação, as perdas e os agravos físicos e psicológicos decorrentes do uso abusivo de bebida alcoólica. Estas mulheres viveram seus conflitos e suas dores sozinhas com raríssimas exceções, até chegarem ao “fim do poço”, quando então decidiram procurar e aceitar ajuda. Os itinerários terapêuticos apresentados foram: Hospital Geral; Unidade Básica de Saúde; Pré-natal; Alcoólicos Anônimos (AA); CAPS; CAPS i; Ambulatório de Psiquiatria; Hospital Psiquiátrico e Clínica Especializada de Internação. A motivação para terem iniciado o tratamento foram: desejo de mudarem a realidade que viveram; a perda do poder familiar, ou seja, a perda da guarda dos filhos; a solidão que viveram e a imposição de terceiros para iniciarem o tratamento. Como motivação para adesão ao tratamento foi encontrada na totalidade das narrativas a permanência para conseguir ficar sem uso de bebida alcoólica, e o apoio que receberam da equipe interdisciplinar. Na percepção das mulheres em relação à atuação da equipe interdisciplinar do CAPS ad foi relatada sobre a ajuda que receberam, a escuta, o acolhimento, a paciência, o relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais, o cuidado, a força para continuar e a valorização delas como sujeitos essenciais de suas histórias.

Palavras-chave: Mulher. Alcoolismo. Tratamento. Enfermagem.

## ABSTRACT

AGUIAR, Daniele Oliveira. **Narratives of life of alcoholic women: nurse's practice contribution in the CAPS ad.** 2014. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Study of qualitative nature used the Narrative of Life Method, which object was the motivation of the alcoholic woman to begin and adhere to treatment in the Center of Psychosocial Attention of Alcohol and others Drugs (CAPS ad). The objectives were: a) to know the motives that lead the alcoholic woman to begin and adhere to treatment; b) to describe the therapeutic itinerary traveled by the alcoholic woman; c) to identify the factors that favor the adhesion of the alcoholic woman to the treatment; d) discuss narratives's contribution of the alcoholics women for the nurse's practice in the CAPS ad. Twenty-six women users of alcohol in treatment in CAPS ad, originated from two scenarios distinct in Rio de Janeiro State: one CAPS ad of a city in the state in the southern region in the Middle Paraíba Fluminense and one CAPS ad at Rio de Janeiro city. The theoretical support for the study was based on two points: The Psychiatric Reform in the World and in Brazil, the evolution of Public Policy, the Brazilian legislation for serving users of alcohol and other drugs, including Therapeutic Itineraries, the performance of the team interdisciplinary in CAPS ad and the role of nurse and nursing in Mental Health and CAPS ad. The female alcoholism, depicting the changing role of contemporary woman in society, gender issues and biological implications, cultural and social aspects of alcoholism where Edwards and colleagues discuss the biopsychosocial issues involved in this matter. The data collection used the open interview, with single question: "Tell me about your life that is related to their motivation to initiate and adhere to the treatment of alcoholic dependence that performs treatment at a CAPS ad." The analysis showed: that one of the motives that characterizes the female alcoholism refers to the pleasure derived from alcohol as an escape for women lighten the weight of their lives. They have lived and experienced the loneliness, the pain, the suffering, shame, discrimination, losses and physical and psychological injuries resulting from the abuse of alcoholic beverage. These women lived its conflicts and sorrows alone with very few exceptions, until they reached the "end of the pit," when then decided to seek and accept help. The therapeutic itineraries presented were: General Hospital, Basic Health Unit, Prenatal, Alcoholics Anonymous (AA), CAPS, CAPS infant, Psychiatry Clinic, Psychiatry Hospital and Hospitalization Clinic. The motivation for having started the treatment was: desire to change the reality they lived, the loss of family power, that is, loss of child custody; loneliness they lived and the imposition of a third part to initiate treatment. As motivation to treatment adherence was found in all the narrative permanence to get run out of alcohol use, and support they received from the interdisciplinary team. In the perception of women regarding the role of the interdisciplinary team in CAPS ad was reported on the help they received, the listening, acceptance, patience, interpersonal relationship between users and professionals, the care, the strength to continue and valorization of them as essential subjects of theirs stories.

Keywords: Woman. Alcoholism. Treatment. Nurse.

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	11
1	<b>REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS E CONCEITUAIS</b> .....	16
1.1	<b>A reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil</b> .....	16
1.1.1	<u>A Evolução da Política Pública e da Legislação Brasileira para atendimento de Usuários dependentes de Álcool e outras Drogas</u> .....	21
1.1.2	<u>Rede de Atenção a usuários de álcool e outras drogas</u> .....	25
1.1.3	<u>A atuação da Equipe Interdisciplinar no CAPS ad</u> .....	31
1.1.3.1	O papel da Enfermeira e da enfermagem na Saúde Mental e no CAPS ad ....	32
1.1.4	<u>Itinerários Terapêuticos</u> .....	34
1.2	<b>Alcoolismo Feminino</b> .....	35
1.2.1	<u>A evolução do papel da mulher contemporânea na sociedade e as questões de gênero</u> .....	35
1.2.2	<u>Implicações biológicas, culturais e sociais do alcoolismo feminino</u> .....	40
2	<b>ABORDAGEM METODOLÓGICA</b> .....	44
2.1	<b>Cenário e participantes da pesquisa e aspectos éticos</b> .....	45
2.2	<b>Caracterização das participantes</b> .....	47
2.3	<b>Instrumento da pesquisa</b> .....	54
2.4	<b>Análise temática</b> .....	55
3	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	56
3.1	<b>1ª Categoria: O prazer feminino em beber</b> .....	56
3.2	<b>2ª Categoria: A motivação da mulher alcoolista para iniciar e aderir ao tratamento no CAPS ad</b> .....	61
3.2.1	<u>Itinerários terapêuticos das mulheres alcoolistas</u> .....	61
3.2.2	<u>As consequências negativas do uso abusivo de bebida alcoólica na vida das mulheres alcoolistas</u> .....	71
3.2.3	<u>A motivação da mulher alcoolista para iniciar o tratamento no CAPS ad</u> .....	83
3.2.4	<u>A motivação da mulher alcoolista para aderir ao tratamento no CAPS ad</u> ....	90
3.3	<b>3ª Categoria: Contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad a partir das narrativas das mulheres alcoolistas</b> .....	95
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	102

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	105
<b>APÊNDICE A</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	111
<b>APÊNDICE B</b> - Formulário de Identificação das Participantes .....	113
<b>ANEXO</b> - Protocolo de Pesquisa .....	115

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A presente pesquisa possui como **objeto** a motivação da mulher alcoolista para iniciar e aderir ao tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS ad). Encontra-se inserido na Área de Concentração em Enfermagem, Saúde e Sociedade, na linha de pesquisa: Saberes, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação, Curso Mestrado *stricto sensu* da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Minha experiência profissional com a saúde da mulher vem se desenvolvendo com o decorrer da minha formação acadêmica e com a minha prática profissional. No período da graduação, desenvolvi um estudo sobre aleitamento materno como primeira imunização do recém-nascido, e na pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem Obstétrica, estudei a prática da enfermeira<sup>1</sup> obstétrica como promotora do vínculo entre mãe e filho.

A motivação para este estudo provém da minha vivência e experiência na área de saúde mental, onde atuei nos últimos três anos, e desde 2010 especificamente no Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS ad), em uma cidade da região Sul Fluminense, Médio Paraíba, no interior do Estado do Rio de Janeiro.

O CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Esse serviço oferece atendimento diário aos pacientes que fazem uso de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, conforme preconizado na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Na minha prática profissional como enfermeira no CAPS ad, tenho observado que a mulher alcoolista encontra dificuldades para iniciar e aderir ao tratamento. Estas dificuldades perpassam pelo histórico de vida dessas mulheres, que muitas vezes se apresentam de forma fragilizadas e estigmatizadas pela dependência por bebida alcoólica.

Em meu campo assistencial no CAPS ad, observo a reduzida quantidade de mulheres alcoolistas que buscam tratamento, embora muitas não se reconheçam como dependentes de

---

<sup>1</sup> O termo *enfermeira* será utilizado no estudo para me referir à categoria, considerando a predominância do gênero feminino na profissão.

uma droga lícita e, portanto, não percebem que precisam de cuidado específico para combater o vício. E isso é uma contradição em uma sociedade contemporânea, em que a mulher alcançou diversos papéis de destaque no campo pessoal e profissional. E por estarem mais liberais, lutam para conquistar seus direitos e o nível de igualdade ao poderio masculino. As mulheres da atualidade conciliam a carreira, o cuidado aos filhos, ao lar, estudam e estão em constante movimento social.

A utilização de bebidas alcoólicas é um hábito culturalmente difundido por todo o mundo, sendo uma prática que permeia a sociedade desde tempos bem remotos. O uso de álcool com moderação não representa problemas. O que preocupa os estudiosos do assunto é a ingestão abusiva, que acarreta danos não só para o indivíduo que bebe, como também para as pessoas que o cercam (família, trabalho, etc) (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Em se tratando do uso de álcool por mulheres, esta nova “característica” do comportamento feminino se confirma e se acentua durante o século XIX, marcado pela industrialização e pelo incremento do comércio de bebidas alcoólicas. A mulher começa a exercer de forma mais significativa seu papel econômico, mas continua a acumular as atribuições com o lar e com a família. No decorrer deste período, observa-se o desenvolvimento de um alcoolismo sem precedentes, não só nos homens, como também nas mulheres (SOUZA, 2006).

A mulher contemporânea utiliza a bebida alcoólica sem pudores e restrições, tal qual o homem. Elas também se socializam em bares, boates, danceterias, nos encontros com amigos para beber e confraternizar, enfim, também consomem grande quantidade de bebida alcoólica.

Na minha realidade como enfermeira no CAPS ad, apesar do elevado número de encaminhamentos e referências de mulheres em situação de uso e abuso de bebida alcoólica pelos serviços de saúde, tal como hospital geral, maternidade, Programa Saúde da Família e também de serviços da assistência social, conselho tutelar, abrigos que possuem crianças, filhos de usuárias de álcool em situação de acolhimento institucional e outros encaminhamentos que são informados ao CAPS ad, ainda evidencio reduzido número de mulheres que buscam o tratamento e permanecem nele.

Em se tratando da minha experiência pessoal com o alcoolismo feminino, observo a grande dificuldade das pessoas na aceitação da dependência alcoólica como patologia. Assim sendo, a pessoa dependente de álcool é estigmatizada. Existem preconceitos, rótulos em relação ao usuário de bebida alcoólica de forma abusiva, como se esta condição não fosse doença, e sim falta de moral, ética e personalidade. O medo do desconhecido, a falta de aprofundamento sobre o tema, a repetição de conceitos pré-concebidos, colaboram para

manter uma atitude julgadora e moralizante frente aos que fazem uso de álcool de forma abusiva e/ou nociva, característica da dependência.

O papel da enfermeira no CAPS ad é o de integrar a equipe interdisciplinar na composição do cuidado para a clientela que frequenta o serviço, mas, além disso, é colaborar para a criação do vínculo entre profissional e usuária em uma relação de transversalidade que favoreça a potencialização do sujeito como protagonista de sua própria história. Para tanto, é necessário que a enfermeira proporcione um acolhimento eficaz a esta mulher alcoolista, visando obter a sua confiança e conhecer aspectos de sua vida que contribuíram para o estabelecimento da dependência alcoólica. Por acreditar neste papel da enfermeira, vejo a importância desta atuação no cuidado à mulher alcoolista que busca o tratamento para esse tipo de dependência.

A dependência alcoólica é classificada e reconhecida pelo Comitê Internacional de Doenças (CID10), com a categorização F10, que trata dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso abusivo de álcool e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008).

Diante do exposto, as questões norteadoras propostas para esta pesquisa foram:

- a) O que leva a mulher alcoolista a buscar o tratamento no CAPS ad?
- b) Qual o itinerário terapêutico percorrido pela mulher alcoolista até iniciar o tratamento para a dependência?
- c) Que fatores favorecem a adesão da mulher alcoolista ao tratamento?
- d) Quais as contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad, a partir das narrativas das mulheres alcoolistas?

Para responder a estas questões, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- a) Conhecer os motivos que levam a mulher alcoolista a iniciar e aderir ao tratamento no CAPS ad;
- b) Descrever o itinerário terapêutico percorrido pela mulher alcoolista;
- c) Identificar os fatores que favorecem a adesão da mulher alcoolista ao tratamento;
- d) Discutir a contribuição das narrativas das mulheres alcoolistas para a prática da enfermeira no CAPS ad.

A razão para o desenvolvimento desta temática baseia-se na necessidade de investigação dos fatores que favorecem a adesão da mulher alcoólista ao tratamento para dependência alcoólica, buscando evidenciar as barreiras que ela enfrenta nesse processo. O abuso de álcool neste grupo é mais difícil de identificar, pois, por várias décadas ao longo da história, ocorreu o descaso e a negação do alcoolismo por esta população, e muitas vezes este diagnóstico ainda tem probabilidades de ser falho e subjogado na prática, percebendo-se que no momento atual ainda ocorre estigmatização em relação à dependência alcoólica por mulheres.

Em diversas culturas, as mulheres têm menos tendência do que os homens a beber ou a beber pesadamente, isto porque os fatores culturais e sociais exercem uma poderosa influência sobre o padrão e grau de ingestão alcoólica por elas. No contexto histórico, apesar das mudanças sociais e culturais, ainda existe menor pressão social sobre a mulher para começar a beber e maior pressão para parar; a sociedade é dura em seu julgamento acerca das mulheres que ingerem bebida de forma abusiva ou nociva (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

O padrão de consumo denominado “beber pesado” (BP), é definido como qualquer consumo de bebidas alcoólicas acima do considerado “uso moderado de álcool”, que é o consumo de até duas doses de bebida alcoólica por dia para os homens, e de até uma dose para as mulheres. O beber “pesado” é também entendido como beber em excesso; caracterizado pelo uso abusivo, com perda do autocontrole, passível de provocar situações de risco como acidentes de trânsito, agressões, etc (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Ao analisar a temática do estudo no período de em março de 2012 nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline sigla em Inglês para Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica); Scientific Electronic Library Online (SciELO) - sigla em Inglês para Livraria Científica Eletrônica Online - e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), cruzando os descritores: alcoolismo, mulheres e enfermagem, constatou-se a existência de vários estudos sobre alcoolismo em diversos aspectos. Tais estudos retratam: a descrição do tema; a etiologia; o contexto histórico, social e cultural; as novas formas de tratamento; os distúrbios funcionais correlacionados com a dependência alcoólica, dentre outras abordagens.

Na base de dados Lilacs, com o descritor *alcoolismo*, encontramos 2.613 estudos com 69 resultados abordando o alcoolismo feminino, mas nenhum específico sobre a adesão da mulher alcoólista para o tratamento da dependência alcoólica. Na Medline, com o mesmo descritor, foram identificados 58.613 resultados, mas apenas oito se aproximavam do objeto



do estudo, porém, não retratavam a adesão da mulher ao tratamento da dependência alcoólica. Já na base de dados Scielo, ainda com o descritor alcoolismo, foram encontrados 233 resultados e, também, oito estudos com aproximação ao objeto de pesquisa; e na base de dados BDEF, com o descritor alcoolismo foram encontrados 166 resultados com 11 estudos correlacionados à presente pesquisa.

Ao especificar o alcoolismo em mulheres, evidenciaram-se diversos estudos que retratam as comorbidades relacionadas ao alcoolismo; alguns abordam o tratamento, além das relações do uso de álcool por mulheres gestantes e suas consequências ao feto. Não havia estudos relativos à mulher alcoolista em relação à adesão ao tratamento e controle da dependência de bebida alcoólica, bem como o cuidado de enfermagem neste processo.

Portanto, uma pesquisa que retrate a adesão da mulher alcoolista para o tratamento da dependência alcoólica, abordando o itinerário terapêutico e as particularidades deste universo feminino, é relevante para o planejamento da assistência de enfermagem e de saúde às mulheres em tratamento para bebida alcoólica.

Pretende-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para novas concepções da mulher em seu contexto cultural, social e individual, permitindo aos profissionais de saúde em geral, e de Enfermagem em especial, a ampliação de seus conhecimentos na prática do beber feminino, além de melhorar a compreensão deste universo tão singular no qual é preciso preservar a autonomia e o protagonismo da mulher.

O tema em questão é de relevância no campo da Enfermagem e poderá ser refletido no ensino de Graduação e Pós-Graduação, face à magnitude que representa o cuidado à mulher em sua integralidade, de acordo com as suas necessidades e especificidades, além de oferecer subsídios na contribuição para a elaboração de novos estudos, assim fomentando a busca por novos conhecimentos saberes atualizados em relação à temática.

## 1 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS E CONCEITUAIS

### 1.1 A reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil

Desde a Antiguidade, os problemas mentais ou psíquicos eram tratados com práticas mágicas, religiosas, e esses problemas eram atribuídos a forças exteriores ao homem, como bruxarias, almas perdidas, maus espíritos, deuses, magos, demônios (ROCHA, 2005).

Na Idade Média, "idade das trevas", as pessoas que apresentavam comportamentos que fugiam do esperado, eram consideradas vistas como possuídas pelo demônio, e portanto, eram submetidas a práticas de exorcismo e condenadas à fogueira (ROCHA, 2005).

A primeira classificação para alguns transtornos mentais vem de Hipócrates, na Grécia do século V a.C, que estabeleceu algumas descrições como: mania, melancolia, histeria e a psicose pós-parto.

O primeiro hospital psiquiátrico do mundo ocidental, denominado Santo Papa Benedito XIII, foi criado na cidade de Valência, na Espanha, em 1410, por solicitação de um monge e com recursos fornecidos pelos habitantes locais, sendo construído um estabelecimento reservado para os loucos. Esta foi uma iniciativa isolada e mais tarde, a psiquiatria espanhola se desenvolveu sob a influência da psiquiatria francesa de Philippe Pinel (1745-1826) (ROCHA, 2005).

Pinel foi fundamental na mudança do estatuto do louco e autor de uma obra original. Ele acreditava que restava ao louco uma parte da razão, com a ideia de que a loucura seria uma doença passível de tratamento e cura. Realizou estudos sobre "a mania intermitente", descreveu que os loucos apresentavam acessos de "mania" (descrita anteriormente por Hipócrates) e períodos de remissão (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Na Europa no século XVII, predominava a ideia de segregação dos "desviantes" da sociedade: loucos, mendigos, libertinos, doentes pobres, moribundos e religiosos infratores. Nesse período, foram criadas casas de internação com a finalidade de abrigar tais desviantes em cada cidade, e o único objetivo da criação dessas casas para loucos, era a sua exclusão, ou seja, a preocupação era com a segurança da sociedade.

As reformas políticas e sociais que ocorreram na Europa, especialmente na França, no final do século XVIII, inspiraram Pinel, que aderira aos ideais da Revolução Francesa, a ocupar-se dos loucos. Ele era médico e tinha por objetivo criar uma ciência da doença mental.

Com ele Surge, então, a psiquiatria, e o louco começa a ser visto como um doente a ser tratado com os dispositivos do tratamento moral.

Em 1838, a Lei francesa foi a primeira grande medida social que reconheceu o direito à assistência para uma categoria de doente: os doentes mentais, criando espaços para o tratamento, com o primeiro corpo de médicos funcionários civis e constituindo um novo saber.

No início do século XIX, o Rio de Janeiro passava por uma reforma urbanística objetivando tornar-se uma metrópole moderna. Sendo assim, vadios, mendigos e loucos, ou seja, pessoas consideradas perturbadoras da ordem pública e social deveriam ser excluídas. Muitos foram internados nos porões da Santa Casa de Misericórdia em condições precárias. Devido a denúncias e solicitações de médicos, o provedor da Santa Casa, à época, decidiu tomar medidas para a criação de um hospício (ROCHA, 2005).

Em 1841, o Imperador D. Pedro II determinou a construção do hospício, que foi inaugurado em 1852, sendo a primeira instituição psiquiátrica brasileira chamada Hospício Pedro II, situado na Praia Vermelha. Era um local de isolamento do doente mental, considerado um espaço organizado para regular e normatizar a vida dos doentes mentais. Estes eram vigiados; usava-se a persuasão e a força física para mantê-los calmos e obedientes, além de medidas repressivas como privação de visitas, alimentos e uso de coleite de forças.

Com a Proclamação da República, a assistência caritativa voltou-se para a ciência. Desanexado da Santa Casa, o espaço foi denominado Hospício Nacional de Alienados, tendo como novo diretor o psiquiatra Teixeira Brandão. O governo provisório da República mandou buscar enfermeiras francesas do Hospital de *La Salpêtrière* para substituir a assistência antes prestada pelas irmãs de caridade, tendo em vista a criação de uma escola para formar enfermeiras em psiquiatria. Desta forma, em 1890 foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras dentro do Hospício Nacional de Alienados. Em 1903, Juliano Moreira (1873-1933) foi nomeado diretor do Hospício Nacional de Alienados e fez o corte entre a psiquiatria brasileira, de inspiração francesa, e a psiquiatria brasileira, nos moldes alemães (ROCHA, 2005).

A psiquiatria francesa foi muito influenciada pelas ideias de Philippe Pinel e dos ideais da Revolução Francesa: igualdade, liberdade e fraternidade. Já a psiquiatria alemã foi desenvolvida sob a ótica de uma psiquiatria organicista, na qual os estudos genéticos desenvolveram-se muito na contribuição de explicações orgânicas para as patologias mentais.

Juliano Moreira preocupou-se com a humanização do hospital, e também com o desenvolvimento do conhecimento científico na área da psiquiatria. Nesse período, foram

abolidas as medidas de contenção (coletes, camisas-de-força), retiradas as grades dos ambientes e proposta a admissão voluntária dos "insanos".

Os profissionais de enfermagem não recebiam capacitação e preparo específico para o cuidado na saúde mental. Então, em 1905, foi reinaugurada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras para promover a qualificação desses profissionais. Somente a partir dos anos 70 teve início a formação de especialistas em enfermagem psiquiátrica nas escolas de enfermagem (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

No final da década de 70, o Brasil vivia sob o regime da ditadura, com um grande número de leitos psiquiátricos no setor privado. A Previdência Social destinava muitos recursos a este setor e, assim, a doença mental se transformou em fonte de lucro (BRASIL, 2001).

Naquele momento, em vários países intensificavam-se os questionamentos com relação à segregação imposta pela loucura, e os hospitais psiquiátricos eram comparados com os campos de concentração nazista. Acentuaram-se as críticas em relação à exclusão, ao confinamento por décadas, a perda da identidade e da dignidade dos doentes mentais e diversas alternativas de tratamento foram tentadas para a superação do manicômio.

No Brasil também se questionava o modelo psiquiátrico, e a reforma psiquiátrica brasileira inspira-se no contexto internacional de ruptura com a instituição manicomial e seu sistema coercitivo, violento e intolerante. O objetivo da reforma era a reconstrução dos direitos civis e da cidadania plena das pessoas que apresentavam transtornos mentais, tornando-se um processo histórico de reformulação do modelo psiquiátrico em suas práticas e saberes.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com o objetivo de abrir um espaço de luta, de debate e de encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, denunciava a política privatizante, propunha alternativas extra-hospitalares e defendia a humanização da hospitalização psiquiátrica (ROCHA, 2005).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde fez um movimento significativo em direção à concepção de saúde coletiva para desenvolver novas concepções de saúde em amplo aspecto e abordar o conceito de saúde integral com enfoque na atenção holística do ser humano. Já em 1987, a Primeira Conferência Nacional em Saúde Mental defendeu a ideia de desinstitucionalização e o Segundo Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental teve o seguinte lema: "Por uma sociedade sem manicômios".

Em 1987, surgiu como alternativa ao hospital psiquiátrico a proposta de atendimento em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), espaço de criatividade, de construção de vida, de

novos saberes e novas práticas. Nesta ocasião, foi criado em São Paulo o primeiro CAPS, que foi denominado CAPS Professor Luís Cerqueira (BRASIL, 2001).

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196, afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Este é o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS) e que está colaborando para devolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e seres humanos (BRASIL, 1988). A propósito, a Lei Orgânica nº 8080, de 1990, apresenta os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde brasileiro. E essas concepções também começam a ser discutidas no âmbito da saúde mental brasileira (ROCHA, 2005).

No ano de 1989, a prefeitura de Santos, no Estado de São Paulo, tendo como Secretário de Saúde David Capistrano da Costa Filho, desmontou o modelo manicomial com a intervenção na Clínica Anchieta, onde havia frequentes casos de violência e morte de pacientes internados.

Foi implantada, neste momento, uma rede substitutiva que incluía os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas de trabalho e diversos projetos culturais. Era previsto para o NAPS um funcionamento mais intensivo do que o do CAPS, com cobertura assistencial durante os 365 dias do ano, estrutura mais complexa e leitos de apoio para situações mais graves.

Esse dispositivo foi renomeado pela Portaria nº 336/2002, que previa diferentes níveis de complexidade para os CAPS, sendo que o NAPS atualmente corresponde ao CAPS nível III, para municípios com população acima de 200 mil habitantes, e com característica ambulatorial de ação contínua durante as 24 horas do dia, incluindo finais de semana e feriados (BRASIL, 2002c).

Também no ano de 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3675/1989, que propunha a extinção progressiva dos manicômios, a substituição destes por recursos assistenciais extra-hospitalares e a regulamentação da internação compulsória. A criação dessas associações constitui um marco, e a sociedade passou a participar das discussões sobre as novas práticas de cuidados, conforme preconizado pelo SUS (BRASIL, 2001).

Em Brasília, no ano de 1992, a segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, em seu relatório final, afirma que o processo saúde/doença mental deve levar em conta o modo

de vida, as origens, as referências das pessoas e o respeito às diferenças individuais de cada um (ROCHA, 2005).

O primeiro Congresso de Saúde Mental ocorreu em 1996 e foi organizado pelo Instituto Franco Basaglia, pelo Instituto Philippe Pinel e pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). No evento reuniram-se profissionais e usuários com muitas e variadas contribuições ao tema “atenção psicossocial” e a ideia de cuidado a um sujeito singular. A “atenção psicossocial” revelava que o cuidado não pode desvincular a dimensão psíquica comprometida com a subjetividade e a criatividade, da dimensão social, da família e do trabalho (ROCHA, 2005).

Em seis de abril de 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, sem discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião. Esta lei redireciona o modelo assistencial, define os tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória, aborda o tratamento nos serviços comunitários de saúde e enfatiza a reintegração social dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

A Portaria nº 336, de 2002, do Ministério da Saúde, definiu as modalidades de CAPS: CAPS I, CAPS II e CAPS III, considerados dispositivos assistenciais em saúde mental sob a coordenação do gestor local, função de organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no seu território, realizando prioritariamente o atendimento de clientes com transtornos mentais severos e persistentes. Segundo a definição dessa Portaria, o CAPS I destinava-se ao atendimento em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, com horário de funcionamento das 08:00 às 18:00 h, em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana; o CAPS II, atendia municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, além de dois turnos, previa um terceiro turno até às 21:00 h; e o CAPS III, municípios com população acima de 200 mil habitantes, com atenção nas 24 horas do dia, incluindo finais de semana e feriados, também realizava acolhimento noturno com, no máximo, cinco leitos para eventual repouso e\ou observação.

As atividades realizadas nos CAPS incluíam: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação); atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social); atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração na comunidade e sua inserção familiar e social, sendo que o CAPS I e II funcionava para atendimento de crianças e adolescentes até 18 anos incompletos com grave comprometimento psíquico, em uma população com cerca de 200 mil habitantes, e o CAPS ad (**ad** significa álcool e outras drogas)

para atendimento a usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70 mil habitantes (BRASIL, 2002c).

Com o advento da Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, foi instituído o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24h (CAPS ad III) com o respectivo incentivo financeiro. O Serviço faz parte da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial, sendo destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com previsão de funcionamento nas 24 horas do dia, nos sete dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, podendo se destinar a atender adultos, crianças e adolescentes, em conjunto ou separadamente (BRASIL, 2012c).

#### 1.1.1 A Evolução da Política Pública e da Legislação Brasileira para atendimento de usuários dependentes de álcool e outras drogas

A presença de bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas na cultura brasileira existe desde os primórdios. Os índios já tinham o costume de ingerir uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada cauim, que era usada em rituais e festas. Os portugueses que colonizaram o Brasil já conheciam o vinho e a cerveja. Na produção do açúcar a partir da cana de açúcar, no processo de fabricação do mosto (caldo em processo de fermentação), os produtores descobriram o melaço, que colocavam no cocho para animais e escravos, denominado “cagaça”, que mais tarde passou a ser chamada de cachaça, destilada em alambique de barro e, posteriormente, de cobre (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política nacional específica sobre o tema de redução da demanda e atendimento específico para usuários dependentes de álcool e outras drogas. A partir da realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, na qual se discutiu os princípios diretivos para redução da demanda de drogas, é que as primeiras medidas foram tomadas. O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), sendo criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) pela Medida Provisória nº 1669 e Decreto nº 2632, de 19 de junho de 1998, diretamente vinculada à Casa Militar da Presidência da República (BRASIL, 2006b).

A SENAD teve a missão de coordenar a Política Nacional Antidrogas por meio da articulação e da integração entre governo e sociedade. Como Secretaria Executiva do

Conselho Nacional Antidroga, coube-lhe mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação de políticas específicas.

No ano de 2002, por Decreto Presidencial nº 4345, de 26 de agosto, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Em 2003, Fernando Henrique Cardoso, Presidente da República, em mensagem ao Congresso Nacional, apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda de drogas no país que contemplasse três pontos principais: a) integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, para ampliar o alcance das ações; b) descentralização das ações em nível municipal, para a condução local das atividades da redução da demanda, adaptadas à realidade de cada município; c) estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (BRASIL, 2006b).

Também no ano de 2002, foi instituída a Lei nº 10.409, dispendo sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica. Esta lei afirma que o tratamento do dependente ou usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família. Foi a primeira menção na legislação brasileira sobre redução de danos, sendo o Ministério da Saúde incumbido desta regulação (BRASIL, 2002b).

Com a necessidade de definir uma política específica para álcool e outras drogas no Brasil, foi criado em 2003 o Grupo de Álcool e Outras Drogas (GAOD) pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de discutir este tema. Formado por vários técnicos de diversas áreas, o Grupo produziu um documento formalizando a posição do referido órgão governamental.

Neste ano é publicada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas com dois componentes importantes: a inclusão do consumo de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública e o atendimento das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Dentre os princípios que norteiam tal política incluem-se: a atenção integral; a base comunitária; a territorialização; a lógica de redução de danos, cujo objetivo único não é chegar somente à abstinência e sim, melhorar a qualidade de vida do usuário; e a intersetorialidade, incluindo o usuário em outros espaços de assistência através de parcerias na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2003).

Em 2004, com a realização do Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis Fóruns Regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas foram realizados, e coube à SENAD a responsabilidade pela articulação e coordenação deste projeto nacional, com o objetivo de realinhar e atualizar a política vigente. Embasados em dados epidemiológicos,



atualizados cientificamente, a política realinhada passou a chamar-se Política Nacional Sobre Drogas (PNAD) e foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro do mesmo ano por meio da Resolução nº 3/GSIPR/CONAD. A PNAD estabelece fundamentos, objetivos, diretrizes, e estratégias indispensáveis para que os esforços voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas possam ser conduzidos de forma planejada e articulada (ANDRADE; FRIEDMAN, 2006).

Em julho de 2005, o Conselho Nacional Antidrogas, ciente dos problemas inerentes ao consumo abusivo de álcool e objetivando aumentar o espaço de participação social de discussão, instalou a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre Álcool (CEPPA), composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil (BRASIL, 2010b).

A Lei nº 11343/2006 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescreveu medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas (BRASIL, 2006a).

Em se tratando do uso de álcool como problema de saúde pública, o Decreto nº 6117, de maio de 2007, estabeleceu a Política Nacional sobre o Álcool com o objetivo geral de definir princípios que orientam a elaboração de estratégias para enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, com intersectorialidade, integralidade das ações para a redução dos danos sociais, além da articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade (BRASIL, 2007).

Neste Decreto estão inclusas as nove categorias de medidas para atenção a usuários dependentes de álcool: Diagnóstico sobre o consumo de bebida alcoólica no Brasil; Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool; Campanhas de informação, sensibilização, mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas; Diminuição da demanda de álcool por populações vulneráveis; Segurança pública; Associação álcool e trânsito; Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informação sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública; Parcerias com municípios para recomendação de ações municipais; e Fiscalização de propagandas de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007).

Em junho de 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Emergência para Álcool e Outras Drogas (PEAD) com os seguintes objetivos: ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; construir respostas intersectoriais efetivas,

sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários (BRASIL, 2009).

O PEAD já obteve alguns resultados, tais como: ampliação do número de CAPS ad; financiamento de projetos de redução de danos em municípios brasileiros; implantação de projetos de Consultórios de Rua, direcionado para pessoas em situação de rua com o objetivo de atendê-las no próprio contexto de rua; enfrentar o estigma e ampliar as possibilidades de cuidado por meio de estratégias de redução de danos; e apoio a experiências de formação de redutores de danos em articulação com os serviços de tratamento, com apoio de instituições universitárias (BRASIL, 2009).

Em 2010, o Ministério da Saúde, em parceria com outros órgãos governamentais, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários, e ao enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas. Este Plano prevê investimentos de R\$ 4 bilhões até 2014, sendo R\$ 2 bilhões destinados à expansão da rede de atendimento em saúde. Até 2014, estão previstos: a abertura de 308 Consultórios nas Ruas, 574 Unidades de Acolhimento (adulto e infantil), 175 novos CAPS Álcool e Drogas 24 horas, além dos investimentos nas Comunidades Terapêuticas, que devem receber mais de R\$ 300 milhões nos próximos três anos (BRASIL, 2010a).

O Ministério da Saúde, para ampliar a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, vem reformulando os serviços existentes e criando novos dispositivos assistenciais e recursos financeiros de projetos para essa atenção específica. Recentemente, foi editada a Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, instituindo a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2012b).

Nas políticas públicas atuais estão incluídas diversas ações de tratamento para usuários de álcool e outras drogas. Estas ações também refletem o fato do preparo do país para receber os eventos esportivos internacionais que acontecerão em território brasileiro, como a Copa do Mundo de 2014 e as Olimpíadas de 2016. Algumas campanhas e práticas higienistas vem ocorrendo principalmente na cidade do Rio de Janeiro, que será o principal palco destes eventos. Assim, foram iniciadas as práticas de internação compulsória para usuários de crack. O atual Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, posicionou-se a favor desse tipo de medida, desde que feita com critérios e respeito (GAZETA DO POVO, 2012).

Resgata-se aqui a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que prevê em seu Artigo 6º três tipos de internação psiquiátrica: a voluntária, a involuntária e a compulsória. A internação

voluntária é “aquela que se dá com o consentimento do usuário”, ou seja, é aquela em que a pessoa opta por esse regime de tratamento, dando-se por solicitação escrita do paciente. A internação involuntária se dá “sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro”, ou seja, via solicitação de familiar ou responsável legal. Tanto a internação voluntária quanto a involuntária serão somente autorizadas por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde o estabelecimento estiver localizado. E a internação compulsória é “aquela determinada pela Justiça”, por Juiz competente que deve observar se o estabelecimento possui as condições necessárias de segurança pelo bem estar do paciente, dos funcionários e demais internados (BRASIL, 2001).

Porém, a acalorada discussão que deve envolver a internação compulsória, embute o risco de desviar a atenção do importante aspecto de uma política de combate ao crack e outras drogas: a necessidade de haver uma rede de assistência que não seja um mero depósito de gente retirada das ruas. Cabe, então, refletir se a internação compulsória tem o objetivo de libertar o usuário para assegurar-lhe o resgate da dignidade humana, e não para segregá-lo.

A atenção específica a usuários de álcool e outras drogas é fato recente e em constante evolução, sendo ainda necessário modificar preconceitos da sociedade, de forma a contribuir para a aceitação da dependência de substâncias lícitas e ilícitas como doença que necessita de acompanhamento e cuidado.

### 1.1.2 Rede de Atenção a usuários de álcool e outras drogas

Na estrutura do Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde Mental é responsável pela política para usuários de álcool e outras drogas, incluindo iniciativas para promoção, prevenção e tratamento.

Até 2002 havia uma lacuna na saúde pública brasileira em relação às ações para tratamento e prevenção no campo de álcool e outras drogas. Existiam poucos ambulatórios e serviços especializados para o tratamento de dependentes dessas substâncias, com trabalho pouco articulado e assistemático (BRASIL, 2002c). A partir de então, o Ministério da Saúde publicou Portarias que deram início a um modelo de tratamento para pessoas que sofrem de transtorno mental e de dependência de álcool e outras drogas. Foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o território nacional com características de unidades de

saúde, localizados nas comunidades, com serviços abertos e territorializados, com garantia de financiamento específico para a área de saúde mental, que até então não havia.

O Ministério da Saúde considera o consumo de álcool e outras drogas uma questão de saúde pública, e não de segurança pública ou de polícia. O objetivo central da política de álcool e outras drogas do SUS é ampliar o acesso ao tratamento, mudando o antigo modelo assistencial (centrado no hospital psiquiátrico), reduzindo a exclusão, a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias (BRASIL, 2011a). Nesse sentido, o Órgão governamental está privilegiando iniciativas de capacitação de profissionais para ampliar e consolidar a integração mais sistemática de ações de álcool e outras drogas em outros ramos da assistência à saúde, como na atenção básica, sempre objetivando o acesso universal, igualitário e integral a todas as pessoas sem qualquer distinção (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Na atenção básica, os profissionais de saúde têm como característica de trabalho, o acesso direto à população. As visitas das equipes facilitam o vínculo e a aproximação destes, possibilitando a construção de uma relação de confiança.

Em 2008, com a Portaria GM 154/2008, o Ministério da Saúde apresentou uma nova estratégia para potencializar o trabalho na atenção primária: a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é formado por equipes com profissionais especialistas (psicólogos, nutricionistas, psiquiatras, homeopatas, fisioterapeutas), com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica através do atendimento em conjunto, apoio matricial para resolutividade e/ou encaminhamentos adequados, supervisão dos casos, entre outras estratégias. A enfermeira já compõe a equipe de atenção básica, portanto, não integra a equipe do NASF. Também ocorre a ênfase na necessidade de que pelo menos um profissional de saúde mental integre a equipe do NASF, devido à magnitude epidemiológica dos transtornos mentais na população (BRASIL, 2008b).

Na atenção a usuários de álcool e outras drogas, o elo entre as equipes da atenção básica e da saúde mental é primordial para a captação, acolhimento e aderência destes usuários para o tratamento específico de sua condição de saúde. É preciso que o olhar do profissional deixe de ser fragmentado, e passe a ser integral, holístico e humanizado.

No Brasil, nas últimas décadas, uma grande reforma da assistência à saúde mental foi colocada em marcha, com a participação de profissionais de saúde e de gestores públicos dos setores federais, estaduais e municipais, pacientes e membros da comunidade. Até então, as pessoas com transtornos mentais eram atendidas em serviços públicos apenas quando internadas em hospitais psiquiátricos. Da mesma forma, pessoas que tinham problemas com álcool e/ou outras drogas só tinham como opção a internação psiquiátrica.

O tempo e a experiência demonstraram que a internação em hospitais psiquiátricos não é adequada para usuários de álcool e/ou outras drogas porque estes necessitam de projetos terapêuticos específicos; o tratamento no hospital não prepara os pacientes para lidarem com as situações difíceis do dia a dia; o modelo hospitalocêntrico é muito mais caro e não coloca em ação os recursos dos serviços extra-hospitalares; e os problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas não têm origem somente na biologia da pessoa, mas também em sua história de vida, em sua estrutura psicológica e nos seus contextos econômico, social e cultural (DELGADO, 2005).

A partir das diretrizes do movimento da Reforma Psiquiátrica, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados serviços estratégicos de saúde mental por se organizarem em equipes interdisciplinares e complementares, e procurarem atender às diferentes necessidades das pessoas em seu processo de tratamento e reabilitação.

No atendimento dos usuários de álcool e outras drogas, temos a criação dos CAPS ad, que são serviços incluídos na atenção à saúde mental e funcionam como ordenadores da rede. Possuem papel central, mas devem ser articulados com outros serviços de saúde e de assistência social, com o objetivo de atender as demandas de saúde e incluir socialmente as pessoas (BRASIL, 2001). Dentre suas atividades, estão inclusos: o atendimento individual; o atendimento em grupo; oficinas terapêuticas; terapia medicamentosa; atendimento à família; informações sobre prevenção e redução de danos e outras atividades. O projeto terapêutico de cada usuário do serviço é individual e de construção conjunta entre usuário e equipe do CAPS, através da escuta ativa, da problematização, da valorização do sujeito a fim de traçar metas e objetivos para melhorar a qualidade de vida deste indivíduo.

O horário de funcionamento do CAPS, como foi dito, é das 08:00h às 18:00h, em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana, podendo haver um terceiro turno até às 21:00 h. O CAPS ad deve dispor de dois a quatro leitos de desintoxicação e repouso (BRASIL, 2002c). Deve-se ressaltar que a rede de CAPS ad quintuplicou entre 2002 e 2009, chegando a um total de 223 serviços (BRASIL, 2010b).

As situações de cuidado em saúde, relacionadas aos problemas do uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, são acolhidas de maneira integral neste novo dispositivo de saúde. Apresentam-se dentro de um contexto socioeconômico e cultural que visa à inserção social, abolição da estigmatização em uma abordagem holística e humanizada, com total respeito ao ser humano.

Ainda, dentro dos dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas, existem os serviços hospitalares de referência para este cuidado, sendo unidades de retaguarda para os

casos de urgência e/ou emergência no atendimento clínico, psiquiátrico para a síndrome da abstinência alcoólica, overdose e desintoxicação, garantindo ao usuário de álcool e outras drogas uma atenção sem distinção e/ou qualquer forma de preconceito em relação à sua condição de saúde.

Em nove de setembro de 2005, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 1.612, estabelecendo critérios para habilitação de serviços hospitalares de referência para álcool e outras drogas, com critérios de habilitação dos hospitais gerais para a criação de leitos clínicos com a finalidade de atenção em saúde mental (BRASIL, 2005).

Esta Portaria estabeleceu a remuneração de procedimentos neste tipo de atenção, com o incentivo de uma remuneração maior para estas internações hospitalares com menor tempo de duração, com o objetivo de evitar internações psiquiátricas de longa permanência em clínicas e/ou hospitais psiquiátricos. Também aborda o incentivo para o funcionamento dos CAPS ad nas 24 horas do dia (BRASIL, 2011b).

Em todo este percurso, o Ministério da Saúde tem buscado organizar a rede de saúde mental de forma a atender mais e melhor as pessoas que fazem uso de forma abusiva de substâncias psicoativas, com o grande objetivo de ampliar o cuidado e a atenção a usuários de álcool e outras drogas. No campo da prevenção, foram criadas as estratégias de Redução de Danos (RD), que envolvem a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelas drogas, mesmo quando o indivíduo não pretende ou não consegue interromper o uso dessas substâncias. As ações de RD são práticas, pois consideram que o ideal de não usar drogas pode ou não ser alcançado pelo indivíduo, e caso este continue a utilizar a substância, que seja com o menor risco e dano à saúde possível (CRUZ, 2006).

Os princípios básicos da RD constituem-se em alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas; reconhecimento da abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos; abordagem "de baixo para cima", baseada na defesa do dependente, ao invés de uma política "de cima para baixo", promovida pelos formuladores de políticas de drogas; promoção do acesso a serviços de baixa exigência, como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.

No caso do uso injetável de drogas, por exemplo, se um indivíduo ainda não consegue deixar o uso da droga, as ações incidem no sentido de que ele o faça de forma não injetável. Se o indivíduo não consegue isto, que o faça sem compartilhar seringas. A troca de seringas é apenas uma das ações a serem empregadas, considerando que também outras ações de promoção à saúde devem ser realizadas.

A política de dizer “não às drogas” baseia-se em atemorizar a população-alvo, ressaltando apenas os graves danos produzidos pelo uso de drogas. Essas estratégias de prevenção não levam em consideração as contradições destes discursos, pois as drogas também produzem prazer ao usuário, e existem pessoas que usam drogas sem desenvolver os quadros mais graves divulgados pelas campanhas alarmistas (DELGADO, 2005).

Na década de 80, na Europa, com o surgimento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), grupos organizados de usuários de drogas exigiram dos governos ações que diminuíssem o risco de contágio. Naquele período, iniciou-se o programa de troca de seringas, que chegou ao Brasil no início da década de 90, e após forte oposição foi encampado pelo Ministério da Saúde.

O número de programas de RD chegou a mais de cem no Brasil, quase todos financiados pelo Ministério da Saúde, sendo a atividade mais conhecida a troca de seringas usadas por outras, novas e estéreis. No entanto, no contato com usuários de drogas, os programas de RD desenvolveram e desenvolvem várias outras atividades, a exemplo de localização e abordagem da rede de usuários de drogas injetáveis; substituição de seringas usadas por novas; informações e orientações de saúde; disponibilização de serviços de saúde; testagem anônima para HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DST); exames para os demais problemas de saúde; encaminhamento para avaliação e tratamento médico de problemas relacionados ou não ao HIV, DST ou uso de álcool e outras drogas; e encaminhamento para tratamento da dependência e para outros recursos sociais da rede de assistência (serviços sociais, reinserção social, jurídicos, educação, etc) (BRASIL, 2003).

A nova forma de atenção a usuários de álcool e outras drogas, inclui ações de RD com o grande objetivo de atender sem discriminar, estigmatizar e marginalizar estes usuários, percebendo o cuidado de forma holística, humanitária e integral.

O CAPS ad trabalha dentro com observância da lógica de redução de danos, e tem como objetivo reunir as redes de saúde, social, cultural e a comunidade. A base de sua assistência está na atenção comunitária e na reintegração social dos usuários. Nesses serviços, a abstinência não é mais tratada como a única meta possível, evitando a exclusão de muitos usuários e tornando possível a ampliação do contato com a sociedade. Este serviço de atenção pretende ainda, reduzir os riscos e danos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas e resgatar o papel autorregulador e a responsabilidade de seus usuários em suas relações com as drogas. Também objetiva assumir, como sua responsabilidade central, a mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania (BRASIL, 2002c).

Segundo a política do Ministério da Saúde, um CAPS ad tem como atribuição oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade e buscando prestar atendimento diário aos usuários dos serviços de saúde mental, dentro da lógica de RD (BRASIL, 2004).

Para os dependentes de bebidas alcoólicas, as ações de RD oferecem uma oportunidade aos indivíduos a oportunidade de refletir acerca do seu uso e/ou abuso de álcool, de sua condição de saúde, da possibilidade em diminuir o consumo de álcool diário, da troca por bebidas alcoólicas com menor teor de álcool por dose, da importância em realizar refeições, beber muita água, ou seja, práticas para melhorar a saúde e a qualidade de vida em contexto integral.

As ações de RD, ao invés de exigências, oferecem aproximação e contato dos serviços de saúde com os usuários de álcool e outras drogas, aumentando as chances do encontro comum de caminhos mais satisfatórios para estes usuários. As estratégias de RD também consideram as diferenças individuais, respeitando as particularidades de cada um.

Em se tratando ainda dos dispositivos de atenção a usuários de álcool e outras drogas, em 2012, com a Portaria nº 131, de 26 de janeiro, foram incluídas as Comunidades Terapêuticas como componentes de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012d).

Também em 2012, a Portaria nº 130, de 26 de janeiro, redefiniu o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS ad III) e os respectivos incentivos financeiros (BRASIL, 2012c).

Atualmente, a atenção especializada em saúde mental é oferecida no SUS por meio de uma rede de equipamentos que atende de maneira diferenciada, pacientes que precisam deste tipo de cuidado. A rede conta hoje com 1.771 CAPS, que estão implementados em todos os estados. Essa quantidade de CAPS é quase quatro vezes maior do que em 2002, quando o país contava com 424 Centros. As equipes que atuam nos Centros são formadas por médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde. Além dos CAPS, a rede de atenção integrada em saúde mental também conta com os atendimentos oferecidos por meio das Equipes de Saúde da Família (mais de 32 mil equipes em todo o país), das 44 Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, 92 Consultórios nas Ruas e das Comunidades Terapêuticas. Na rede hospitalar, ainda estão disponíveis mais de 32 mil leitos. Todos recebem recursos financeiros do governo federal (BRASIL, 2013).



### 1.1.3 A atuação da Equipe Interdisciplinar no CAPS ad

A equipe do CAPS ad para atendimento em municípios com população superior a 70 mil habitantes, é composta por um médico psiquiatra; uma enfermeira com especialização em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, e também seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2012e).

O projeto terapêutico de cada usuário do serviço é individual e de construção conjunta entre ele e a equipe do CAPS, através da escuta ativa, da problematização e da valorização do sujeito, a fim de traçar metas e objetivos para melhorar a qualidade de vida deste indivíduo.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde idealizou que a equipe do CAPS ad trabalhe com a perspectiva de redução de danos, como abordado anteriormente na pesquisa, tanto em nível social quanto pessoal, atuando na saúde do indivíduo que bebe de forma abusiva.

Dentre as funções da equipe interdisciplinar, estão inseridos: o atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; o gerenciar dos casos, oferecendo cuidados personalizados; a oferta de atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; oferecer cuidados aos familiares; promover, mediante diversas ações a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas; trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo, e trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (BRASIL, 2004).

Todas as atribuições da equipe interdisciplinar no CAPS ad atendem ao processo da reforma psiquiátrica, que tem o usuário do serviço como protagonista elemento principal do cuidado. Este é valorizado e incentivado a ter uma postura ativa, decisiva e, em conjunto com a equipe, elaborar e direcionar o seu projeto terapêutico.

As equipes do CAPS ad têm como características a transversalidade do cuidado, a valorização dos diversos saberes, como também o saber do usuário. O atendimento se configura de forma tão transversal que a identidade profissional é relevante, porém, os saberes são articulados e integralizados para a atenção holística do sujeito.

#### 1.1.3.1 O papel da Enfermeira e da enfermagem na Saúde Mental e no CAPS ad

A enfermagem está presente na atenção aos pacientes com doença mental desde os primórdios da psiquiatria. Seu papel era o de compor a equipe de saúde com o profissional médico que, no modelo hospitalocêntrico, exercia um papel central, decisório, ditador de regras, cuja competência era diagnosticar, definir a patologia e traçar condutas terapêuticas.

À enfermagem, nesse modelo de atenção, cabia administrar os medicamentos, ter certeza de que os pacientes os ingeriam, bem como prover os cuidados de manutenção da vida (alimentação, higiene, repouso), realizar contenção mecânica quando necessária, e fazer registros a partir das observações. Esta vertente da atenção exigia menos da equipe de enfermagem, pois havia a repetição das atividades não havia abria espaço para a criação de novas condutas e abordagens, uma vez que valorizava a normatização do comportamento, e não a singularidade de cada paciente (ROCHA, 2005).

Freud criou uma psicoterapia dinâmica ao afirmar que além da descrição dos sintomas, importava compreender a pessoa, sua história de vida, sua singularidade, tendo em vista que cada indivíduo desenvolve de maneira única sua personalidade, seu modo de viver e enfrentar as dificuldades. Com Freud, foram valorizadas as razões inconscientes da sintomatologia (ANDRADE, 2006). Essa nova abordagem da psicoterapia dinâmica desenvolvida por Freud possibilitou à enfermagem ampliar sua atuação na atenção aos doentes mentais, integrando a equipe interdisciplinar de forma ativa na contribuição da assistência em saúde mental.

Na década de 50 e dentro do novo contexto de atenção, a enfermeira e mestre em Enfermagem Hildegard Peplau construiu uma teoria e publicou um livro sobre relações interpessoais em enfermagem, não tratando das patologias, mas da enfermagem psicodinâmica, ou seja, da relação enfermeira-paciente (ROCHA, 2005).

O papel da enfermagem mudou significativamente e acompanhou o processo da Reforma Psiquiátrica neste novo paradigma da atenção aos doentes mentais. A enfermagem aproximou-se do paciente nas várias atividades desenvolvidas, neste novo modelo de atuação,

e possui passando a ter destaque profissional na construção do relacionamento terapêutico e na criação do vínculo com o usuário de saúde mental.

É importante lembrar que no Brasil, a partir da criação da Lei nº 775/49, os currículos de Graduação em Enfermagem passaram a prever a formação de profissionais voltados para atuar na área de Psiquiatria, com o objetivo de uma capacitação mais ampliada dos profissionais para a realização do cuidado na saúde mental (ACAUAN et al., 2008). Nesse sentido, a relação enfermeira-paciente utiliza baseia-se no relacionamento terapêutico com o cliente, na escuta ativa, na problematização da atenção, no respeito à individualidade singular do sujeito e na troca de saberes para a construção da assistência prestada.

Em se tratando do trabalho da enfermeira no CAPS ad, a abordagem é mais específica em relação aos usuários de álcool e outras drogas, porém, o ser humano continua sendo visto e cuidado de forma holística, sem qualquer discriminação. A equipe de enfermagem do CAPS ad é composta por uma enfermeira com especialização em saúde mental e um técnico de enfermagem, de acordo com as normas da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a descrição dos CAPSs, atuação, funções, normas de funcionamento, público de atenção e composição das equipes de saúde mental (BRASIL, 2002c).

A enfermeira no CAPS ad é responsável pelo profissional de nível médio, técnico de enfermagem, na composição do cuidado, além da sistematização da assistência de enfermagem, previsão e provisão de materiais, medicamentos e insumos que compõem a assistência; supervisão dos cuidados e procedimentos prestados de baixa e média complexidade, que podem ser executados no CAPS ad (administração de medicamentos prescritos pelo profissional médico, aferição de sinais vitais, primeiros socorros, cuidado ao cliente no leito de observação, manejo da crise, assistência nas síndromes de abstinência de substâncias e outros cuidados); promoção da saúde e prevenção de doenças; educação em saúde; acolhimento ao usuário que chega pela primeira vez ao serviço; realização de visitas domiciliares; visitas institucionais; participação nas assembleias semanais dos usuários; reuniões da equipe interdisciplinar para a discussão dos casos terapêuticos; ser profissional de referência aos usuários em tratamento; realização de grupos de família; acompanhar o funcionamento das oficinas terapêuticas; ter uma escuta ativa com o usuário na composição do relacionamento terapêutico.

As funções da enfermeira no CAPS ad são amplas, diversas e significativas para proporcionar uma atenção eficaz no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.

#### 1.1.4 Itinerários Terapêuticos

Abordamos no estudo os locais de atenção e cuidado aos usuários dependentes de álcool e outras drogas, mas é relevante abordar o ingresso dos indivíduos em um itinerário terapêutico do indivíduo na busca pelo tratamento e cura para a dependência, sendo que o enfoque presente é a dependência alcoólica de mulheres.

Os indivíduos estabelecem relações singulares com a sua experiência de enfermidade, da mesma maneira que cada um, a seu modo, vivencia seus sofrimentos, suas alegrias, suas frustrações, suas vitórias e suas inseguranças diante das complexidades da vida. Os indivíduos desenvolvem maneiras peculiares de estar no mundo, de estar implicados com as suas escolhas e com a resolução de resolver seus problemas de saúde (ALVES, 2006).

Diante da enfermidade, os indivíduos tendem a iniciar uma trajetória em busca de soluções para o seu problema, assim construindo seu itinerário terapêutico, conceito que pode ser definido como “conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um projeto preconcebido: o tratamento das aflições” (ALVES, 2006).

Os sujeitos recorrem simultaneamente a diversos locais de tratamento e cuidado, chegando ao serviço de saúde sem a formulação clara do problema, e tampouco com o conhecimento sobre a proposta do serviço. Tal percurso não se configura resultado de escolhas racionais prévias, mas de experiências construídas no processo. Processo de busca de ajuda e enfrentamento do seu problema de saúde.

Os processos de interpretação e escolha de tratamento são ações humanas singulares, realizadas a partir das experiências dos sujeitos e do contexto sociocultural a que pertencem. Portanto, os itinerários terapêuticos constituem-se por ações que se sucedem e se sobrepõem. É somente durante sua realização, após o ato da escolha, que o indivíduo passa a interpretar sua situação e a olhar para a experiência vivida a partir de seu conhecimento atual, com o objetivo de dar sentido às ações realizadas (ALVES, 2006).

Na busca de estratégias para se lidar com um problema, ou uma experiência de enfermidade, ocorre tanto mudanças em relação à percepção da doença, como na definição de estratégias para seu enfrentamento. As relações entre os sujeitos também se modificam, vínculos se mobilizam e se desmobilizam, relações se criam e se rompem, aproximam-se e afastam-se (SOUZA, 1999).

O que também ocorre é uma trajetória de um caminho até chegar ao lugar onde esse indivíduo formará um vínculo necessário para a adesão ao tratamento da dependência

alcoólica. Através da construção desses itinerários terapêuticos, dos sujeitos poderemos compreender suas experiências destes e os elementos que exercem influência na busca do cuidado para as aflições (ALVES, 2006).

## 1.2 Alcoolismo feminino

### 1.2.1 A evolução do papel da mulher contemporânea na sociedade e as questões de gênero

No decorrer do processo de evolução das sociedades, é possível observar as crescentes mudanças nos papéis sociais de homens e mulheres. A relação entre mulheres e homens era diferente do que se observa na sociedade moderna e contemporânea. As sociedades mais antigas associavam à mulher a capacidade de “produzir” nova vida e de nutri-la com seu leite, com a figura associada à terra e considerada mais próxima dos deuses, porque dela dependia a reprodução da espécie (MURARO; BOFF, 2002).

A mulher era responsável pelo cultivo e extração de alimentos do solo, pela caça de pequenos animais e pelo cuidado com sua cria. Foi ela quem primeiro lançou mão de instrumentos orgânicos (galhos, ossos, etc), fabricou redes de pesca e outros utensílios. Tais habilidades eram passadas de mãe para filhos, criando formas de comportamentos, estreitando contatos sociais e tornando-os mais duradouros.

Com o passar do tempo, a partir da escassez dos recursos naturais, houve a necessidade do uso da força física para a provisão do sustento das comunidades. Desde então, o homem foi tomando para si a responsabilidade pelas tarefas que demandavam maior esforço, força física, e a transferência de poder da fêmea para o macho caracterizou-se por uma ruptura da unidade até então existente (SOUZA, 2006).

Nas sociedades onde a caça e a pesca foram se tornando predominantes, foi se acentuou a supremacia masculina, a competitividade entre os povos e o desenvolvimento de guerras por territórios e poder (AUAD, 2003).

A instalação do patriarcado definiu-se a partir do momento em que o homem tomou conhecimento de seu papel ativo na procriação, capacidade até então pertencente apenas às mulheres, que gestavam sob a influência divina. Por volta do ano 7000 aC – período da Pedra Polida, o homem consegue perceber que possui função ativa na reprodução. Com isso, o

poder procriador da mulher, associado à natureza e à fertilidade da terra, foi relegado ao plano da mera capacidade reprodutora (AUAD, 2003). Apenas no século XIX o papel da mulher na gestação foi retomado, a partir da descoberta do fenômeno da ovulação.

Uma nova estrutura de pensamentos e sentimentos, em que o humano cedeu lugar à cultura de domínio do masculino regida pelo desejo de moldar e organizar o que foi criado pela natureza primordial, definia o patriarcado. Muraro e Boff (2002, p. 174) destacam que “os princípios feminino e masculino, que governavam juntos o mundo até então, se dividem: a mulher fica reclusa no domínio da casa – do privado – e o homem assume o domínio público”. Nesta forma de organização social, o homem domina através do poder e da violência, e a mulher é dominada. O homem passa a ser o senhor, e as relações de escravidão e submissão se estabelecem.

Através dos tempos, a trajetória da mulher foi caracterizada pela total falta de identidade própria. Na Antiguidade, ela só existia para a sociedade na condição de esposa. A partir do casamento, era incluída na lista de patrimônio do marido, passava a vida sob a responsabilidade de um homem, inicialmente o pai, depois o irmão ou o marido, e sequer tinha direito de escolher com quem se casaria.

Na Idade Média, a mulher ainda não era detentora de direitos e continuava na submissão do marido. Nos séculos XVII e XVIII, com o movimento Iluminista que preconizava a autonomia, a individualidade e a universalidade, iniciou-se a melhoria da condição do Ser humano, através da aquisição da cultura e do conhecimento. Porém, ainda consideravam a mulher um “ser” inferior e, portanto, impossibilitada de conhecer, avaliar, estabelecer relações entre coisas e fatos, e também sem capacidade de julgamento (YALOM, 2002).

A segunda metade do século XVIII foi marcada por mudanças na identidade feminina. As mulheres das classes mais favorecidas puderam alcançar a autonomia intelectual e um pequeno grupo de mulheres soube provar que, com tempo e dinheiro, elas podiam ser iguais aos homens (BADINTER, 1985). A despeito do conhecimento adquirido, essas mulheres não podiam atuar na vida pública. Aliás, mesmo considerando o processo de mudanças da época, a partir do Iluminismo e de outros movimentos, como no caso da Revolução Francesa, as mulheres não tiveram seus direitos à “igualdade, liberdade e fraternidade” (BADINTER, 1985).

O século XIX, período da Revolução Industrial, caracterizou-se pelo desenvolvimento tecnológico e o surgimento de maquinário, representativo da consolidação do sistema capitalista de produção. A mão de obra feminina era expressiva, mas marcada por jornadas

extensas e mal remuneradas. Esta situação suscitou a ideia de que as mulheres se organizassem para defender seus direitos de trabalhadoras (YALOM, 2002).

Antes e durante a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais, o trabalho feminino foi muito valorizado. As mulheres conseguiram conquistar algum espaço na esfera pública: adquiriram o direito ao voto, ao ingresso nas escolas, entre outros benefícios. Contudo, com o final das Guerras e o retorno dos homens ao mercado de trabalho e à sociedade, as conquistas femininas foram mais uma vez reprimidas, e houve uma forte pressão para que voltassem a ocupar apenas o espaço doméstico (YALOM, 2002).

A interpretação do comportamento de homens e mulheres é feita então, segundo as “relações de gênero” existentes e determinadas pela cultura vigente. Sabemos, por exemplo, que, de uma maneira geral, espera-se que a mulher seja mais delicada, dócil, frágil e, preferencialmente, submissa. Nery e Tyrrell (2002), em seus estudos, ressaltam que o termo “gênero” realmente tem sido usado ao longo dos tempos para definir as relações sociais entre sexos; contudo, enfatiza a inadequação das teorias que justificavam as desigualdades sociais existentes entre homens e mulheres, a partir desta perspectiva de relação de gênero. Pode-se, então, denominar, definir ou interpretar os fatos a partir da ótica da diferenciação masculino/feminino.

O feminismo, a partir do século XX, consegue se consolidar como movimento político, voltado à luta das mulheres por seu espaço na sociedade, uma luta árdua frente a uma sociedade de cultura machista que cultua a desigualdade entre os sexos (AUAD, 2003).

No Brasil, à semelhança de outros países da Europa, o início do movimento feminista data de 1910 a partir do pleito pelo direito ao voto, promulgado em 1934 por Getúlio Vargas (AUAD, 2003).

O Quadro 1, segundo Auad (2003), a seguir, permite uma visão panorâmica da trajetória do movimento feminista no Brasil.

Quadro 1 – Trajetória do Movimento Feminista no Brasil

Décadas de 10 e 20	Participação das mulheres em movimentos socialistas, anarquistas e artísticos, como o modernismo.
Década de 30	Conquista do voto feminino (1934).
Década de 40	Com o fim da Segunda Guerra Mundial, há abertura política e as mulheres participam de sindicatos e partidos políticos.
Década de 60	Com o golpe militar, fecham-se os canais de participação para as mulheres e para todos os movimentos sociais (1964).
Década de 70	Movimento de mulheres atuantes nas periferias das grandes cidades, formação dos clubes de mães e dos movimentos comunitários por creche, saneamento e transporte. A partir de 1975, o feminismo ganha novo impulso, com a instauração do Ano Internacional da Mulher e com a I Conferência sobre a Mulher, no México.
Década de 80	Denúncias de violência contra a mulher. Aumento da participação das mulheres no sindicalismo, inclusive rural. Instalação dos Conselhos Estaduais e Nacional da Condição Feminina e das Delegacias da Mulher. Surgimento dos Grupos de Estudo de Gênero nas universidades e organizações não governamentais. Implantação do Plano de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pelo Ministério da Saúde.
Década de 90	Reconhecimento da pluralidade e diversidade das mulheres e grupos. Surgimento das casas de apoio e albergues para mulheres em situação de risco e vítimas de violência; surgimento de redes feministas que articulam diferentes grupos e entidades em prol da saúde das mulheres, do parto humanizado, do fim da violência, da educação popular feminista. O movimento de mulheres ganha espaço nas conferências da ONU.

Fonte: CARREIRA; AJAMIL; MOREIRA, 2001 apud AUAD, 2003.

O movimento feminista no Brasil demonstra, sem dúvida, que houve muitos ganhos em termos de espaço político e inserção na sociedade; contudo, verifica-se que ainda hoje, muitas das propostas acima mencionadas não estão totalmente implementadas e a mulher ainda sofre discriminação em vários níveis, todos marcados pela influência das questões de gênero.

A década de 80 apresenta-se como um período de luta pela conquista de melhores condições e espaço da mulher na sociedade, marcada por denúncias de violência contra a mulher, aumento da participação das mulheres nos movimentos sindicais. Surgem as Delegacias da Mulher, a instalação dos Conselhos Estadual e Nacional da Condição Feminina e os Grupos de Estudo das Questões de Gênero, tanto nas Universidades, quanto em Organizações Não Governamentais (ONG) (AUAD, 2003).



Com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984 há uma mudança nas diretrizes e ações programáticas até então existentes. Apesar de se caracterizar como política governamental privatista e concentradora considera a população feminina segundo um novo perfil epidemiológico, e no seu discurso passa a ver a mulher nas diferentes etapas do seu ciclo vital.

O PAISM, em sua proposta, acompanha o processo de reorganização da assistência, incorporando princípios e diretrizes de centralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Ao mesmo tempo, é importante salientar que o processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implantação do PAISM, que valoriza os conceitos de equidade e integralidade na sua política de assistência (AUAD, 2003).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, instituída a partir de 1984, teve como propostas incorporar, na forma de assistir, a garantia de um atendimento que valorizasse e respeitasse os direitos humanos das mulheres, considerando as questões próprias de gênero, sexualidade, violência, entre outros, e contribuir para a redução dos índices de morbimortalidade oriundos de causas preveníveis (NERY; TYRREL, 2002).

A política atual tem como enfoque a transversalidade dos programas de saúde, com ênfase na Política de Atenção Básica de Saúde, que estabelece parcerias com gestores de saúde, Movimento de Mulheres, de Negros, Agências de Cooperação Internacional, Organizações não Governamentais, sociedades científicas e pesquisadores, entre outros. Essa Política de Saúde, destinada à população feminina, que visa em sua concepção teórica atender à mulher considerando todos os aspectos de sua vida, incluindo as diferentes fases do seu ciclo vital, enquanto proposta é, sem dúvida, eficiente. No entanto, observa-se que, apesar dos esforços envidados, ainda hoje a prática evidencia que essas ações são aplicadas de forma ineficiente (NERY; TYRRELL, 2002).

Observa-se ainda, que na atualidade a mulher está adoecendo e morrendo em decorrência de problemas de saúde que até então não faziam parte do universo feminino, de forma tão expressiva, dentre os quais podemos destacar aqueles oriundos do uso/abuso de bebidas alcoólicas entre as mulheres.

Na sociedade contemporânea como referido, a mulher já conquistou e vem conquistando diversos espaços importantes nos campos econômico, político, social e cultural, e estão em uma relação de igualdade com os homens, apesar de todas as dificuldades encontradas. E no ano de 2010 foi eleita a Sra. Dilma Rousseff como Primeira Presidente do Brasil.

### 1.2.2 Implicações biológicas, culturais e sociais do alcoolismo feminino

Nos últimos anos, o meio científico tem debatido com mais intensidade se a dependência de álcool e outras drogas decorre de um transtorno mental, e cada vez mais as pesquisas no campo da saúde mostram que os fatores neurobiológicos são muito importantes, tanto para o início como para a manutenção dos sintomas da dependência. Acredita-se que a dependência de álcool seja resultante de mudanças no Sistema Nervoso Central induzida pela ação da droga, isto porque cada droga tem o seu mecanismo de ação particular, mas todas as drogas de abuso agem, direta ou indiretamente, em um mesmo local do cérebro, uma via de circuitos neuronais responsáveis pelo sistema de recompensa cerebral. Normalmente, esta região do cérebro é estimulada quando sentimos prazer determinado por causas físicas ou por estímulos ambientais agradáveis (KESSLER; VON DIEMEN; PECHANSKY, 2003).

As drogas de abuso possuem um mecanismo biológico comum que trata da liberação do neurotransmissor dopamina, que gera a sensação de prazer. Para muitas pessoas, droga é somente aquela substância cujo consumo é proibido, as chamadas drogas ilícitas ou ilegais. Mas é importante lembrar que existem as drogas lícitas, aquelas cuja venda e o consumo são permitidos por lei, como no caso do álcool. Esta substância é aceita pela sociedade e seu uso é estimulado pela falta de fiscalização e inobservância das restrições legais para a sua venda. Não é demais lembrar que o uso abusivo de álcool é um grave problema de saúde pública, responsável por grande número de doenças, sendo associado a muitos acidentes e episódios de violência, além de levar muitas pessoas a se tornarem dependentes (BRASIL, 2011a).

Como substância psicoativa, o álcool produz efeito depressor ou euforizante, e seu consumo não pode ser entendido como um fenômeno marginal, já que 10% dos residentes nos centros urbanos, independente de sexo, idade, nível de escolaridade e poder aquisitivo, consomem álcool livremente, mesmo sabendo da repercussão dos seus efeitos orgânicos, psicológicos, familiares e sociais (ACAUAN et al., 2008).

Segundo a OMS (2001), considerando pessoas de todas as idades e de todos os locais do mundo, o uso de álcool está associado a 1,3% da carga geral de anos de vida perdidos por incapacidade ou morte, relacionada ao uso abusivo. Se considerarmos apenas a incapacidade para pessoas entre 15 e 44 anos de idade, de ambos os sexos, o álcool é responsável por 5,5% de perda de anos por incapacidade. O relatório da OMS mostra também que os gastos hospitalares com os problemas de saúde provocados pelo álcool, ultrapassam a arrecadação com impostos sobre o álcool.

Os fatores que influenciam a ação do álcool no organismo tratam da frequência de ingestão, da quantidade ingerida, da quantidade absorvida, da sua distribuição pelos tecidos do organismo, da sensibilidade individual dos diferentes tecidos e órgãos e da velocidade de metabolização (BRASIL, 2011a).

Uma dose padrão de álcool é uma quantidade de bebida alcoólica que contém cerca de 14 gramas de etanol puro. Como a densidade do álcool é 0,79 g/ml, em 17 ml de álcool (etanol) puro, existem 14 gramas de álcool. Uma dose padrão de álcool equivale a 40 ml de pinga, uísque ou vodca; 85 ml de vinho do Porto, vermouths ou licores; 140 ml de vinho de mesa e 340 ml de cerveja. As mulheres são mais sensíveis aos efeitos do álcool e atingem níveis mais altos de embriaguez com menores quantidades ingeridas (BRASIL, 2011a).

Em se tratando do alcoolismo feminino, as principais diferenças entre mulheres e homens em relação ao consumo de álcool, referem-se aos aspectos biológicos. O corpo feminino tem menor quantidade de água que o masculino, o que representa que com o mesmo consumo no organismo feminino ocorrerá maior concentração de álcool (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

As mulheres têm menor quantidade de álcool desidrogenase (ADH), enzima responsável pela primeira etapa de metabolização do álcool no organismo. As alterações hormonais também são importantes nas mulheres, pois o período pré-menstrual está associado a um aumento do consumo de álcool, e aquelas que sofrem de tensão pré-menstrual (TPM), têm maior probabilidade de desenvolver abuso ou dependência de álcool para a busca do alívio para a tensão. Atenção deve ser dada ao fato de que o uso abusivo de álcool por mulheres pode causar diminuição da fertilidade e menopausa precoce (BRASIL, 2011a).

Outros fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de álcool por mulheres incluem: história familiar; idade: as mais jovens são usuárias de álcool com maior frequência do que as mais idosas; estado civil; trabalhar em ambientes de predominância de homens; ter um parceiro com problemas relacionados ao uso de álcool; ter sofrido abuso físico, emocional ou sexual na infância ou ter sido vítima de violência nos relacionamentos amorosos na idade adulta; problemas psiquiátricos como depressão, transtornos de ansiedade, bulimia, transtornos de personalidade e baixa autoestima; uso precoce de álcool, nicotina e outras drogas; problemas de comportamento na infância relacionados ao controle dos impulsos; fatos estressantes durante a infância e adolescência, como morte de um dos pais, privação econômica e doença na família (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

A evolução dos problemas relacionados ao uso de álcool também ocorre de maneira

diferente entre as mulheres alcoolistas, que iniciam o consumo e têm problemas com o álcool em idade mais tardia; consomem quantidades significativamente menores de álcool do que os homens; mais frequentemente identificam um evento estressante como desencadeador do início do beber excessivo; apresentam mais tentativas de suicídio; têm mais comorbidades psiquiátricas e procuram tratamento, em função de problemas de saúde ou familiares, e mais comumente abusam de outras substâncias lícitas (tranquilizantes, anfetaminas) (BRASIL, 2011a).

Em se tratando dos fatores culturais do alcoolismo feminino, percebe-se que acompanha a evolução do papel da mulher na sociedade. Em meio às mudanças de natureza sociopolíticas geradas a partir da Revolução Francesa, observa-se uma modificação rápida, mas temporária, da imagem tradicional das mulheres. De um dia para o outro apareceram fortes, plenas e mais racionais, colocando-se em situação de igualdade com seus companheiros. Neste cenário “conturbado”, a admiração das mulheres pelo vinho e também pelas “novas” bebidas destiladas tornou-se moda, e o consumo trouxe modificações inéditas à sua conduta, até então voltada aos cuidados com a família e vivenciando um papel submisso em relação ao homem (SOUZA, 2006).

A nova característica do comportamento feminino em relação ao uso de álcool acentua-se durante o século XIX, com o advento da industrialização e o incremento do comércio de bebidas alcoólicas. Neste período, observa-se o desenvolvimento de um alcoolismo sem precedentes, não só nos homens, como também nas mulheres (SOUZA, 2006).

O aumento do consumo de bebidas alcoólicas por mulheres, ao longo dos anos, é significativo. Os aspectos clínico, psicológico e social do alcoolismo da mulher são descritos habitualmente de maneira bastante unívoca. O alcoolismo feminino hoje diz respeito ao beber solitário, marcado pela procura da embriaguez, do esquecimento ou do sono. É geralmente dissimulado de uma culpabilidade implícita na reprovação social do comportamento oriundo do uso abusivo (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Grande parte das mulheres faz o consumo de álcool de forma privativa, porém, com a realidade atual da mulher contemporânea, este padrão de consumo de bebidas alcoólicas tem ficado muito mais externalizado, sem restrições e sem pudores, apesar de ainda ocorrer forte preconceito e estigma em relação ao beber feminino, até porque a mulher ainda é muito cobrada pela sociedade na preservação de sua autoimagem e no cumprimento dos seus papéis, dentre estes, o da maternidade.

As mulheres estão mais sujeitas a medos e depressões, se comparadas aos homens. A causa disto está na frustração que sentem por não conseguirem o mesmo reconhecimento profissional, apesar de trabalharem mais, serem mais comprometidas, mais solícitas, perfeccionistas e produtivas do que eles. Muitas dessas mulheres preferem não alardear sobre sua competência e desempenho, esperando serem descobertas e legitimadas em seu valor. Quando isso não acontece, tornam-se carentes, depressivas, podendo buscar consolo no alcoolismo (BRASIL, 2011a).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004), dá especial ênfase ao público jovem; de ambos os sexos. As mulheres são aí incorporadas enquanto integrantes do contingente adulto de bebedores em potencial. Faz-se necessário, portanto, envidar esforços para que a mulher também seja incluída, considerando-se suas especificidades nas discussões e propostas direcionadas ao tratamento dos problemas relacionados ao uso/abuso de bebidas alcoólicas.

Entender as particularidades do alcoolismo feminino é um processo complexo que demanda atenção específica, reformulação de políticas públicas com enfoque de gênero e mudança de padrões de estigma da sociedade em relação às mulheres alcoolistas.

## 2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Pesquisa de natureza qualitativa, de base compreensiva, das questões que envolvem a motivação de mulheres para iniciar e aderir ao tratamento da dependência de bebidas alcoólicas. A opção pela abordagem qualitativa se deu em função desta permitir que o pesquisador obtenha informações que traduzam subjetivamente a essência de toda uma vida de uma pessoa. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que cada indivíduo faz a respeito de como vive, sente e pensa (MINAYO, 2010).

Para viabilizar o aprofundamento do conhecimento desta temática, a partir da ótica de quem vivencia o problema, ou seja, as mulheres alcoolistas; optou-se por utilizar o Método de Narrativa de Vida, por considerá-lo o mais apropriado para possibilitar a compreensão e interpretação das variáveis que influenciam e/ou determinam que esta mulher tenha a motivação para iniciar e aderir ao tratamento da dependência alcoólica.

A Narrativa de Vida constitui uma narrativa utilizada pelo sujeito para exprimir os conteúdos de uma parte de sua experiência vivida (BERTAUX, 2010).

A origem do termo História de Vida vem do vocábulo francês *histoire* que traduzido para o inglês, apresenta-se sob a forma de dois outros vocábulos: *story* e *history*, possuindo significados distintos (BERTAUX, 1980).

A diferenciação destes dois termos foi proposta em 1970 pelo sociólogo americano Denzin. Para o pesquisador, *life history* compreende o estudo aprofundado da vida de um ou mais indivíduos, utilizando-se não só do relato dos mesmos, como também de documentos e/ou depoimentos de outras pessoas que possam atestar o que foi narrado pelo sujeito do estudo.

Já a *life story*, também traduzida como “narrativas de vida” - escolhida para nortear esta pesquisa – permite a valorização dos depoimentos e relatos dos sujeitos, uma vez que considera tão somente o ponto de vista de quem está narrando os fatos, sem necessidade de comprová-los.

Datam do início do século XX, os ensaios que utilizaram as narrativas de vida em estudos individuais com base psicanalítica feitos por Sigmund Freud.

A Narrativa de Vida, enquanto método começou a ser utilizada nos Estados Unidos na década de 30, nos estudos em sociologia e vem sendo desenvolvida na Antropologia, Educação e Enfermagem.

No Brasil, podemos mencionar Glat (1989), Santos (1995), Silva (2003) e Spindola e Santos (2003), entre outros autores que desenvolveram estudos na área da educação e enfermagem.

No campo dos estudos da Enfermagem, Spíndola e Santos (2003, p. 59) afirmam que “o método possibilita descortinar aspectos normalmente não considerados no dia a dia de nossas atividades”. Para atuarmos com resolutividade, é importante que valorizemos todas as informações que pudermos obter de nossa clientela. E para conhecer a vivência e experiência que uma pessoa teve ou tem de um fato ou acontecimento, nada melhor do que ouvirmos seu depoimento através de uma escuta ativa, na qual é preconizada pelo método de Narrativas de Vidas.

O emprego do Método de Narrativa de Vida na pesquisa possibilitou que as participantes se sentissem à vontade para expressar suas visões e vivências, no que refere ao uso/abuso de bebidas alcoólicas, resgatando memórias do passado, refletindo sobre o presente e projetando no futuro suas perspectivas de vida. Também relataram suas motivações para iniciarem e aderirem ao tratamento no CAPS ad, seus itinerários terapêuticos e suas percepções em relação à atuação da equipe interdisciplinar do CAPS ad. Sem a interferência do pesquisador, estas mulheres falaram de suas experiências e dos acontecimentos que julgaram importantes, em relação ao uso de bebida alcoólica, interpretando-os e narrando-os conforme sua visão de mundo.

## **2.1 Cenários e participantes da pesquisa e aspectos éticos**

Os cenários da pesquisa foram: um CAPS ad de uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro na região Sul Fluminense no Médio-Paraíba e um CAPS ad na cidade do Rio de Janeiro.

A abordagem da Narrativa de Vida oferece diversidade não só do tipo de objeto, como também no que diz respeito à variedade da população alvo. A proposta é a partir das narrativas - segundo a ótica da diversificação dos sujeitos - buscar o ponto de saturação, que surge de certo número de entrevistas, quando o pesquisador percebe que nada mais há de novo no que se refere ao objeto de estudo em questão (BERTAUX, 2010).

Não estipulamos quantitativamente o número das mulheres que participaram desta pesquisa. A definição numérica surgiu no decorrer da pesquisa e levou em conta a

diversificação dos sujeitos e o alcance do ponto de saturação. Foram colhidas 26 narrativas, considerando-se os dois cenários distintos. Foram colhidas 26 narrativas de mulheres usuárias de álcool, que estavam em tratamento para o controle da dependência da bebida alcoólica, considerando-se os dois cenários distintos.

A produção dos dados ocorreu no período de janeiro a julho de 2013, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), sob protocolo nº 155/12, conforme previsto na Resolução CNS nº 196/96, revogada pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, considerando que a pesquisa foi submetida à apreciação daquele Comitê de Ética antes dessa última entrar em vigor.

As mulheres alcoolistas em tratamento no CAPS ad, cenários da pesquisa, foram convidadas a participarem da investigação. Os objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), foram lidos e após concordância, foram assinados.

Em concordância com o Parecer 196/96 do CNS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos, as mulheres convidadas que fizeram parte da pesquisa foram devidamente instruídas quanto à garantia do sigilo e anonimato na utilização de seus depoimentos. Todas foram devidamente instruídas quanto à garantia do sigilo e anonimato na utilização de seus depoimentos. Da mesma forma, foram esclarecidas quanto ao uso de nomes fictícios para identificá-las.

Nos dois cenários da pesquisa houve uma interação prévia da pesquisadora com as participantes. Na oportunidade, foram reapresentados os objetivos e a proposta da pesquisa, bem como estabelecidos os primeiros contatos e tentativas de agendamento das entrevistas.

Com a aceitação das mulheres os encontros foram agendados para a coleta das narrativas. As entrevistas foram realizadas em local tranquilo, sem interrupção e/ou interferências que prejudicassem o andamento das mesmas.

As narrativas foram gravadas em aparelho Musical Player 4- MP4 para a preservação dos mesmos, de forma fidedigna, e transcritas na íntegra posteriormente pela própria pesquisadora, que se responsabilizará pela conservação do material pelo período de cinco anos, e por sua destruição logo após.



## 2.2 Caracterização das participantes

Para a identificação das participantes da pesquisa utilizamos o código Er, se referindo às mulheres do CAPS ad de uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro na região Sul Fluminense no Médio-Paraíba e o código Erj para as mulheres do CAPS ad na cidade do Rio de Janeiro (Quadro 2).

Quadro 2 – Historiograma (continua)

<b>Código</b>	<b>Breve Histórico</b>
E1r	Mulher de 36 anos de idade, solteira, ensino fundamental incompleto, negra, profissão doméstica, atividade laboral atual prostituição. Possui três filhos. Em situação de rua. Início do uso de álcool aos 12 anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica e uso de crack, loló e maconha. Demanda espontânea ao tratamento. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há um mês.
E2r	Mulher de 60 anos de idade, viúva, ensino fundamental incompleto, negra, profissão doméstica, atividade laboral atual do lar. Possui dois filhos. Início do uso de álcool na juventude não relata a idade. Relata pequeno uso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento pelo Ministério Público devido à perda da guarda dos dois netos. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há um mês.
E3r	Mulher de 41 anos de idade, solteira, ensino fundamental incompleto, negra, profissão doméstica, nenhuma atividade laboral no momento. Possui dois filhos. Em situação de rua. Início do uso de álcool na idade adulta. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Demanda espontânea ao tratamento. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há um mês.
E4r	Mulher de 36 anos de idade, casada, ensino médio completo, negra, profissão doméstica, atividade laboral do lar. Possui três filhos. Início do uso de álcool na idade adulta. Relata pequeno uso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento pelo Hospital de Emergência devido à tentativa de suicídio. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há quatro meses.
E5r	Mulher de 39 anos de idade, solteira, mora com o companheiro, ensino fundamental incompleto, negra, profissão doméstica, atividade laboral do lar. Possui dois filhos. Início do uso de álcool na idade adulta. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento pelo Ministério Público devido à perda da guarda do filho. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há um ano e meio.

Fonte: pesquisa direta.

Quadro 2 – Historiograma (continuação)

<b>Código</b>	<b>Breve Histórico</b>
E6r	Mulher de 29 anos de idade, solteira, ensino médio completo, negra, profissão estudante, sem atividade laboral no momento. Sem filhos. Início do uso de álcool aos doze anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica, experimentou crack. Encaminhada ao tratamento pelo pai. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há doze anos.
E7r	Mulher de 18 anos de idade, solteira, mora com o companheiro, ensino fundamental completo, negra, profissão estudante, sem atividade laboral no momento. Sem filhos. Início do uso de álcool com doze anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento pelo CAPS i pois completou idade adulta. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há quatro meses e no CAPSi por seis anos.
E8r	Mulher de 41 anos de idade, viúva, ensino médio completo, branca, profissão manicure, sem atividade laboral no momento. Dois filhos. Início do uso de álcool com 27 anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento pelo Hospital Psiquiátrico onde esteve internada por nove vezes. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há quatorze anos.
E9r	Mulher de 28 anos de idade, solteira, ensino fundamental incompleto, branca, profissão balconista, sem atividade laboral no momento. Dois filhos. Início do uso de álcool na infância. Relata uso intenso de bebida alcoólica, já fez uso de maconha e cocaína. Demanda espontânea ao tratamento. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há quatro anos.
E10r	Mulher de 56 anos de idade, divorciada, namorando, ensino fundamental incompleto, branca, profissão doméstica, atividade laboral doméstica. Três filhos. Início do uso de álcool na idade adulta. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento pelo CAPS II onde fazia tratamento para depressão. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há doze anos, em processo de alta do tratamento.
E11r	Mulher de 39 anos de idade, solteira, ensino médio completo, negra, profissão vendedora, atividade laboral autônoma. Dois filhos. Início do uso de álcool aos quinze anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica e uso de maconha e cocaína. Encaminhada ao tratamento pela Unidade Básica de Saúde de perto do domicílio. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há um ano.
E12r	Mulher de 31 anos de idade, separada, ensino fundamental incompleto, negra, profissão doméstica, atividade laboral doméstica. Dois filhos. Início do uso de álcool na idade adulta. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento pela patroa. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há três anos.

Fonte: pesquisa direta.

Quadro 2 – Historiograma (continuação)

<b>Código</b>	<b>Breve Histórico</b>
E13r	Mulher de 32 anos de idade, solteira, ensino médio incompleto, negra, profissão guarda municipal, atividade laboral guarda municipal. Dois filhos. Início do uso de álcool aos doze anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica e uso de maconha. Encaminhada ao tratamento pelo psiquiatra do ambulatório em que fazia tratamento para depressão. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há dois anos.
E14r	Mulher de 27 anos de idade, solteira, ensino médio incompleto, parda, profissão auxiliar de serviços gerais, sem atividade laboral no momento. Dois filhos e gestante atualmente. Início do uso de álcool aos nove anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica e uso de crack. Encaminhada ao tratamento pelo Conselho Tutelar devido ao risco de perda da guarda dos filhos. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há cinco anos.
E15rj	Mulher de 35 anos de idade, solteira, ensino médio completo, negra, profissão auxiliar dentário, atividade laboral autônoma. Sem filhos. Início do uso de álcool na adolescência. Relata uso intenso de bebida alcoólica e uso de maconha e cocaína. Encaminhada ao tratamento pelo CAPS II onde fazia tratamento para depressão. Em tratamento em um CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro há quatro anos.
E16r	Mulher de 46 anos de idade, divorciada, ensino superior completo, branca, profissão dentista, atividade laboral dentista. Um filho. Início do uso de álcool aos dezesseis anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica e uso de cocaína. Encaminhada ao tratamento pelo Hospital de Emergência por tentativa de suicídio. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há dois anos.
E17r	Mulher de 64 anos de idade, casada, ensino fundamental incompleto, branca, profissão costureira, atividade laboral do lar. Dois filhos. Início do uso de álcool na idade adulta. Relata pequeno uso de bebida alcoólica e uso de benzodiazepínico. Encaminhada ao tratamento pela psiquiatra do ambulatório onde realizava tratamento para depressão. Em tratamento no CAPS ad da região Sul Fluminense no Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro há quatro anos.
E18rj	Mulher de 39 anos de idade, solteira, ensino médio completo, negra, profissão vendedora, atividade laboral autônoma. Um filho. Início do uso de álcool aos quinze anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica e uso de cocaína. Encaminhada ao tratamento pela Unidade Básica de Saúde de perto do domicílio. Em tratamento em um CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro há um ano.
E19rj	Mulher de 32 anos de idade, solteira, ensino fundamental incompleto, parda, profissão doméstica, sem atividade laboral no momento. Seis filhos. Início do uso de álcool aos onze anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento pelo Conselho Tutelar devido à perda da guarda dos filhos. Em tratamento em um CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro há dois anos.

Fonte: pesquisa direta.

Quadro 2 – Historiograma (conclusão)

<b>Código</b>	<b>Breve Histórico</b>
E20rj	Mulher de 38 anos de idade, solteira, ensino médio completo, negra, profissão doméstica, sem atividade laboral no momento. Em situação de rua. Três filhos. Início do uso de álcool aos doze anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Demanda espontânea ao tratamento. Em tratamento em um CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro há um mês.
E21rj	Mulher de 20 anos de idade, solteira, ensino fundamental incompleto, negra, profissão não refere, sem atividade laboral no momento. Sem filhos. Início do uso de álcool aos treze anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Demanda espontânea ao tratamento por ajuda da comunidade em que vive. Em tratamento em um CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro há dois meses.
E22rj	Mulher de 42 anos de idade, viúva, ensino fundamental incompleto, negra, profissão do lar, sem atividade laboral no momento. Dois filhos. Início do uso de álcool aos vinte anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Orientada ao tratamento pelo posto de saúde. Em tratamento em um CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro há dois anos.
E23rj	Mulher de 23 anos de idade, solteira, ensino fundamental completo, branca, profissão não refere, sem atividade laboral no momento. Sem filhos. Início do uso de álcool na adolescência. Relata uso intenso de bebida alcoólica e crack. Encaminhada ao tratamento pela clínica de reabilitação. Em tratamento em um CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro há um mês.
E24rj	Mulher de 24 anos de idade, solteira, ensino fundamental incompleto, negra, profissão não refere, sem atividade laboral no momento. Sem filhos, dois abortos. Início do uso de álcool aos onze anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento pela médica do pré-natal. Em tratamento em um CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro há três meses.
E25rj	Mulher de 18 anos de idade, solteira, ensino médio incompleto, negra, profissão estudante, sem atividade laboral no momento. Sem filhos. Início do uso de álcool aos onze anos de idade. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento pelo posto de saúde. Em tratamento em um CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro há um mês.
E26rj	Mulher de 22 anos de idade, solteira, ensino médio incompleto, negra, profissão estudante e babá, sem atividade laboral no momento. Sem filhos. Início do uso de álcool na adolescência. Relata uso intenso de bebida alcoólica. Encaminhada ao tratamento por orientação de uma amiga. Em tratamento em um CAPS ad da cidade do Rio de Janeiro há sete meses.

Fonte: pesquisa direta.

Dando prosseguimento, consideramos relevante traçar um perfil sucinto de cada participante, para facilitar a compreensão de alguns dados de identificação e caracterização destas mulheres.

Utilizamos-nos das seguintes informações: faixa etária atual, origem (CAPS ad de uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro na região Sul Fluminense no Médio-Paraíba e CAPS ad na cidade do Rio de Janeiro), idade em que começaram a beber, tempo de

tratamento no CAPS ad, estado civil, nível de escolaridade, raça/cor e se possuem filhos ou não. Essas informações são imprescindíveis para a compreensão do contexto sócio-cultural destas mulheres, foram captadas informalmente antes do início da gravação da respectiva narrativa.

No sentido de simplificar e organizar as informações colhidas, as mesmas foram agrupadas em quadros e são apresentadas a seguir.

O Quadro 3 contém os seguintes dados: identificação de cada participante na pesquisa, estado civil, grau de escolaridade, faixa etária atual e idade em que começou a beber.

Quadro 3 - Caracterização das participantes quanto à identificação, estado civil, grau de escolaridade, faixa etária atual e idade em que começou a beber

<b>Identificação</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Grau de Escolaridade</b>	<b>Faixa Etária Atual</b>	<b>Idade em que começou a beber</b>
E1r	solteira	EF incompleto	36	12
E2r	viúva	EF incompleto	60	na juventude
E3r	solteira	EF incompleto	41	idade adulta
E4r	casada	EM completo	36	idade adulta
E5r	solteira	EF incompleto	39	idade adulta
E6r	solteira	EM completo	29	12
E7r	solteira	EF completo	18	12
E8r	viúva	EM completo	41	27
E9r	solteira	EF incompleto	28	infância
E10r	divorciada	EF incompleto	56	idade adulta
E11r	solteira	EM completo	39	15
E12r	separada	EF incompleto	31	idade adulta
E13r	solteira	EM incompleto	32	12
E14r	solteira	EM incompleto	27	09
E15rj	solteira	EM completo	35	adolescência
E16r	divorciada	ES completo	46	16
E17r	casada	EF incompleto	64	idade adulta
E18rj	solteira	EM completo	39	15
E19rj	solteira	EF incompleto	32	11
E20rj	solteira	EM completo	38	12
E21rj	solteira	EF incompleto	20	13
E22rj	viúva	EF incompleto	42	20
E23rj	solteira	EF completo	23	adolescência
E24rj	solteira	EF incompleto	24	11
E25rj	solteira	EM incompleto	18	11
E26rj	solteira	EM incompleto	22	adolescência

Fonte: Pesquisa direta.

Legenda: Er: mulheres do CAPS ad de uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro na região Sul Fluminense no Médio Paraíba; Erj: mulheres do CAPS ad na cidade do Rio de Janeiro; EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio; ES: Ensino Superior.

De acordo com o exposto no Quadro 3, observa-se que das 26 participantes, 16 eram

usuárias do CAPS ad de uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro na região Sul Fluminense no Médio-Paraíba e 10, eram usuárias do CAPS ad na cidade do Rio de Janeiro.

A faixa etária é bem variada e compreende dos 18 aos 64 anos de idade.

Quanto ao grau de escolaridade, 12 mulheres tinham ensino fundamental incompleto, duas ensino fundamental completo, quatro ensino médio incompleto, sete ensino médio completo e apenas uma participante tinha ensino superior.

Também consideramos importante saber quando elas começaram a beber. Estabelecemos, então, três recortes temporais: no primeiro, que compreendeu o período da infância até os 12 anos de idade, foram identificados 10 participantes; no segundo, referente ao período da adolescência, dos 13 aos 20 anos, nove participantes; e no último, correspondendo à idade adulta, dos 21 aos 64 anos, sete participantes.

As informações contidas no Quadro 3 revelam que a maioria das mulheres participantes da pesquisa teve o primeiro contato com a bebida alcoólica no período da infância.

Consideramos importante o estado civil das participantes do estudo. Dezoito mulheres se declararam solteiras. Três viúvas, duas casadas, duas divorciadas e uma separada. As informações coletadas revelaram que, majoritariamente, as participantes da pesquisa eram solteiras; as demais eram viúvas, divorciadas ou separadas, e apenas duas encontravam-se casadas.

No Quadro 4, apresentamos o tempo de tratamento no CAPS ad, estado de abstinência ou não, raça/cor e se possuem filhos ou não.

Quadro 4 – Caracterização das participantes quanto à Identificação, Tempo de Tratamento no CAPS ad, Abstinência de Bebidas Alcoólicas, Raça/Cor, Número de filhos

<b>Identificação</b>	<b>Tempo de Tratamento no CAPS ad</b>	<b>Abstinência de Bebidas Alcoólicas</b>	<b>Raça/Cor</b>	<b>Nº de filhos</b>
E1r	1 mês	não	negra	3
E2r	1 mês	não	negra	2
E3r	1 mês	não	negra	2
E4r	4 meses	não	negra	3
E5r	1 ano e meio	sim	negra	2
E6r	12 anos	sim	negra	-
E7r	4 meses	não	negra	-
E8r	14 anos	não	branca	2
E9r	4 anos	não	branca	2
E10r	12 anos	sim	branca	3
E11r	1 ano	sim	negra	2
E12r	3 anos	sim	negra	2
E13r	2 anos	sim	negra	2
E14r	5 anos	não	parda	3
E15rj	4 anos	não	negra	-
E16r	2 anos	sim	branca	1
E17r	4 anos	sim	branca	2
E18rj	1 ano	sim	negra	1
E19rj	2 anos	não	parda	6
E20rj	1 mês	não	negra	3
E21rj	2 meses	não	negra	-
E22rj	2 anos	sim	negra	2
E23rj	1 mês	sim	branca	-
E24rj	3 meses	sim	negra	-
E25rj	1 mês	sim	negra	-
E26rj	7 meses	não	negra	-

Fonte: Pesquisa direta.

Legenda: Er: mulheres do CAPS ad de uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro na região Sul Fluminense no Médio Paraíba; Erj: mulheres do CAPS ad na cidade do Rio de Janeiro.

Analisando o quadro acima em relação ao tempo de tratamento no CAPS ad, observou-se uma grande variação: entre um mês a 14 anos de tratamento. Na variação de tempo de tratamento relacionada a meses (um mês a sete meses) encontramos 11 participantes. E em relação a anos de tratamento (um ano a 14 anos) encontramos 15 participantes. A recorrência maior em relação a tempo de tratamento foi entre um a 14 anos.

Também consideramos relevante caracterizar as participantes da pesquisa em relação ao estado de abstinência de bebidas alcoólicas. Encontramos 13 participantes abstinentes no momento da pesquisa, e 13 que não estavam em abstinência. Ou seja, independente do tempo de tratamento no CAPS ad, metade das participantes encontravam-se abstinentes no momento

da pesquisa, ao contrário da outra metade.

Ao cruzarmos os dados referentes a tempo de tratamento e se as participantes encontravam-se em abstinência alcoólica ou não, encontramos: entre um mês a sete meses de tratamento, sendo que dentre as 11 participantes desta categoria, três estavam sem o uso de bebidas alcoólicas, e oito continuavam o uso. E o período compreendido entre um ano a 14 anos de tratamento, evidenciamos dentre as 15 participantes desta categoria, que 10 encontravam-se sem o uso de bebidas alcoólicas, e cinco continuavam o uso.

As informações permitiram inferir que em se tratando da relação tempo de tratamento e uso ou não de bebidas alcoólicas quanto menor o tempo de tratamento, menor a quantidade de participantes sem o uso de bebidas alcoólicas. E quanto maior o tempo de tratamento, maior o número de participantes sem o uso de bebidas alcoólicas.

Dentre as 26 mulheres participantes da pesquisa em relação à raça/cor encontramos 18 participantes negras, configurando a maioria; duas pardas e seis brancas.

Quanto a terem filhos ou não, identificamos que dentre as 26 participantes, 18 tinham filhos e oito não tinham. Dentre as primeiras, identificamos que 17 tinham de um a três filhos, e que apenas uma referiu ter mais de três filhos.

Assim, concluída a caracterização das 26 participantes, damos início à análise dos dados obtidos das entrevistas feitas.

### **2.3 Instrumento da pesquisa**

Para a coleta das narrativas foi utilizada a entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com a sua motivação para iniciar e aderir ao tratamento de dependência alcoólica que realiza no CAPS ad.

O filtro da questão norteadora abordou a contextualização da vida da mulher alcoolista com os seguintes pontos relativos a questões pessoais, abordando de que forma o alcoolismo afetou a vida da mulher em suas relações familiares, na vida cotidiana, no desempenho das suas atividades, na sua saúde, no seu trabalho e as influências externas, como encaminhamentos de serviços de saúde, da assistência social e outros, que de alguma forma a levaram ao tratamento no CAPS ad, e também o que a motivou a aderir o tratamento: como é o tratamento, pontos positivos e negativos.



## 2.4 Análise temática

A partir das narrativas buscou-se o ponto de saturação, que surgiu com certo número de entrevistas, quando a pesquisadora percebeu que nada mais tinha de novo a acrescentar. Esta saturação foi percebida durante a narrativa de número 23. Mesmo assim, foram realizadas mais três entrevistas, visando confirmar que a saturação havia sido atingida. Assim, foi possível corroborar o que a literatura científica preconiza, no sentido de que quando nenhum dado novo emerge, atinge-se a saturação que permite considerar a pesquisa como provisoriamente terminada (BERTAUX, 2010).

Após a caracterização das participantes, demos início à realização da análise dos dados obtidos a partir das entrevistas feitas. As narrativas, depois de transcritas pela pesquisadora, foram organizadas observando-se os pontos de convergência com o objeto de estudo em questão (BERTAUX, 2010). No caso presente, foi realizada a análise temática de cada narrativa para descobrir as passagens relativas a algum tema, com o objetivo de comparar os seus conteúdos e encontrar os pontos de congruência que permitissem representar, o mais fidedignamente possível, os pensamentos e sentimentos destas mulheres.

O período de análise dos dados é, sem dúvida, a fase mais importante para o pesquisador, e deve começar já na pesquisa de campo, isto porque a apreensão dos verdadeiros significados e sua transformação em objeto sociológico demanda tempo e reflexão apurada, devendo, portanto, ser iniciada o mais precocemente possível (BERTAUX, 2010).

Com a comparação das narrativas, surgiram 41 unidades temáticas, e após as várias leituras e releituras das transcrições, foi possível identificar as temáticas semelhantes que, depois de codificadas, recodificadas, agrupadas e sintetizadas, originaram três grandes categorias analíticas:

- a) **1ª Categoria:** O prazer feminino em beber;
- b) **2ª Categoria:** A motivação da mulher alcoolista para iniciar e aderir ao tratamento no CAPS ad;
- c) **3ª Categoria:** Contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad a partir das narrativas das mulheres alcoolistas.

### 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As narrativas de vida das mulheres participantes desta pesquisa permitiram responder aos objetivos nela propostos. A partir da leitura e análise do material coletado durante as entrevistas, e com o suporte teórico pertinente às narrativas de vida das mulheres alcoolistas, foi possível perceber que o universo do alcoolismo feminino é complexo e possui suas singularidades. Esse universo é composto por diversas perdas sofridas por essas mulheres no decorrer de suas vidas e tem relação direta com o uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Esta pesquisa procurou caracterizar a mulher alcoolista que busca o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS ad), e as questões propostas pelo estudo foram elucidadas com as seguintes categorias, já mencionadas:

**1ª Categoria:** O prazer feminino em beber

**2ª Categoria:** A motivação da mulher alcoolista para iniciar e aderir ao tratamento no CAPS ad

**3ª Categoria:** Contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad a partir das narrativas das mulheres alcoolistas.

#### 3.1 1ª Categoria: O prazer feminino em beber

Nas narrativas de vida das 26 mulheres que compuseram a pesquisa, ficou evidenciado em 25 o prazer proporcionado pelo uso de bebidas alcoólicas, portanto, a quase totalidade da recorrência referente a este tema. Apesar das diferenças de idade, escolaridade, situação civil, condições sociais, econômicas e culturais, e até da localidade onde estavam realizando o tratamento, essas mulheres tiveram em comum o prazer em consumir a bebida alcoólica.

Para realizar uma reflexão das narrativas e compreender melhor o universo do alcoolismo feminino, é mister considerar a questão de gênero. Como foi referido, com a evolução da sociedade, houve significativas mudanças e evoluções nos papéis atribuídos a homens e mulheres. Nas sociedades mais antigas, a figura da mulher era atribuída à terra, e dela dependia a reprodução da espécie (MURARO; BOFF, 2002). Este papel de reprodutora foi modificado com a evolução da cultura social, econômica e política. E um grande marco da

mudança do papel da mulher veio com o movimento feminista que, a partir do século XX, consolida-se como movimento político, voltado à luta das mulheres por seu espaço na sociedade, uma luta árdua frente a uma sociedade de cultura machista que ainda hoje cultua a desigualdade entre os sexos (AUAD, 2003).

O Feminismo é um movimento social, filosófico e político que possui como objetivo principal a garantia de direitos equânimes e uma vivência humana liberta de padrões opressores baseados em normas de gênero. Envolve diversos movimentos, teorias e filosofias advogando pela igualdade para homens e mulheres e campanha pelos direitos das mulheres e seus interesses (SCOTT, 2005).

No Brasil, um grande ganho do movimento feminista refere-se à instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que, a partir de 1984, propôs incorporar na forma de assistir, a garantia de um atendimento que valorizasse e respeitasse os direitos humanos das mulheres, considerando as questões próprias de gênero, sexualidade, violência, entre outros, e também contribuir para a redução dos índices de morbimortalidade oriundos de causas preveníveis (NERY; TYRRELL, 2002).

O uso de álcool entre as mulheres acentuou-se durante o século XIX com o advento da industrialização e do incremento do comércio de bebidas alcoólicas, observando-se o desenvolvimento de um alcoolismo, não só nos homens, como também nas mulheres. (SOUZA, 2006).

As participantes mencionaram, em suas narrativas, o prazer proporcionado pelo uso de bebida alcoólica como forma de escape das diversas situações vividas por elas. Onze participantes relataram que bebem para esquecer seus problemas, como evidenciado nas narrativas a seguir:

Quando você bebe você esquece os problemas, esquece tudo, fica leve, até alegre sem motivo, se solta. Só que não dura o tempo todo, depois fica tudo ruim de novo. Você roda no mesmo lugar sem sair do lugar... (E1r)

Acho que comecei a beber quando as coisas ficaram apertadas lá em casa. Com a falta de trabalho, de dinheiro, bate um desespero. O meu marido bebia pinga, aí ele me dava. No começo eu achava horrível, depois fui achando bom... (E5r)

Essas narrativas ilustram o prazer em beber como forma de alívio para problemas enfrentados por essas mulheres. As drogas de abuso, como o álcool, possuem um mecanismo biológico comum que trata da liberação do neurotransmissor dopamina, que gera a sensação de prazer (BRASIL, 2011a), daí o aumento da ingestão alcoólica abusiva. Está comprovado cientificamente que a dependência de álcool é resultante de mudanças no Sistema Nervoso

Central que agem no cérebro, direta ou indiretamente, em uma via de circuitos neuronais responsáveis pelo sistema de recompensa cerebral. Esta região do cérebro é estimulada quando sentimos prazer determinado por causas físicas ou por estímulos ambientais agradáveis (KESSLER; VON DIEMEN; PECHANASKY, 2003).

Considerando ainda o prazer proporcionado pelo uso do álcool, cinco participantes afirmaram que bebiam para aliviar os sintomas causados pela falta do álcool no organismo, tal como tremores, cefaleia, náuseas e sensação de mal estar:

[...] sem beber, eu ficava tremendo e só parava de tremer quando eu bebia... (E5r)

Quando eu ficava sem beber, eu ficava com dor de cabeça, com mal estar. Quando eu bebia, passava tudo. (E7r)

Sem beber eu sinto uma tremedeira, me dá um calafrio, sinto frio, sinto calor. Quando eu bebo isso tudo alivia, para tudo. (E20rj)

Os sintomas relatados pelas participantes devido à falta da substância no organismo referem-se a certo grau de dependência física já sentida pelas entrevistadas. A propósito, pesquisas mostram que os fatores neurobiológicos são muito importantes, tanto para o início como para a manutenção dos sintomas da dependência (BRASIL, 2011a).

As principais diferenças entre mulheres e homens em relação ao consumo de álcool, referem-se aos aspectos biológicos. O corpo feminino tem menor quantidade de água que o masculino, o que representa que o mesmo consumo no organismo feminino resultará em maior concentração de álcool (BRASIL, 2011a).

As mulheres têm menor quantidade de álcool desidrogenase (ADH), enzima responsável pela primeira etapa de metabolização do álcool no organismo. As alterações hormonais também são importantes nas mulheres e contribuem na dependência e nas manifestações de sintomas associados à falta do consumo de álcool (BRASIL, 2011a).

Três participantes disseram que a bebida era uma companhia que as afastava da solidão, como evidenciado na narrativa de uma delas, a seguir:

É sim nesse ano que vim pra cá estava bebendo muito, todo dia... Estava triste, sozinha, meu casamento estava péssimo, meu marido cada vez mais distante, mais frio e eu sozinha... Quando bebia me sentia mais calma, menos triste, a bebida me fazia companhia, me fazia bem, me tirava da imensa solidão que eu estava vivendo... (E10r)

O aumento do consumo de bebidas alcoólicas por mulheres, ao longo dos anos, é significativo. O alcoolismo feminino hoje diz respeito ao beber solitário, marcado pela procura da embriaguez, do esquecimento ou do sono. É geralmente dissimulado de uma

culpabilidade implícita na reprovação social do comportamento oriundo do uso abusivo (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). O relato da participante E17r ilustra as palavras dos autores:

Sempre fiquei muito sozinha em casa e isso me deixava mais ansiosa. O que fazia que eu procurasse consolo na bebida e nos remédios. Depois eu ficava me sentindo péssima por ter bebido e tomado um monte de remédio.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de álcool por mulheres, também incluem: história familiar; idade: as mais jovens são usuárias de álcool com maior frequência do que as mais idosas; estado civil; trabalhar em ambientes de predominância de homens; ter um parceiro com problemas relacionados ao uso de álcool; ter sofrido abuso físico, emocional ou sexual na infância ou ter sido vítima de violência nos relacionamentos amorosos na idade adulta; problemas psiquiátricos como depressão, transtornos de ansiedade, bulimia, transtornos de personalidade e baixa autoestima; uso precoce de álcool, nicotina e outras drogas; problemas de comportamento na infância relacionados ao controle dos impulsos; fatos estressantes durante a infância e adolescência, como morte de um dos pais, privação econômica e doença na família (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

A dependência do álcool entre as mulheres também envolve aspectos emocionais importantes das suas histórias de vida. As usuárias de álcool de forma abusiva, frequentemente identificam um evento estressante como o desencadeador do início do beber excessivo (BRASIL, 2011a). Segue-se um exemplo na narrativa a seguir:

Comecei a beber mesmo quando os meus pais se separaram, só que eu achava que bebia socialmente. Nem fazia ideia do tanto que eu bebia. (Erj18)

Duas participantes relataram que bebem para comemorar, em festas, reuniões. Eis o relato de uma delas:

Acho que sempre bebi, vim da roça, lá a maioria bebe a branquinha. Pra abrir o apetite, pra comemorar, tudo é motivo. Gosto de cerveja também, quando vou em festa, num churrasco... (E2r)

Quatro mulheres disseram que bebem para ficar alegres, mais soltas, e para se tornarem leves. Seguem-se duas narrativas a esse respeito:

Quando você bebe, você esquece os problemas, esquece tudo, fica leve, até alegre

sem motivo, se solta... (Er1)

A pinga eu bebo em casa mesmo, mas já disse, nem é todo dia, é de vez em quando. Fico mais solta quando eu bebo, só isso... (Er2)

Duas mulheres relataram a “nóia”, intenso prazer proporcionado pelo uso da substância:

Muita gente oferece droga, sabem quando a gente começa não consegue mais parar. Quando começo a beber, não paro mais, fico na ‘nóia’. Quero mais, uso outras coisas também... (Er1)

Na casa do meu pai tinha sempre bebida, eu pegava e bebia. Geralmente era cachaça, aquela canelinha. Daí melhorou meu humor, a gente começa a rir igual pamonha, não é?! Eu fiquei mais descontraída, e fui achando que aquilo era a onda, que era bom, que eu tinha que continuar fazendo aquilo. (Er6)

Duas participantes (E5r, E12r, respectivamente) afirmaram beber para enganar a fome, e abordaram o fato em suas narrativas:

Eu bebia pinga, era o que dava pra comprar, não tinha dinheiro, a situação estava ruim demais nessa época. Meu marido bebia também, só que ele bebia quando não estava fazendo bicos. Eu não, eu bebia todo dia, toda hora. Quando não tinha as coisas para comer, eu bebia.

Como tinha pouca comida em casa, quase nada. Eu dava para os meus filhos e não comia. Para tapear a fome, eu bebia. Aí não comia mais, só bebia.

Já a participante E3r relatou que bebia “para conseguir dormir mais rápido”. Ela estava em situação de rua e tinha, no uso da substância, um conforto para amenizar a realidade que estava vivendo, assim confirmando que o alcoolismo feminino hoje diz respeito ao beber solitário, marcado pela procura da embriaguez, do esquecimento ou do sono (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Foram diversas as formas de prazer proporcionadas pelo uso de álcool, citadas nos relatos das participantes da pesquisa, o que permite compreender um pouco mais o universo do alcoolismo feminino, evidenciar e correlacionar o efeito da substância no organismo, sua forma de atuação e sintomas apresentados por essas mulheres.

### **3.2 2ª Categoria: A motivação da mulher alcoolista para iniciar e aderir ao tratamento no CAPS ad**

Nesta categoria, é apresentado o Itinerário Terapêutico percorrido pela mulher, as consequências negativas do alcoolismo, a motivação da mulher alcoolista para iniciar e aderir o tratamento no CAPS ad, e a atuação da equipe interdisciplinar.

#### 3.2.1 Itinerários terapêuticos das mulheres alcoolistas

Foi evidenciado nas narrativas de vida que a mulher alcoolista antes de iniciar o tratamento no CAPS ad percorreu diversos caminhos. Esses caminhos são descritos como itinerários terapêuticos que se referem à busca pelo tratamento e pela cura do processo de dependência. O itinerário terapêutico é o processo pelo qual os indivíduos frente à enfermidade tendem a iniciar a trajetória à procura de soluções para os seus problemas (ALVES, 2006).

Dentre as 26 mulheres alcoolistas entrevistadas, 16 evidenciaram em suas narrativas a presença do itinerário terapêutico antes de iniciarem o tratamento no CAPS ad. Nas narrativas das outras 10 que não apresentaram o itinerário terapêutico, foi constatado que cinco mulheres tiveram demanda espontânea ao tratamento no CAPS ad, duas souberam do tratamento através de familiares, e três relataram serem orientadas ao tratamento por pessoas conhecidas.

Dentre as participantes com itinerários terapêuticos, três foram encaminhadas ao CAPS ad após serem atendidas em Hospital Geral, como ilustrado abaixo, na narrativa de uma delas:

Eu me vi numa situação crítica de tanto beber, eu tentei suicídio, aí que eu parei no hospital de emergência. Lá eles me orientaram a procurar tratamento aqui. Que aqui poderia me ajudar com o problema da bebida... (E4r)

A participante E4r relatou em sua narrativa o início do uso de álcool na idade adulta, porém com a perda de sua mãe, esta intensificou o uso de álcool e apresentou uma imensa tristeza e desgosto pela vida a ponto de tentar suicídio e ser encaminhada para o Hospital Geral, onde foi orientada a buscar tratamento no CAPS ad.

No caso da participante Er16, o início do uso de álcool foi aos 16 anos, e aos 18 começou a usar cocaína. Passou por clínica de reabilitação, onde conseguiu parar o uso da cocaína, mas continuou o uso de álcool, que foi intensificado após apresentar um quadro depressivo, devido a uma desilusão amorosa. O uso da substância começou a prejudicar o seu trabalho como dentista, e ela relatou que perdeu pacientes que perceberam seu hálito etílico. Devido às inúmeras dívidas, houve uma intensificação do quadro depressivo e do uso de álcool, seguida da tentativa de suicídio com a ingestão de três cartelas de tranquilizantes, iniciativa que resultou no seu encaminhamento ao Hospital Geral, onde foi orientada sobre o tratamento no CAPS ad. Segue-se um recorte do seu relato:

[...] lá no hospital de emergência uma psicóloga conversou comigo e me encaminhou para o tratamento aqui no CAPS... ( E16r)

Ambas as participantes tiveram como pontos em comum a tentativa de suicídio, o socorro em hospitais gerais e o posterior encaminhamento ao CAPS ad para tratamento, por apresentarem problema com o uso abusivo de álcool.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c), a intersetorialidade é preconizada na política nacional sobre drogas e se refere à inclusão do usuário em outros espaços de assistência através de parcerias na rede de atenção à saúde.

Dentre os muitos dispositivos que podem compor estes itinerários, o hospital tem lugar de destaque. Em muitos casos, por diferentes razões, há a necessidade de hospitalização de pessoas que usam drogas: nos casos de abstinência alcoólica, diante da necessidade de apoio para desintoxicação, especialmente em quadros nos quais se apresenta nítida necessidade clínica (LANCETTI, 2008).

O hospital geral é um lugar de assistência à saúde da população e de acordo com as políticas ministeriais deve priorizar a humanização e o cuidado integral ao usuário sem qualquer tipo de discriminação. A participante E5r descreveu como um dos seus itinerários terapêuticos o serviço de assistência social do hospital geral. A mesma deu entrada no hospital geral com o filho que tinha cinco meses de idade após queda com este. Ela encontrava-se alcoolizada no momento do acidente com a criança. Devido a este fato a participante começou a ser acompanhada pelo serviço social do hospital e pelo conselho tutelar. Neste período ela



perdeu a guarda da criança por intervenção do Ministério Público e foi encaminhada ao tratamento no CAPS ad.

[...] o serviço social me encaminhou para o tratamento aqui... (E5r)

O Serviço Social é uma profissão interventiva que busca diminuir as disparidades sociais. Um assistente social atua, por meio de pesquisas e análises de realidade social, na formulação, execução e avaliação de serviços, programas e políticas sociais que buscam a preservação, defesa e ampliação dos direitos humanos e a justiça social. O trabalho do assistente social tem como objetivo garantir direitos e assistência para a população desamparada, fazendo isso por meio de políticas sociais, de forma organizada e planejada, lutando contra os problemas das injustiças que podem afetar os desamparados socialmente. Entre os principais campos de atuação profissional de um assistente social estão: redes de serviços sociais do governo; hospitais; escolas/creches; centros de convivência; administrações municipais, estaduais e federais; serviços de proteção judiciária; conselhos de direitos e de gestão; movimentos sociais. A profissão é regulamentada no Brasil pelo Conselho Federal de Serviço Social e seus respectivos Conselhos Regionais (ANDRADE; FRIEDMAN, 2006).

Os indivíduos estabelecem relações singulares com a sua experiência de enfermidade, da mesma maneira que cada um vivencia a seu modo, seus sofrimentos, suas alegrias, suas frustrações, suas vitórias e suas inseguranças diante das complexidades da vida. Também desenvolvem maneiras peculiares de estar no mundo, de estar implicado com a suas escolhas, e de resolver seus problemas de saúde (ALVES, 2006).

Seis participantes foram encaminhadas ao tratamento pela Unidade Básica de Saúde próxima das suas residências e se referiram à Unidade como “Posto de Saúde”, como ilustrado em duas narrativas:

O pessoal do posto de saúde de perto da minha casa que sempre acompanhou minha família, falou sobre esse lugar de tratamento para pessoas com problemas com álcool e outras drogas. Aí eu resolvi tentar coisa diferente... (E11r)

Eu suava frio, tinha tonteira e tremedeira pela falta da bebida. Foi quando procurei o posto do meu bairro e eles me indicaram para cá... (E18rj)

A participante E5r relatou o início do uso de álcool na idade adulta, justificando que a intensificação do uso ocorreu quando sua condição social encontrava-se crítica. Relatou uso

de álcool durante a gravidez, e disse que na Unidade Básica de Saúde que frequentava, recebeu orientações sobre os malefícios, para o feto, do uso de álcool na gestação e sobre o uso durante o período de amamentação. Segue-se a sua narrativa a respeito:

Eu bebia pinga, era o que dava pra comprar, não tinha dinheiro, a situação estava ruim demais nessa época... Não dei de mamar para meu filho, pois falaram lá no posto que o álcool passava no leite, então eu não dei de mamar. Eu sabia que não ia conseguir ficar sem beber. (E5r)

As participantes E5r, E11r, E15rj também relataram a unidade básica de saúde em seus itinerários terapêuticos, porém estas tiveram outros itinerários presentes em suas narrativas, tais como o hospital geral, os alcoólicos anônimos, a clínica especializada e o CAPS II, os quais serão enfocados no decorrer da pesquisa.

A participante E18rj foi encaminhada ao tratamento no CAPS ad pela Unidade Básica de Saúde próxima de seu domicílio. Ela relatou início do uso de álcool aos 15 anos e uso de cocaína aos 16 anos. Disse que quando seus pais se separaram, intensificou a ingestão de álcool a ponto de apresentar sintomas de abstinência quando não fazia uso da substância. Foi quando procurou a Unidade Básica de Saúde, conforme seu relato a seguir:

Comecei a beber mesmo quando os meus pais se separaram, só que eu achava que bebia socialmente. Nem fazia ideia de tanto que eu bebia... Mas minha ficha caiu mesmo quando eu percebi que não conseguia ficar sem beber nem um dia. Eu suava frio, tinha tonteira e tremedeira pela falta da bebida. Foi quando procurei o posto do meu bairro e eles me indicaram para cá. (E18rj)

No caso da participante E22rj que também foi orientada ao tratamento pela unidade básica de saúde, o uso abusivo de álcool resultou no comprometimento de sua saúde. Ela relatou problemas como pressão alta, diabetes e cirrose e disse que foi encaminhada para tratamento no CAPS ad. Em sua narrativa também evidenciamos recaídas, abandono de tratamento e posterior retorno ao CAPS ad.

Quando vim pra cá tava com a pressão e a diabetes alta, tudo descontrolado. Minha saúde tava péssima. Até tomava os remédios, mas não largava a danada da cachaça. Tive um problema sério no fígado, cirrose e a culpa foi da cachaça. Ou eu parava de beber, ou morria mais depressa. Tive que tomar uma decisão e decidi viver...Meus filhos me trouxeram pra cá, o pessoal do posto orientou sobre esse tratamento que tem aqui. (E22rj)

A participante E25rj também foi encaminhada ao tratamento pela Unidade Básica de Saúde devido às comorbidades apresentadas e ao uso intenso de álcool. Ela relatou que o

início do uso da substância ocorreu aos 11 anos de idade. No momento da realização da pesquisa, encontrava-se com 18 anos, em tratamento para tuberculose, sendo referida ao tratamento para o uso abusivo de álcool no CAPS ad.

Comecei a beber tem tempo já, acho que tinha 11 quando comecei. Bebia com meus amigos, era escondido, nossos pais nem sabiam. De um tempo pra cá comecei a passar mal, vomitar, emagreci muito e peguei tuberculose. Comecei o tratamento para a tuberculose no posto e eles disseram que para eu me recuperar tinha que também conseguir parar de beber. Acho que peguei essa doença por beber muito todo dia, ficar sem comer, ficar na rua até tarde, não dormir direito. (E25rj)

Pesquisa realizada em 2002 pelo Ministério da Saúde revelou que 56% das Estratégias de Saúde da Família (ESF) já haviam desenvolvido alguma ação em saúde mental. Estes profissionais têm como característica no trabalho o acesso direto à população. As visitas das equipes facilitam o vínculo e a aproximação entre a população e os profissionais de saúde, possibilitando a construção de uma relação de confiança, fato que reforça a importância da integralização do cuidado holístico para atendimento do indivíduo em sua totalidade (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

De acordo com os atuais registros do Ministério da Saúde em agosto de 2011, já existiam implantadas no Brasil 32.079 equipes de saúde da família em 5.284 municípios (BRASIL, 2013).

Outro itinerário terapêutico evidenciado na pesquisa foi o pré-natal sendo abordado por duas participantes:

Agora vim encaminhada pela médica do pré-natal, estou fazendo pré-natal de risco, pois já tive dois abortos consecutivos e o meu último bebê morreu devido à má formação pelo meu uso intenso de bebida na gravidez... (E14r)

Eu vim por causa do uso descontrolado de bebida na gravidez. A médica do pré-natal me encaminhou pra cá... (E24rj)

A participante E14r iniciou o uso de álcool aos nove anos de idade, ela relatou ter dois filhos, ter tido dois abortos, encontrava-se grávida no momento da pesquisa e já havia perdido um filho que morreu devido à Síndrome Alcoólica Fetal. A primeira vez que iniciou o tratamento no CAPS ad foi pelo risco de perder a guarda dos filhos devido ao uso abusivo de álcool. Esta foi encaminhada pelo Conselho Tutelar em 2008. Após este período relatou ter abandonado o tratamento, pois havia mudado de cidade. Relatou recaída no uso abusivo de álcool e iniciou uso de crack em 2012. No momento da pesquisa havia sido encaminhada ao tratamento ao CAPS ad pelo pré-natal. Destaque deve ser dado ao fato de que a literatura

confirma maior risco de malformações, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia e mortalidade perinatal, além de diversos problemas físicos e mentais decorrentes da Síndrome do Alcoolismo Fetal (SILVA et al., 2011).

No caso da participante E24rj que também foi encaminhada ao tratamento pela médica do pré-natal, esta relatou início do uso de álcool aos 11 anos de idade, relatou que em sua casa todo mundo fazia ingestão de bebidas alcoólicas e que cresceu utilizando álcool, mesmo durante o período da gravidez.

[...] eu estava bebendo muito mesmo grávida. A médica me disse se eu não parasse de beber ia prejudicar o bebê... Acho que comecei com 11 anos, eu já bebericava a cerveja dos adultos. (E24rj)

Durante o pré-natal devem ocorrer ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, além do diagnóstico e tratamento dos problemas que possam ocorrer neste período. De acordo com o manual do Ministério da Saúde é considerado como fator de risco na gravidez atual o quadro de dependência de drogas lícitas ou ilícitas. Como também apresentar na história reprodutiva anterior, recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou mal formado (BRASIL, 2006c).

Estados e Municípios devem estar organizados por uma rede de serviços para a atenção obstétrica e neonatal e dispor de mecanismos de referência e contra referência a fim de oferecerem uma atenção integral para mãe e filho.

O consumo de álcool na gravidez expõe o feto principalmente nos primeiros meses. Mulheres que consomem duas a três doses de bebida alcoólica por dia apresentam 11 % de chance de ter uma criança com a Síndrome Alcoólica Fetal, cujas características são: deformidades faciais, anormalidades labiais, deficiência de crescimento, problemas cardíacos, retardo ou deficiência mental e problemas de aprendizado futuro (BRASIL, 2011b).

Os Alcoólicos Anônimos (AA) também foram referidos na pesquisa como itinerário terapêutico. Uma participante em sua narrativa descreveu o tratamento no AA antes e após iniciar o tratamento no CAPS ad como evidenciado a seguir:

Tentei tratamento para parar de beber, participava do AA do meu bairro. Mas foi muito difícil ficar sem beber... Continuei também no AA. Falava pro pessoal de lá vir aqui também, pra ajudar, pra somar forças. Alguns colegas de lá também frequentam aqui... (E5r)

Essa participante iniciou o uso de álcool na idade adulta, também durante a gravidez, quando a unidade básica de saúde a orientou a procurar tratamento para o uso abusivo de

álcool. Neste período iniciou tratamento no AA, referindo não ter surtido muito efeito, já que não conseguia a abstinência. No ano de 2011, esta perdeu a guarda do filho que estava com cinco meses de idade. Também apresentou como itinerário terapêutico o hospital geral que a encaminhou ao tratamento no CAPS ad.

A história dos Alcoólicos Anônimos (AA) iniciou-se em 1931 quando o psicanalista Carl Gustav Jung, que realizava tratamento em um dependente de álcool, Roland Hazard, banqueiro americano de família rica, vendo que o tratamento não estava sendo satisfatório recomendou a seu paciente a procura de experiência espiritual ou religiosa. Roland se envolveu em um movimento evangélico, o *Oxford Group*, e livrou-se de sua dependência. Formando-se a partir de então, um subgrupo de dependentes de álcool dentro do *Oxford Group*. Posteriormente, fundaram os Alcoólicos Anônimos em 1935 em Ohio. Sendo que as raízes religiosas prevalecem até os dias atuais (BRASIL, 2011b).

Os AA cresceram rapidamente e estima-se que existam 98.710 grupos com 1.989.124 membros, em 150 países diferentes. No Brasil, há cerca de 6.000 grupos com 121.000 membros (BRASIL, 2011b).

Os grupos de autoajuda baseados no modelo do AA têm como requisito à participação, o desejo de não beber, e pode ser formado a partir de duas pessoas com o intuito de seguir a filosofia do grupo que se refere ao seguimento pelos membros dos doze passos. Os doze passos são sugeridos aos membros do grupo como um processo útil para atingir e manter a abstinência.

Nas narrativas de vida, percebemos que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) também foi relatado por duas participantes como itinerário terapêutico. A participante E10r foi encaminhada ao tratamento pelo CAPS onde fazia tratamento para depressão e transtorno bipolar do humor. Devido ao uso intenso de álcool, esta foi encaminhada para o CAPS ad, onde iniciou o tratamento em 2001.

No seu relato constam recorrentes recaídas, com posteriores retornos ao tratamento. No momento da pesquisa encontrava-se abstinente há alguns anos e em processo de alta do tratamento.

[...] meu primeiro local de tratamento foi no outro CAPS, o Casa Aberta lá eu fazia tratamento para depressão e para transtorno bipolar do humor. Mas quando comecei o uso exagerado de álcool eles me encaminharam para fazer o tratamento aqui. (E10r)

No caso da participante E15rj, esta também foi encaminhada ao tratamento pelo CAPS II onde fazia tratamento para depressão. Relatou início do uso de álcool na adolescência,

quando também experimentou maconha e cocaína. Devido ao uso intenso de álcool associados aos sintomas de depressão foi encaminhada pela unidade básica de Saúde ao CAPS. Posteriormente foi encaminhada ao CAPS ad devido ao quadro de uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Fui encaminhada pelo posto de saúde para fazer tratamento no CAPS Casa Aberta para depressão. Só que lá viram que o meu problema maior era a bebida, que a depressão era segundo plano. (E15rj)

O CAPS é um dispositivo assistencial em saúde mental, que possui como função a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no seu território, realizando prioritariamente o atendimento de clientes com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS I destina-se a atender os municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, com o funcionamento das oito às 18 horas, em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana, o CAPS II para municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, além de dois turnos podendo haver um terceiro turno até às 21 horas. Já o CAPS III, destina-se para municípios com população acima de 200 mil habitantes, com atenção nas 24 horas do dia, incluindo finais de semana e feriados, também realiza acolhimento noturno, com no máximo cinco leitos para eventual repouso e/ou observação (BRASIL, 2002c).

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil II (CAPS i II) também foi referido como itinerário terapêutico por uma participante da pesquisa. A participante E7r relatou início do uso de álcool aos nove anos de idade, sendo encaminhada ao CAPS i com 12 anos pelo Conselho Tutelar, no momento da pesquisa a mesma havia completado 18 anos de idade sendo então encaminhada para o tratamento no CAPS ad. Conforme mencionou em sua narrativa:

Eu fazia tratamento no CAPS i e agora que fiz 18 anos vim pra cá, para o CAPS ad já fazem quatro meses... (E7r)

Destaca-se que o CAPS i II funciona para atendimento de crianças e adolescentes até 18 anos incompletos com grave comprometimento psíquico e, também, com uso abusivo de álcool e outras drogas em uma população com cerca de 200 mil habitantes (BRASIL, 2002c).

Também encontramos, como itinerário terapêutico, o ambulatório de psiquiatria que foi mencionado por duas participantes. A E13r foi encaminhada ao tratamento pelo psiquiatra do ambulatório em que fazia tratamento para depressão. Segundo seu relato, iniciou o uso de álcool aos 12 anos de idade, aos 16 anos maconha e relatou uso durante dois anos. O uso de

álcool não foi interrompido. Na idade adulta, devido à uma desilusão amorosa, apresentou quadro depressivo com intensificação do uso de álcool e tentou o suicídio, motivo pelo qual começou a realizar tratamento no ambulatório de psiquiatria para a depressão. Em 2011, devido ao uso abusivo de álcool e apresentação de sintomas de abstinência, foi encaminhada pelo psiquiatra do ambulatório para realização de tratamento no CAPS ad. Segue-se um recorte da sua narrativa a respeito:

Quando eu bebia eu ficava melhor, mais relaxada, esquecia a dor do vazio, da decepção que eu tive... Quando não bebia meu humor ficava insuportável, tinha tremores, dores de cabeça, náuseas. Minha irmã percebeu que o meu comportamento não estava normal e falou com o psiquiatra que estava me tratando na época. Foi quando ele me indicou para o tratamento aqui no CAPS, já faz dois anos. (E13r)

A participante E17r também apresentou como itinerário terapêutico o ambulatório de psiquiatria. Relatou início do uso de álcool na idade adulta e uso de benzodiazepínicos para controle da ansiedade. Relatou em sua narrativa que associava álcool e medicação para controle da ansiedade e para alívio da solidão que sentia. Sendo então encaminhada ao tratamento no CAPS ad pelo psiquiatra do ambulatório devido à associação de medicação e álcool.

O ambulatório de psiquiatria também é um serviço de atenção em saúde mental preconizado pela Lei nº 10.216 com o objetivo de promover, prevenir e tratar transtornos mentais leves e moderados na atenção ambulatorial (BRASIL, 2002c).

Também como itinerário terapêutico, encontramos o hospital psiquiátrico que foi abordado por uma participante da pesquisa. A E8r relatou início do uso abusivo de álcool aos 27 anos após separação do marido. E quando seu filho com 19 anos de idade foi assassinado a mesma intensificou ainda mais o uso de álcool. Foi internada nove vezes em hospital psiquiátrico, e iniciou o tratamento no CAPS ad em 1999, sob influência de sua mãe. Sua história deixa entrever muitas recaídas e retornos ao tratamento. No momento da pesquisa, ela havia acabado de sair de uma internação no hospital geral, no leito de curta permanência para desintoxicação, e encontrava-se em abstinência no momento da coleta da narrativa.

Evidenciamos na narrativa da participante E8r a caracterização do tratamento no hospital psiquiátrico na qual esteve por nove vezes internada.

Lá em (nome da instituição) é hospital de maluco mesmo, é tudo misturado, eles misturam gente com problema de cabeça com gente que tem problema com bebida, como no meu caso. Era horrível, um inferno, saía muito revoltada da vida. Bebia ainda mais, lá era castigo, não era tratamento. (E8r)

Como evidenciamos anteriormente nas referências conceituais da pesquisa, a internação em hospital psiquiátrico é prática evitada nos moldes atuais de assistência em saúde mental. Novas formas de cuidado são preconizadas, enfatizando a assistência em âmbito ambulatorial com inserção do usuário na comunidade. De acordo com a Reforma Psiquiátrica o objetivo da assistência em saúde mental é a inserção do usuário na sociedade e não a exclusão (BRASIL, 2011b).

Como alternativa ao hospital psiquiátrico, veio a proposta de atendimento em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e novas práticas (BRASIL, 2001).

Na narrativa da E8r também encontramos a diferenciação do tratamento que esta começou a receber desde quando iniciou o tratamento no CAPS ad. Como ilustrado pelo trecho da narrativa abaixo:

Comecei a tomar rumo quando vim para o CAPS e não fui mais internada. Estou há quatorze anos no tratamento já tive muitas recaídas e agora estou de volta há dois anos. Há duas semanas estive na Santa Casa por causa de uma recaída, fiquei no leito de saúde mental pra me livrar da intoxicação... a Santa Casa é hospital comum, de gente comum. Não fui tratada como maluco, fiquei no soro, tomava os remédios, conversava com a psicóloga, vinha para o CAPS de dia e passava a noite no leito, para melhorar mesmo, para desintoxicar do álcool. E agora estou bem, estou conseguindo ficar sem beber... (E8r)

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas possui os seguintes direcionamentos: atenção integral; base comunitária; territorialização; lógica de redução de danos; intersetorialidade, incluindo o usuário em outros espaços de assistência através de parcerias na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2003).

Evidenciamos que o atendimento destas usuárias do CAPS ad está condizente com o que preconiza o Ministério da Saúde na questão da humanização da assistência e da integralidade do cuidado do sujeito.

A clínica especializada para atendimento de usuários de álcool e/ou outras drogas também foi referida por três participantes da pesquisa como itinerário terapêutico. A participante E11r relatou início do uso de álcool aos 15 anos de idade e experimentou maconha e cocaína. A intensificação do uso de álcool deu-se após separação. Passou por internação em clínica especializada, com quadro de abstinência e constantes recaídas. Teve também como itinerário a Unidade Básica de Saúde. Iniciou o tratamento no CAPS ad em 2012. No momento da pesquisa, havia saído de mais uma internação em clínica especializada e encontrava-se em abstinência.

No caso da participante E16r relatou início do uso de álcool aos 16 anos, aos 18 anos



cocaína, período pelo qual passou por clínica especializada. Parou o uso de cocaína, mas continuou o uso de álcool. Depressão por desilusão amorosa que culminou na tentativa de suicídio. Após este episódio foi encaminhada ao tratamento no CAPS ad pelo Hospital Geral.

Já a participante E23rj iniciou o uso de álcool na adolescência. Uso intenso de álcool e crack um ano antes da realização da pesquisa. Relatou a prática de roubo para sustentar o vício e com ajuda dos membros da igreja que seus pais frequentavam, passou por consulta com neurologista e foi internada em clínica especializada. Após alta foi encaminhada ao CAPS ad.

A clínica especializada também é um dispositivo de tratamento para usuários de álcool e outras drogas e consiste na internação com o objetivo de desintoxicação da substância. O usuário continuará recebendo tratamento interdisciplinar durante o período da internação, além de realizar atividades artesanais, oficinas terapêuticas e ser avaliado constantemente a fim de receber alta e voltar a realizar tratamento em nível ambulatorial, como o realizado no CAPS ad (BRASIL, 2011b).

Os itinerários terapêuticos apresentados na pesquisa demonstraram os diversos caminhos percorridos pelas mulheres alcoolistas participantes da pesquisa na busca do melhor tratamento e recuperação da saúde. Investigá-los e também conhecer melhor o comportamento das mulheres alcoolistas em suas ambiguidades e contradições, contribuiu para a reflexão e o reconhecimento da importância de saber mais acerca da trajetória de vida dessas mulheres, como elemento fundamental na reconstrução do respectivo percurso social e institucional. Refletimos que, apesar das dificuldades vivenciadas, elas demonstraram garra e persistência ao buscar a recuperação do quadro de dependência alcoólica.

### 3.2.2 As consequências negativas do uso abusivo de bebida alcoólica na vida das mulheres alcoolistas

As participantes do estudo relataram diversas consequências em suas vidas devido ao alcoolismo. Nas suas narrativas, é possível identificar as diversas perdas pessoais e materiais que sofreram e que, de alguma forma, deixaram marcas profundas em cada mulher.

Quatro participantes da pesquisa disseram ‘estar no fim do poço’, por terem perdido a casa onde moravam, o emprego e por se afastarem da família por conta do alcoolismo. Três delas encontravam-se em situação de rua, como relataram em suas respectivas narrativas:

Estou no inferno, morando três anos na rua já. Sem eira nem beira. Tudo eu perdi por causa da bebida, meu primeiro marido bebia, morreu. Fiquei sozinha com três filhas e pobre, me virando como dava. Já bebia desde novinha, mas sabia parar, sabia ter controle. Cheguei no fundo do poço. (E1r)

Tô na rua, bebendo, sem trabalho, sem nada. Tô num buraco fundo. Quero sair dele, melhorar. Tenho medo de não conseguir e me afundar mais. (E3r)

Eu estava morando com a minha mãe, só que saí de casa porque briguei com a minha irmã. Aí eu falei: mãe, eu sinto muito, mas eu vou pra rua. Com a minha irmã dentro de casa, não dá não. (E20rj)

Quanto à E23rj, disse que já esteve em situação de rua. Relatou ter ficado igual a mendigo, mas retornou para a casa dos pais. Todas manifestaram o desejo de reerguer suas vidas e reconquistarem o que perderam devido ao álcool, para saírem do fim do poço.

Os comprometimentos sociais e familiares na vida dessas mulheres desenvolvem-se ao longo de um *continuum*, de acordo com o grau de dependência. À medida que elevam o consumo alcoólico, e perdem o controle do uso da substância, acontece o desencadeamento de problemas (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Dezessete participantes declararam em suas narrativas, que tinham desestruturação familiar em suas vidas. No relato de treze dessas mulheres, foi possível perceber que a desestruturação familiar era anterior ao alcoolismo. Apenas três participantes disseram ter pais separados, como ilustrado nas duas narrativas abaixo:

[...] acho que herdei o DNA ruim do meu pai, ele bebia muito, sempre cheirava a álcool era agressivo comigo, com a minha mãe e com os meus irmãos. Minha mãe se separou dele quando eu tinha acho que doze anos, mas mesmo assim ele ia lá em casa bêbado, fazendo confusão, arranjando briga com todo mundo. (E11r)

Comecei a beber mesmo quando os meus pais se separaram, só que eu achava que bebia socialmente. (E18rj)

Dez participantes informaram ter pais alcoolistas, a exemplo de E7r que narrou o seguinte:

Meu pai sempre bebeu muito, sempre deixava eu experimentar, a minha mãe também não ligava que eu bebesse. Meus pais se separaram e começaram a beber ainda mais.

Em seis narrativas, o falecimento do pai foi em consequência do alcoolismo, como exemplificado nos dois recortes de narrativas apresentados a seguir:

Ai, a história é triste, muito triste, cresci com pais alcoólatras que sempre beberam... Meu pai morreu por causa do alcoolismo dele, tinha problema nos rins e bebeu até o fim da vida. (E9r)

Na minha família já aconteceu muita desgraça por causa da bebida. Meu avô e meu pai morreram pelo excesso da bebida, ficaram doentes e com problemas sérios. (E26rj)

Cinco participantes relataram ter mães etilistas, sendo que uma informou que a mãe havia falecido em consequência de outras patologias que, de alguma forma, tinham relação direta com o alcoolismo. Seguem-se três relatos a respeito do alcoolismo em família:

[...] achava bebida do meu pai ou da minha mãe, eu bebia também... Minha mãe conseguiu parar de beber também, fez tratamento também, ela vinha aqui pro CAPS. (E7r)

[...] cresci com pais alcoólatras que sempre beberam... Minha mãe que agora está velha diminuiu muito, mas ainda bebe cerveja de vez em quando. (E9r)

A gente sempre foi muito pobre a vida toda. Ainda por cima, minha mãe era chegada na cachaça, aí era tudo mais difícil. Então fiquei com a minha mãe, passando todos os perrengues mesmo. Ela diabética, com pressão alta, bebendo, chegou a perder um pé por conta da diabetes descontrolada e morreu por conta de uma infecção. Mas mesmo doente, minha mãe nunca deixou a bebida e o cigarro. Foi cavando a própria cova. (E12r)

Em quatro narrativas foi retratado o uso abusivo de álcool pelos companheiros das participantes, sendo que o marido de uma delas (E1r) faleceu com problemas decorrentes do alcoolismo. Essa participante relatou problemas com o marido que bebia muito, era agressivo, vivia sem trabalho, e faleceu com cirrose em consequência do alcoolismo. No momento da pesquisa, os filhos residiam com a avó.

Cinco participantes também abordaram em suas narrativas, a separação de seus maridos. Quanto à E22rj, disse que o marido faleceu quando ela era muito jovem, deixando-a com dois filhos pequenos para criar. Segue-se o relato desse acontecimento:

Perdi meu marido muito mocinha, tinha 20 anos, e já tinha dois filhos. Ele morreu atropelado. Foi uma barra enfrentar a vida sozinha com criança pequena.

As mulheres inseridas neste estudo são mulheres comuns, com histórias mais ou menos parecidas que, em algum momento de suas vidas, foram “tragadas” pelo “furacão” do alcoolismo por não terem conseguido acompanhar o “ritmo” imposto por suas situações existenciais. Percebe-se que a desarmonia, seja familiar ou conjugal, surgiu nos depoimentos como grande protagonista dessas histórias de vida, em particular (SOUZA, 2006).

As participantes E11r e a E14r relataram desestruturação familiar anterior ao alcoolismo, porém, como consequência do uso abusivo de álcool, correram o risco de perder a guarda dos filhos, como transcrito nas respectivas narrativas, apresentadas abaixo:

[...] Meu ex-marido começou a me ameaçar que ia tirar as crianças de mim por causa da bebida. Foi quando que me toquei que poderia perder meus filhos por conta do vício aí pedi ajuda. (E11r)

[...] meu pai sempre bebeu muito, minha mãe nem tanto, mas também bebe. Meu pai já esteve envolvido com tráfico. Da outra vez vim encaminhada pelo Conselho Tutelar, eu estava correndo o risco de perder a guarda dos meus filhos por causa da bebida. (E14r)

O poder familiar é o poder dos pais sobre os filhos, incluindo seus direitos e obrigações, sendo dever do Estado proteger o interesse das crianças e adolescentes até atingirem a maioridade aos 18 anos. O poder familiar (pátrio poder) exercido não pode violar os direitos humanos garantidos pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2011b).

A destituição do poder familiar rege-se pelo disposto no Código Civil e na Lei nº 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Com efeito, dispõe o Artigo 24 da referida Lei, que a perda do pátrio poder será decretada judicialmente, em procedimento contraditório, nos casos previstos na lei civil, bem como na hipótese de descumprimento injustificado dos deveres e obrigações a que alude o Artigo 22 do referido Estatuto (BRASIL, 1990).

O Artigo 22 do ECA, por seu turno, refere que “aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais” (BRASIL, 1990).

O Código Civil de 2002, no Artigo 1.638 e seus incisos, estabelece: "Perderá por ato judicial o pátrio poder o pai, ou mãe: que castigar imoderadamente o filho; que o deixar em abandono; que praticar atos contrários à moral e aos bons costumes" (BRASIL, 2002a).

Na narrativa de quatro participantes, foi possível identificar que a desestruturação familiar aconteceu como consequência do uso abusivo de álcool, e duas perderam a guarda dos filhos, como ilustrado em suas narrativas:

Eu tenho um filho que agora tem dois anos, mas quando ele tinha cinco meses, eu perdi a guarda dele e ele foi parar no abrigo. Eu caí dentro do ônibus com ele no colo, ele machucou e fomos para o hospital de emergência. Lá viram que eu tinha bebido, que estava tonta e chamaram a assistente social. Ele ficou internado, teve que fazer exame de cabeça, ficou sem consciência, ficou mal. Aí eles começaram a me investigar, ver como eu morava, como era a minha vida, minha casa, minha família. E decidiram que eu estava sem condições pra cuidar dele. Quando ele teve alta ele foi direto pro abrigo... (E5r)

Perdi a guarda deles, pois estava com uma vida muito doida, na bebedeira, meus filhos estavam jogados. (E19rj)

A problemática do uso abusivo de bebidas alcoólicas é complexa e se agrava muito mais quando é a mulher que bebe. Em suas narrativas, as participantes da pesquisa demonstraram a grande influência do contexto familiar conturbado contribuindo de forma significativa na instalação da dependência alcoólica, confirmando que os fatores culturais, sociais e familiares exercem poderosa influência sobre o padrão de beber e sobre a quantidade ingerida pelas mulheres, alterando sua vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas com álcool (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

No que se refere ao papel da mulher, observa-se que, a despeito das alterações ocorridas na sociedade, da evolução natural dos costumes e crenças, a representação da mulher sempre esteve atrelada à figura materna, quer seja enaltecendo as qualidades da “boa” mãe, quer seja criticando, julgando ou condenando qualquer uma que não se “encaixe” nestes moldes (SOUZA, 2006).

A participante E2r lembrou a perda da guarda dos netos, que estavam sob seus cuidados porque sua filha era usuária de crack:

Tive que vir pra cá porque perdi a guarda dos meus netos por causa do Conselho Tutelar. Eles estão no abrigo. Alguém me denunciou, disse que eu bebia muito e não cuidava das crianças. Que ficavam jogadas pelos cantos. Que elas não tavam sendo cuidadas direito. Mentira isso, cuido muito direitinho delas. Minha filha é cracuda, eu cuido deles então.

Já a participante E3r apresentou como justificativas para a desestruturação familiar, estar afastada dos filhos e o término do relacionamento com o marido.

A relação de ocorrência de fatos estressantes da vida, tais como: privação econômica, família de origem instável, entre outros, são apontados como relevantes e presentes na determinação de risco para desenvolvimento de problemas de abuso de bebidas alcoólicas entre mulheres (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Os acontecimentos que marcaram a vida dessas mulheres podem ter produzido sentimentos e desencadeado reações diversas, que teriam originado grandes ou pequenos traumas. Percebeu-se presente nas suas narrativas de vida das participantes do estudo, que o consumo de bebidas alcoólicas permitiu a busca de um alívio, uma forma de amenizar a dor vivida por elas, mas as consequências negativas do alcoolismo foram também evidenciadas de forma significativa e marcante nessas mesmas narrativas.

Três participantes da pesquisa fizeram referência ao medo e ao vazio que sentiam. A participante E3r relatou que tem medo de se afundar ainda mais no vício, e medo do vazio que é ficar sozinha, como ilustrado a seguir:

Meu vazio é o jeito que tá minha vida agora. Tô na rua, bebendo, sem trabalho, sem nada. Tô num buraco fundo. Quero sair dele, melhorar. Tenho medo de não conseguir e me afundar mais. Tenho medo de ficar sozinha. É assim que eu sinto. (E3r)

A participante E8r relatou que sentiu um vazio na alma quando perdeu o filho de 19 anos, assassinado, conforme trecho da narrativa abaixo:

Nessa época que perdi meu filho eu bebi ainda mais, a tristeza era muito grande, fiquei com um grande vazio na alma... (E8r)

Já a participante E13r relatou do vazio da vida e da alma que sentiu quando o noivo a abandonou próximo ao casamento. Segue-se a narrativa que fez a respeito:

Eu tinha vida normal, trabalhava como vigia, era concursada da Prefeitura. Eu estava noiva, namorei por seis anos, estávamos planejando para casar, já tínhamos casa, enxoval, móveis, estava tudo certo, tudo acertado. Foi então que o meu noivo terminou tudo comigo, me deixou praticamente no altar, sem explicação. Depois soube que ele havia engravidado uma menina muito nova. Meu mundo desabou, fiquei sem chão, a desilusão foi muito grande, fiquei sem rumo. (E13r)

Continuando a relembrar os fatos, relatou a tentativa de suicídio neste período de sua vida:

Entrei em um quadro depressivo grave, não saía de casa, não comia, não bebia, perdi 10 quilos, fiquei pele e osso. Abandonei o trabalho, minha mãe sofria junto comigo e minha irmã tentava me ajudar, mas não conseguia, foi uma tristeza só, eu queria morrer. Tomei chumbinho para tentar me matar, mas me socorreram a tempo. Fiquei um tempão internada. Minha mãe e minha irmã tinham que me vigiar dia e noite pra eu não fazer besteira. (E13r)

Nos três casos o uso de bebida alcoólica se intensificou para preencher este vazio que as participantes relataram em suas narrativas.

Reportando-nos às mulheres que fizeram parte deste estudo, e tomando como base todas as apreciações feitas até o momento acerca do alcoolismo feminino, resolvemos considerar e dar destaque também ao pensamento de Bauer (2003), que apresentam cinco motivos de natureza psicossocial, que levam tanto homens como mulheres a beberem em demasia: Vontade de amenizar o peso do trabalho e das relações pessoais; Livrar-se de tensão

e ansiedade; Livrar-se do tédio e da fadiga; Liberar sentimentos; Escapar à prisão da “maturidade” para o livre jogo da infância ou, o mais das vezes, da infantilidade.

Examinando atentamente os depoimentos colhidos, observamos que havia certa congruência com as afirmações feitas por estes estudiosos.

Nos três relatos aqui apresentados, e em quase todos os outros, as participantes deixaram transparecer que a bebida alcoólica foi utilizada como meio de apaciar a vontade de suavizar o peso das relações pessoais, livrar-se de tensão e ansiedade, liberar sentimentos desagradáveis, e também lidar com o medo do vazio que existe em suas vidas.

Os depoimentos das mulheres que participaram desta pesquisa apresentaram uma variedade de situações, mas o que chamou a atenção foi a presença do sentimento de dor que seis participantes relataram em suas narrativas. Os acontecimentos que marcaram a vida destas mulheres podem ter produzido sentimentos e desencadeado reações diversas.

Nas narrativas de três participantes encontramos a presença da dor da perda da mãe, como exemplificado no trecho abaixo:

Depois do enterro da minha mãe, eu tava com uma depressão muito forte, aí eu comecei beber e não queria ver ninguém, falar com ninguém, nem olhar na cara de ninguém... Eu estava bebendo muito, pra conseguir continuar, ter força pra sair da cama, eu percebi que isso não era certo, agir dessa forma. Ficar movida por bebida pra aguentar... Foi quando eu tomei 15 comprimidos de diazepam e fui parar no hospital de emergência, e lá depois da alta me encaminharam pra cá. Queria acabar com o meu sofrimento, com a minha tristeza, com a minha angústia. Não pensei em nada e nem em ninguém. Achei que a dor tinha que acabar, por isso fiz isso... (E4r)

No caso dessa participante, a dor justificada pela perda da mãe fez com que ela intensificasse o uso de bebidas alcoólicas e tivesse uma atitude radical ao tentar tirar a própria vida com o objetivo de amenizar a dor que sentia.

As participantes E12r e E26rj também referiram dor relacionada à perda de suas mães nas respectivas narrativas:

Foi complicado me abrir, contar da minha vida, da minha família, da dor da perda da minha mãe. (E12r)

Tem um ano que a minha mãe morreu. Eu fiquei sozinha, sem amparo. Aí endoidei, só quis saber de bagunça, de zoação, tudo era para aliviar a dor e a solidão imensa que eu sentia. Beber me ajuda a esquecer das minhas desgraças, de tudo que eu já perdi. (E26rj)

Para entender um pouco mais sobre as histórias de vida dessas mulheres, estabelecemos uma aproximação com alguns conceitos indispensáveis à compreensão do sentimento de dor referido por elas. O amor aos familiares próximos, como pais, irmãos e

filhos, são profundamente internalizados, íntimos e ordenadores do nosso desejo. Quando ocorre a ameaça de perder este amor ou depois de ter realmente perdido, é que se manifesta a ausência dolorosa e um profundo esvaziamento (NASIO, 1997).

A participante E5r relatou a dor pela perda da guarda do filho, e de como foi difícil para ela superar este processo. A participante E22rj afirmou que depois da morte do seu marido, o uso da bebida era para aliviar sua dor. Já a participante E15rj relatou a dor que causa às pessoas que a amam, devido ao seu quadro de dependência alcoólica:

É mesmo esta droga de dependência consome a nossa vida, corrói a nossa alma. Causa tristeza e dor para quem ama a gente. Afasta tudo de bom. Só fica por perto coisa ruim, gente ruim. (E15rj)

A dor aqui mencionada manifesta-se a partir da perda súbita do objeto de desejo, sem que haja um preparo para esta perda. A dor psíquica pode ser desencadeada a partir da ruptura dos seguintes aspectos: Perda da pessoa amada (luto), do seu amor (abandono), o amor dedicado à autoimagem (humilhação) ou à integridade do corpo (mutilação) (NASIO, 1997).

A participante E6r referiu-se à dor que sentia quando lhe faltava a bebida. Seu relato foi o seguinte:

[...] foi quando eu estava bebendo, eu estava bebendo bastante. E quando faltava a bebida, é que eu sentia que doía mais em mim. Eu não sabia que tinha que procurar médico. E fiquei lá, sofrendo lá. (E6r)

No que diz respeito ao alcoolista, essa dor é sentida mesmo sem que ele saiba da sua origem, ou seja, de que ou quem se trata o objeto perdido. Nasio (1997) afirma que ele “ignora que uma profunda dor está na origem de sua sede compulsiva”. Embriagado, o seu Eu não consegue traduzir as turbulências pulsionais em emoção dolorosa. Desta forma, o álcool age como neutralizador da função do Eu, impedindo que as turbulências pulsionais sejam traduzidas em sentimentos conscientes.

As mulheres participantes da pesquisa que referiram a presença da dor em diversas formas mostraram como é difícil expressar este sentimento tão correlacionado com suas histórias de vida e que, direta ou indiretamente, teve relação com o quadro de dependência alcoólica por elas apresentado. As informações obtidas nos seus relatos refletem e confirmam através das consequências (pessoais, profissionais e as relacionadas à família) observadas, a magnitude e a complexidade da questão do alcoolismo feminino.



Encontramos em 12 narrativas, relatos do uso de outras drogas, além do álcool, pelas participantes do estudo, sendo que cinco confirmaram o uso de maconha em algum momento da vida. Isto está exemplificado nas duas narrativas abaixo:

Experimentei outras drogas maconha, cocaína, mas a minha perdição sempre foi o álcool, sempre foi beber além da conta. (E9r)

Comecei a beber faz mais de 20 anos, acho que estava com quinze anos quando tomei meu primeiro drink, meu primeiro coquetel, foi em um baile com amigos mais velhos que eu tinha na época. Também experimentei nessa época maconha e depois cocaína. (E11r)

O uso da maconha acompanha a história do homem. Existem referências a respeito há mais de 12.000 anos. Já foi utilizada pelos seus efeitos psicológicos, com os mais diversos fins medicinais, e suas fibras, na confecção de cordas e roupas. O efeito euforizante da planta foi descoberto na Índia (entre 2.000 e 14.000 a.C) onde era utilizada para estimular o apetite, curar doenças venéreas e induzir o sono. No Brasil, as sementes da maconha foram trazidas por escravos sendo cultivadas com finalidade têxtil, mas rapidamente seu uso como euforizante passou a dominar. Como suas propriedades psicoativas e a possibilidade de abuso estavam presentes e já eram conhecidas, seu uso foi proibido e o tráfico teve início (BRASIL, 2011a).

Em relação ao uso de maconha pelas participantes E1r, E9r, E11r, percebemos que as ocorrências configuraram episódios pontuais. Apenas a participante E15rj fez o seguinte relato:

Comecei a beber na adolescência, nos bailinhos com a galera. Experimentei também maconha e cocaína... (E15rj)

Já a participante E13r permaneceu por dois anos no uso de maconha, como ilustrado no fragmento da narrativa abaixo:

Tinha 12 anos quando experimentei cerveja pela primeira vez. Com 16 anos fumei meu primeiro baseado e fiquei viciada em maconha por dois anos. O álcool, desde então, nunca saiu da minha vida. (E13r)

Dez participantes relataram ter feito uso de cocaína e/ou crack, sendo que dentre essas, três ainda faziam uso de crack no momento da pesquisa, de acordo com as narrativas abaixo:

Tô na rua, sem trabalho, vendo meu corpo para conseguir comprar pinga, se eu bebo muito, também uso crack. Quando começo não consigo mais parar, é muito ruim esse negócio de vício. (E1r)

E agora o meu problema está maior porque estou grávida de novo e além do problema com a bebida, estou usando crack sem controle, estou desesperada, sei que faz muito mal para o bebê. (E14r)

Vim porque quero parar de usar tudo, tudo mesmo, bebida e o maldito crack. Quando a gente tá nessa vida tudo não dá certo. Tudo não tem jeito mesmo. Desde que eu tenho treze anos que eu bebo, mas só tem um ano que eu comecei o crack. O que já estava ruim só piorou. (E21rj)

A cocaína é uma droga estimulante do Sistema Nervoso Central. A substância é extraída das folhas de um arbusto, a *Eritroxylon coca*, que cresce nos planaltos de países como Bolívia, Peru e Colômbia. No século XVI, os invasores espanhóis entraram em contato com os índios que costumavam mascar folhas de coca. A partir do século XIX, na Europa, a droga teve seu uso difundido como um energético, indicado para o tratamento de depressão, fadiga, neurastenia e dependência derivada do ópio. Em 1914, a venda e o uso de cocaína foram proibidos na Europa. Um dos efeitos da cocaína é estimular o sistema de recompensa cerebral, provocando sensação de bem estar ao ser injetada, inalada ou fumada (crack). O crack é formado por pedras como cristais, que são fumados em uma espécie de cachimbo, desta forma atingindo o sistema nervoso mais rapidamente. O uso do crack geralmente ocorre em grupos, e a maioria das pessoas começa usando outras drogas, como o álcool e a maconha. (BRASIL, 2011a).

Conseguimos evidenciar que no caso do uso de crack, existe correlação direta com o uso de álcool, uma vez que todas as participantes referiram primeiro o alcoolismo em suas vidas, e posteriormente o uso de crack, a exemplo do que relatou E1r:

Quando a gente não tem nada, a gente bebe e vai perdendo tudo. Já cheirei loló, fumei maconha e quando perdi até a minha casa e fui pra rua, comecei a usar esse maldito crack. Por isso acho que a bebida me levou pra isso tudo. (E1r)

A mesma participante também relatou já ter feito uso de loló. O lança-perfume ou loló é um solvente derivado do cloreto de etila, que possui propriedade de fácil evaporação, sendo usado por inalação para obter alterações psíquicas. É de baixo custo, além de ser de fácil aquisição. Trata-se de uma substância com efeito bifásico, que causa uma excitação inicial e posterior depressão do funcionamento cerebral (BRASIL, 2011a).

Já a participante E17r justifica em sua narrativa, o uso de benzodiazepínico:

Eu, na época usava, muita medicação, principalmente diazepam. Fazia também uso

de bebida, mas era mais de vez em quando... Sou muito ansiosa, sempre fui, mas quando tive problema de coluna e ia precisar operar, fiquei com muito medo, ansiosa. Me indicaram ir a um psiquiatra, aí comecei o uso de medicação... só que às vezes misturava bebida com remédio, isso fazia com que eu me acalmasse bem. Sempre fiquei muito sozinha em casa, e isso me deixava mais ansiosa, o que fazia com que eu procurasse consolo na bebida e nos remédios. Depois eu ficava me sentindo péssima por ter bebido e tomado um monte de remédio. (E17r)

Os benzodiazepínicos são drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, usadas como indutores do sono e ansiolíticos. Atuam como adjuntos na anestesia ou no alívio da dor intensa. Possui potencial de produzir abuso e dependência. Prejudicam as funções psicomotoras, e se associados ao álcool tem seus efeitos potencializados. É comum haver tolerância a esses medicamentos, então, a pessoa aumenta a dose para obter o mesmo efeito de doses iniciais. O uso abusivo e até a dependência é comum nos indivíduos que abusam de outras drogas, como o álcool. A compra deste medicamento é controlada e requer receituário de controle especial de Notificação B, de cor azul. Diversos estudos evidenciam que essas drogas são prescritas indevidamente e que as mulheres abusam delas mais do que homens (BRASIL, 2011a).

A evolução dos problemas relacionados ao uso de álcool também ocorre de maneira diferente entre as mulheres alcoolistas, que têm mais propensão à comorbidades psiquiátricas e procuram tratamento em função de problemas de saúde ou familiares, e mais comumente abusam de outras substâncias lícitas, como tranquilizantes e anfetaminas (BRASIL, 2011a).

Os relatos de vida apresentados dão visibilidade ao uso de outras drogas pelas participantes do estudo, e retratam as diversas fragilidades vivenciadas pelas mulheres alcoolistas no decorrer de suas vidas. Dentre as 26 participantes do estudo, quatro demonstraram possuir baixa estima associada ao uso de bebida alcoólica. Elas relataram as perdas pessoais, profissionais e emocionais que sofreram devido ao quadro de dependência, e também mencionaram o descuido pessoal em relação à autoimagem, como ilustrado em três narrativas:

Não nego pra ninguém que sou viciada, bêbada e até cracuda... Minhas filhas são grandes, a mais velha já tem dois filhos e tá todo mundo longe de mim. Todo mundo, acho que sou caso perdido, que não tenho mais jeito. Eu sei que elas também ficam tristes. Mas é melhor pra elas, pra eles todos, ficar longe de mim. Não sou nada, olha como estou. Sei que tenho que mudar, sei que posso morrer se ficar assim... Quero ficar perto da minha família. Quero uma vida digna, igual ser humano. Do jeito que eu tô, pareço um bicho. (E1r)

Eu tenho que melhorar, não quero que meus filhos me vejam assim desse jeito, dessa forma. Quando eu tiver mais forte, aguentando mais, parado o meu vício, aí sim posso procurá-los. Desse jeito eu só ia ser um transtorno, uma pedra no sapato deles. (E3r)

O meu marido bebia pinga, aí ele me dava. No começo eu achava horrível, depois fui achando bom. Era estranho beber, mulher bebendo. Na minha casa só os homens bebiam, meu pai e meus irmãos. Minha mãe, minhas irmãs e eu nunca bebíamos. Minha mãe nunca deixou, achava horrível mulher se misturando desse jeito com homem na bebedeira. Eu também achava péssimo. (E5r)

Em relação a tudo que foi observado nas narrativas de vida colhidas, foi possível perceber que as perdas mais sentidas e valorizadas pelas depoentes foram as ocorridas no plano pessoal. Elas disseram que tinham perdido a autoestima, e algumas até chegaram a referir que se sentiram desmoralizadas perante as pessoas com quem conviviam, além de afirmarem que se sentiam como um estorvo para seus familiares.

A visão da sociedade frente ao alcoolismo é bastante agressiva. A mulher é considerada mais imoral, com comportamento inadequado, sofre com a estigmatização e acaba por procurar tratamento com menos frequência do que os homens, o que lhes acarreta mais comprometimentos e agravos à saúde, ao longo do uso (SOUZA, 2006). Em se tratando do preconceito sofrido pelas mulheres alcoolistas, este fato ficou evidenciado em três narrativas, quando as participantes relataram a discriminação da própria família (filhos, pais) e de outras pessoas com as quais conviviam.

A participante E16r, dentista, referiu-se à perda de pacientes devido ao uso de bebida alcoólica, conforme se constata no depoimento a seguir:

Comecei a beber todo dia, tinha que atender os meus pacientes o tempo todo de máscara para eles não perceberem o cheiro de álcool. Alguns pacientes percebiam que eu estava diferente, que eu tremia e, portanto nunca mais apareciam. Perdi muitos clientes, quase tive que fechar o consultório. Fiquei cheia de dívidas, e a depressão e o uso se intensificaram. (E16r)

As participantes E1r e E3r, que estão em situação de rua, também sofreram preconceito devido a esta condição, segundo suas respectivas narrativas:

Na rua é mais difícil a gente sofrer muito preconceito. Todo mundo olha torto pra gente, tem medo que a gente faça alguma coisa de mal. (E1r)

Tô na rua, bebendo, sem trabalho, sem nada. Tô num buraco fundo, tô igual a marginal, as pessoas acham que a gente que tá rua é tudo bandido e que não presta pra nada. (E3r)

A vitimização é discutida por Edwards, Marshall e Cook (2005) que afirmam ser esta uma característica encontrada comumente no indivíduo que bebe abusivamente. Os autores acrescentam que a pessoa alcoolizada apresenta maior probabilidade de se tornar vítima de

diversas formas de violência, podendo ser roubado, estuprado ou agredido, sem condição de defender-se, como também estão sujeitas a sofrer preconceito pela sociedade que a cerca.

Esta afirmativa vem ao encontro das observações feitas pelas participantes do estudo, que fizeram alusão às consequências negativas sofridas por elas em função do uso abusivo de bebidas alcoólicas, e trouxeram à tona a questão do preconceito sofrido, situações que deixaram marcas profundas e significativas nessas mulheres.

### 3.2.3 A motivação da mulher alcoolista para iniciar o tratamento no CAPS ad

O desejo de mudança foi referido por vinte e uma participantes do estudo como motivação para iniciar o tratamento no CAPS ad, sendo que dez afirmaram que a mudança era para poder conseguir cuidar dos filhos, reconquistá-los, tê-los presentes nas suas vidas, como ilustrado nas duas narrativas a seguir:

Eu quero mudar, quero conseguir ser melhor. Quero ficar perto da minha família. Quero uma vida digna, igual ser humano... Quero mudar essa realidade. Quero voltar a ser pessoa decente. Que tem casa, trabalho, que fica perto das filhas, dos netos, dos pais. (E1r)

Já tinha vindo aqui no CAPS uma outra vez, já tinha feito tratamento antes e agora voltei de novo para o tratamento. Voltei porque vi que estava virando viciada de novo e preciso largar o vício para cuidar dos meus filhos, que ainda são crianças e precisam muito de mim. (E9r)

Destacam-se nessas narrativas o grande laço maternal e o intenso sofrimento delas por estarem afastadas dos filhos, devido ao quadro de dependência alcoólica. As participantes demonstraram sentirem-se culpadas por terem negligenciado seus filhos e sua família, em alguns períodos de suas vidas.

Existe um preconceito social em relação às mulheres no que se refere à dependência de qualquer substância, sendo ela muito mais estigmatizada do que o homem. Estereótipos de falhas no cumprimento do papel familiar estão mais comumente associados às mulheres que aos homens dependentes (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Como o uso de álcool entre as mulheres que são mães constitui importante fonte de mobilização para o tratamento, como evidenciado no estudo, é imprescindível o desenvolvimento contínuo de posturas acolhedoras e receptivas no tratamento. Deve-se ter em mente que essas mulheres já vivenciaram muitas dificuldades em suas vidas, as quais se tornaram obstáculos significativos

para que iniciassem o tratamento da dependência alcoólica, e assim, precisam perceber o CAPS ad como um local que atue também com a promoção da saúde física, mental e social.

Três participantes em situação de rua, narraram que a motivação para iniciar o tratamento foi o desejo de mudar a realidade que estavam vivendo. Segue-se a narrativas de uma delas:

Não tenho mais casa, moro na rua, não tenho nada. Vim buscar ajuda, socorro, internação. Quero mudança... Sei que tenho que mudar, sei que posso morrer se ficar assim. Eu quero mudar, quero conseguir ser melhor. (E1r)

O uso de drogas pela mulher é influenciado pelo seu contexto social, quanto mais fragilidade neste contexto, maior é o índice de propensão ao abuso de substâncias (KESSLER, 2003).

Oito participantes disseram que queriam mudar de vida com o objetivo de conseguir trabalho, como evidenciado na narrativa de uma das entrevistadas:

Queria mudar, parar de beber, voltar a trabalhar, cuidar das crianças. Então eu vim, comecei a fazer a terapia de grupo, comecei a fazer oficinas de reinserção no mercado de trabalho, e comecei a participar das atividades do CAPS. (E11r)

As informações obtidas nas narrativas confirmam que, mesmo enfrentando um turbilhão em suas vidas, com múltiplas perdas e consequências devastadoras, ainda existe nas participantes do estudo a força e a garra para lutar e transformar suas realidades.

Seis entrevistadas afirmaram que a motivação para iniciarem o tratamento no CAPS ad foi a perda do Poder Familiar em relação aos filhos. Como foi abordado anteriormente, o Poder Familiar é o poder dos pais sobre os filhos, incluindo seus direitos e obrigações, e este em seu exercício não pode violar os direitos humanos garantidos pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2011b). Nesse sentido, duas participantes efetivamente perderam a guarda dos filhos por intervenção do Conselho Tutelar devido ao uso abusivo de álcool, e pelas condições de risco em que se encontravam as crianças, que foram encaminhadas para instituições de acolhimento.

Com o intuito de cumprir as diretrizes estabelecidas no Artigo 227 da Constituição Brasileira de 1988, foi criado o Conselho Tutelar, órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, conforme definido no Artigo 131 da Lei Federal 8069/90, que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A Lei nº 12.696, de 25 de julho de 2012, que altera os Artigos 132, 134, 135 e 139 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre o Conselho Tutelar, define no Artigo 132 que o referido Conselho é um órgão integrante da administração pública, composto por cinco membros escolhidos pela população local, para exercer um mandato de quatro anos, permitida uma recondução, mediante novo processo de escolha (BRASIL, 2012a).

Cabe ao Conselho Tutelar cobrar dos devedores que assumam as suas responsabilidades, para tanto agindo perante a família através da aplicação de medidas e dos encaminhamentos, e tensionando as estruturas sociais as políticas públicas para a promoção e a garantia dos direitos da criança e adolescente através da criação, do esforço e da melhoria dos serviços e programas de atendimento, podendo utilizar-se de ações do Ministério Público e das representações judiciais quando julgar pertinente. (BRASIL, 1990)

No caso da participante E5r, consta do seu relato que sofreu uma queda dentro de um ônibus, junto com o filho que, na época, tinha cinco meses de idade. Ao dar entrada na unidade hospitalar para serem atendidos, ficou evidente que ela estava sob efeito de álcool. O caso foi, então, investigado pelo Serviço Social da instituição e pelo Conselho Tutelar. Segue-se a descrição do acontecimento, nas palavras da entrevistada:

Eu tenho um filho que agora tem dois anos, mas quando ele tinha cinco meses, eu perdi a guarda dele e ele foi parar no abrigo. Eu caí dentro do ônibus com ele no colo, ele machucou e fomos para o hospital de emergência. Lá viram que eu tinha bebido, que estava tonta e chamaram a assistente social. Ele ficou internado, teve que fazer exame de cabeça, ficou sem consciência, ficou mal. Aí eles começaram a me investigar, ver como eu morava, como era a minha vida, minha casa, minha família. E decidiram que eu estava sem condições pra cuidar dele. Quando ele teve alta ele foi direto pro abrigo, e o serviço social me encaminhou para o tratamento aqui.

Como abordado anteriormente nos “itinerários terapêuticos”, o trabalho do assistente social tem como objetivo visar e garantir direitos e assistência à população desamparada, fazendo isso por meio de políticas sociais, de forma organizada e planejada, lutando contra os problemas resultantes das injustiças, que podem afetar os desamparados socialmente (BRASIL, 2011b).

No momento da realização da pesquisa, a participante E5r encontrava-se há um ano e meio em tratamento no CAPS ad e já havia conseguido recuperar a guarda de seu filho.

A motivação para iniciar o tratamento no CAPS ad da participante E19rj também foi a perda do poder familiar, ocorrida há dois anos. No momento da pesquisa, os seis filhos

encontravam-se em instituições de acolhimento. Neste caso, também houve intervenção do Conselho Tutelar, conforme relatado pela entrevistada:

Vim para cá por causa do Conselho Tutelar, meus seis filhos estão no abrigo. Tiraram eles de mim por causa da bebida.

No caso da participante E2r, o início do tratamento foi motivado pela perda da guarda dos netos, filhos de sua filha mais nova que é usuária de crack. Os netos também foram colocados em unidades de acolhimento institucional. No momento da realização da pesquisa a participante E2r encontrava-se em tratamento há um mês, e o processo de recuperação da guarda dos netos estava em fase de avaliação pelas autoridades competentes.

A perda da guarda dos filhos, vivenciada pelas mulheres da pesquisa, ressaltou a grande dor, tristeza e comoção narradas por essas mulheres, como ilustra a narrativa abaixo:

[...] precisava tentar mudar de vida. Precisava pegar meu filho de volta. Eu vim muito desconfiada achava mesmo que nada ia adiantar, que era quase impossível eu conseguir ficar sem beber. Só que se não tentasse, se eu não fizesse isso, nunca mais eu ia ter meu moleque de volta. E ele é a minha vida, minha razão de viver. Foi ruim demais ficar sem ele. Deixar ele lá. Eu vim mesmo para conseguir pegar meu filho de volta... (E5r)

Já no caso da participante E7r, foi encaminhada ao tratamento com doze anos de idade, também por intervenção do Conselho Tutelar. Iniciou o tratamento no CAPS infantil. Ambos os pais eram usuários de álcool e correram o risco de perder a sua guarda e a dos três irmãos mais novos, que ficaram sob os cuidados da avó materna. Os pais foram encaminhados para tratamento no CAPS ad, e no momento da pesquisa, por ter completado a maioridade, a participante E7r estava em tratamento no CAPS ad.

O Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi II) funciona para atendimento de crianças e adolescentes até 18 anos incompletos, com grave comprometimento psíquico em uma população com cerca de 200 mil habitantes. Presta serviço ambulatorial de atenção diária destinada a crianças e adolescentes com transtornos mentais, incluindo a atenção para usuários de álcool e outras drogas nesta faixa etária (BRASIL, 2002c).

As participantes E11r e E14r também correram o risco de perder a guarda dos filhos. A primeira relatou que foi ameaçada pelo ex-marido no sentido de tirar a guarda do filho e do enteado. No momento da realização da pesquisa, ela mencionou a ajuda que recebeu da mãe em relação ao cuidado dos filhos, para que pudesse realizar o tratamento. Segue-se o seu relato:



Meu ex-marido começou a me ameaçar que ia tirar as crianças de mim por causa da bebida. Foi quando que me toquei que poderia perder meus filhos por conta do vício aí pedi ajuda... (E11r)

Já no segundo caso, ela já havia feito tratamento no CAPS ad em 2008, tendo como motivação evitar o risco de perder a guarda dos filhos pelo uso de álcool e crack. Ela tem dois filhos que moram com a sua mãe, já teve dois abortos e um bebê que faleceu ainda recém-nascido, devido à má formação congênita causada pela Síndrome Alcoólica Fetal. No momento da pesquisa, encontrava-se grávida de três meses, e novamente buscou o tratamento para mudar e não correr o risco de perder o filho que estava gestando, conforme relatou:

A primeira vez que eu vim aqui foi em 2008, fiquei por um tempo, mas depois abandonei o tratamento. Agora vim encaminhada pela médica do pré-natal, estou fazendo pré-natal de risco, pois já tive dois abortos consecutivos e o meu último bebê morreu devido à má formação pelo meu uso intenso de bebida na gravidez... Da outra vez vim encaminhada pelo Conselho Tutelar, eu estava correndo o risco de perder a guarda dos meus filhos por causa da bebida... E agora o meu problema está maior porque estou grávida de novo e além do problema com a bebida, estou usando crack sem controle, estou desesperada, sei que faz muito mal para o bebê. Quero ajuda. (E14r)

A história de vida dessa participante é marcada por grande desestruturação familiar. Segundo relatou, o pai já teve envolvimento com tráfico de drogas, ela iniciou o uso de bebida alcoólica em casa, ainda criança, aos nove anos de idade; engravidou jovem, aos dezesseis anos, e seus parceiros também tinham envolvimento com tráfico de drogas. A participante, no momento da pesquisa, estava na sexta gravidez.

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) caracteriza-se por uma grande perturbação do cérebro e outros órgãos, além de dismorfias craniofaciais particulares. É consequência da ação teratológica tóxico-metabólica do álcool sobre o embrião ou feto em decorrência da ingestão de bebidas alcoólicas pela mãe durante a gravidez (LIMA, 2008). Considerando a gravidade da questão, dentre as consequências oriundas da ingestão abusiva (ou não) de bebidas alcoólicas por mulheres, a SAF representa a mais séria de todas. O conceito exposto à ação do álcool diretamente em seu organismo em formação, não possui nenhuma forma de proteger-se ou amenizar as consequências que, quando não lhe causam a morte (aborto), podem deixar sequelas irreversíveis que, quando não inviabilizam, podem prejudicar consideravelmente seu desenvolvimento físico e mental (SOUZA, 2006).

A despeito de tudo que se observou nas narrativas das participantes, ficou claro que a maternidade e a desestruturação familiar foram a motivação para que iniciassem o tratamento

no CAPS ad. As sucessivas perdas causadas pelo alcoolismo estiveram em suas narrativas, mas certamente a grande perda ocorrida foi aquela relacionada com a guarda dos filhos.

Dentre as mulheres alcoolistas participantes da pesquisa, duas abordaram em suas narrativas que a motivação para iniciarem o tratamento no CAPS ad foi a imensa solidão que estavam vivendo. A participante E8r afirmou que o uso abusivo de bebida alcoólica teve início após a separação de seu marido e a ida dos dois filhos para outra cidade. Segue-se o seu relato a respeito:

Aí comecei a beber. Eu estava com 27 anos nessa época. Separei e comecei a beber mesmo. Eu bebia cerveja e conhaque, muito, bastante, umas três vezes por semana. Antes desse problema todo eu não bebia nada... Como meus filhos tinham vindo pra cá, fiquei sozinha, foi aí que comecei a beber muito.

A mesma participante também relatou a morte do filho caçula, uma perda que lhe causou uma dor imensa, deixando um vazio e uma solidão profunda, que fez com que bebesse ainda mais a ponto de sua mãe procurar o tratamento para dependência alcoólica.

Nessa época que perdi meu filho eu bebi ainda mais, a tristeza era muito grande, a dor imensa eu sinto até hoje, fiquei com um grande vazio na alma, a solidão me consumia aí minha mãe descobriu sobre esse tratamento, era na Vicentina na época. Me ajudou a preencher a solidão que eu estava sentindo. (E8r)

Já no caso da participante E10r, o uso de bebidas alcoólicas foi intensificado quando vivenciou problemas no casamento e afastamento do esposo, que se encontrava em outro país. Em sua narrativa, a seguir, ela também relatou comorbidades, como a depressão e o transtorno bipolar:

É sim nesse ano que vim pra cá estava bebendo muito, todo dia. Estava arrasada, meu marido na época estava trabalhando na Angola, vinha pra cá só de seis em seis meses e quando vinha só ficava 15 dias. Estava triste, sozinha, meu casamento estava péssimo, meu marido cada vez mais distante, mais frio e eu sozinha. Já tinha problema de depressão e de transtorno bipolar, foi fácil cair na tentação da bebida, do vício... Quando bebia, me sentia mais calma, menos triste, a bebida me fazia companhia, me fazia bem, me tirava da imensa solidão que eu estava vivendo.

Essa participante, que anteriormente fazia seu tratamento no Centro de Atenção Psicossocial para depressão e transtorno bipolar, foi encaminhada ao CAPS ad quando o uso de bebidas alcoólicas se intensificou, conforme ela relatou:

Eu comecei aqui em 2001, meu primeiro local de tratamento foi no outro CAPS, o Casa Aberta lá eu fazia tratamento para depressão e para transtorno bipolar do humor. Mas quando comecei o uso exagerado de álcool eles me encaminharam para fazer o tratamento aqui. A solidão que eu estava enfrentando me ajudou a querer

começar o tratamento. (E10r)

O CAPS é um serviço ambulatorial que funciona na lógica do território; é destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais. Dentre as suas funções, inclui a responsabilidade, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território (BRASIL, 2002c).

A solidão, como motivação explicada por ambas as participantes para iniciar o tratamento de dependência alcoólica no CAPS ad, reflete que o uso abusivo de álcool encontra-se relacionado com as condições sofridas por estas mulheres.

Pode-se supor que fatos desprazerosos ocorridos nas vidas dessas mulheres, poderiam ter originado sequelas e marcas que, por sua vez, desencadearam o sofrimento presente e a busca de um alívio, levando-as a procurar refúgio, consolo, companhia e amparo ilusórios na bebida alcoólica, cujo consumo excessivo consideravam vergonhoso.

Dentre as participantes da pesquisa, duas disseram que iniciaram o tratamento no CAPS ad porque foram obrigadas. Uma delas contou que o pai a obrigou a realizar o tratamento ao perceber que a situação em relação a bebida alcoólica estava fora de controle. Segue-se a sua narrativa a respeito do ocorrido:

Eu fiquei um ano sem procurar o meu pai. Mas aí ele ficou preocupado comigo e foi lá ver como eu estava. E foi quando eu estava bebendo, eu estava bebendo bastante. Aí quando o meu pai chegou lá, eu estava toda cheia de hematomas, eu não queria ajuda, eu não queria vir de jeito nenhum pra cá. Eu vim quase que praticamente obrigada... meu pai achou que eu estava bebendo demais e me trouxe para o CAPS. (E6r)

Já a participante E13r teve seu início de abuso de bebidas alcoólicas após ter sofrido uma grande desilusão amorosa que a deixou em um quadro depressivo. Seu desespero foi tamanho que chegou à tentativa de suicídio. Ela alegou ter sido obrigada a iniciar o tratamento pela irmã e pelo psiquiatra do ambulatório que a acompanhava, devido ao quadro depressivo, segundo seu relato:

Minha irmã percebeu que o meu comportamento não estava normal e falou com o psiquiatra que estava me tratando na época. Foi quando ele me indicou para o tratamento aqui no CAPS, já faz dois anos. Não queria vir, mas vim então.

Ambas disseram que o início do tratamento no CAPS ad ocorreu por ações impositivas de membros da família, porém, a imposição transformou-se em aceitação diante da percepção dos benefícios do tratamento. Seguem-se os respectivos relatos a respeito:

Eu não queria vir, mas gostei... O tratamento sempre me ajudou muito na minha vida. Viver com dignidade né. Hoje em dia nem quero mais saber de beber, não penso mais nisso... (E6r)

Então aos poucos, bem aos poucos, fui me enturmando, gostando mais de vir, de participar... Eu comecei a ver uma luz no fim do túnel, comecei a enxergar que eu estava errando com a minha vida. Que eu estava acabando com a minha vida, com a vida da minha mãe e da minha irmã. Eu tinha que parar de acabar com a minha vida, eu precisava me transformar. Pegar de novo as rédeas da minha vida. O tratamento me fez enxergar um mundo novo, um mundo melhor. (E13r)

A eficácia de tratamento de dependência alcoólica para mulheres é uma questão complexa, uma ampla variedade de intervenções pode ser necessária, cabendo aos formuladores das políticas públicas a decisão sobre a abordagem considerada a mais efetiva (BRASIL, 2011b).

Neste contexto é imprescindível considerar a individualidade de cada mulher dentro de sua cultura, do seu campo biopsicossocial e, sobretudo, o respeito da sua vontade e atitude para transformar a própria realidade.

#### 3.2.4 A motivação da mulher alcoolista para aderir ao tratamento no CAPS ad

Em se tratando da motivação para aderir o tratamento no CAPS ad, ficou evidente que todas relataram permanecer no tratamento para conseguir ficar sem usar bebida alcoólica. Outra recorrência paritária em todas as narrativas foi o fato de as participantes relatarem que foram motivadas a permanecerem no tratamento pelo apoio que receberam da equipe interdisciplinar.

As participantes da pesquisa possuem realidades de vida diversas e contextos múltiplos que as levaram a entrar no quadro da dependência alcoólica. Também apresentaram como motivação para iniciar ao tratamento, o momento que viveram, embora com algumas semelhanças e diferenças. Porém, a despeito das semelhanças e diferenças contextuais observadas entre elas, procuramos enveredar por caminhos que levassem à busca das analogias existentes, utilizando como fio condutor a história de vida marcada pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas, o que permitiu perceber que as mulheres alcoolistas apresentaram como congruência e ponto comum a motivação para aderir o tratamento no CAPS ad. Retomamos, então, os conceitos já revisados na pesquisa em relação ao imenso

prazer proporcionado pelo uso de bebidas alcoólicas, e a grande dificuldade em interromper o uso dessas substâncias devido ao quadro da dependência.

O prazer no uso da substância foi citado nas narrativas, à exceção de uma participante que não abordou este fato. Recordamos o conceito de Kessler, Von Diemen e Pechansky (2003) em relação à dependência de álcool como sendo resultante de mudanças no Sistema Nervoso Central, que agem, direta ou indiretamente, no cérebro em uma via de circuitos neuronais responsáveis pelo sistema de recompensa cerebral, proporcionando prazer determinado por causas físicas, ou por estímulos ambientais agradáveis.

A motivação para aderirem ao tratamento no CAPS ad e conseguir ficar sem uso de bebida alcoólica é ilustrada pelas seguintes narrativas:

Quando tô aqui fico bem, não penso o tempo todo em beber, em fumar, distraio bastante... Estar aqui no tratamento me ajuda a não usar a droga. (E1r)

Hoje em dia eu entendo que aqui no CAPS ad é melhor, nas diversas situações pra eu não beber novamente, ter recaída novamente ... (E4r)

Quero ficar, continuar a ficar sem beber, deixar essa dependência. Aqui é o local certo... (E15rj)

Ficar sem beber está sendo muito difícil. Mas vir aqui está me ajudando... (E25rj)

Não é demais lembrar que com o advento da Lei nº 10.216, de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, sem discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, ocorreu o redirecionamento do modelo assistencial para portadores de transtornos mentais, incluindo a atenção a usuários de álcool e outras drogas. Ou seja, a definição do tratamento passa a ser preconizada nos serviços comunitários de saúde, com ênfase na reintegração social (BRASIL, 2001).

De acordo com a Portaria nº 336, de 2002 foram definidas as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). São dispositivos assistenciais em saúde mental, com a coordenação do gestor local, função de organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no seu território, realizando prioritariamente o atendimento de clientes com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2002c).

Na atenção para usuários de substâncias a Portaria 336 define o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS ad). O CAPS ad é um dispositivo de saúde mental para atendimentos a usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70 mil habitantes (BRASIL, 2002c).

O CAPS ad III foi instituído pela portaria nº 130 de 2012, como parte da atenção especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Podendo se destinar a atender adultos, crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. (BRASIL, 2012c).

As políticas públicas referentes ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas sofreram evoluções, remodelações e transformações no decorrer da história da saúde mental, no mundo e no Brasil, como já demonstrado nas referências conceituais da pesquisa.

Em se tratando da dependência alcoólica, o Decreto nº 6117, de maio de 2007, estabeleceu a Política Nacional sobre o Álcool com o objetivo geral de definir princípios que orientassem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, com intersetorialidade, integralidade das ações para a redução dos danos sociais, além da articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade (BRASIL, 2007).

Sendo assim, o Ministério da Saúde considera o consumo de álcool e outras drogas como questão de saúde pública, e não de segurança pública. O objetivo central da política de álcool e outras drogas no âmbito do SUS é ampliar o acesso ao tratamento, mudando o antigo modelo assistencial (centrado no hospital psiquiátrico), reduzindo a exclusão, a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias. Na estrutura do Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde Mental é responsável pela política para usuários de álcool e outras drogas, incluindo iniciativas para promoção, prevenção e tratamento, sendo o CAPS ad o serviço de atenção ambulatorial com características de unidades de saúde, localizadas na comunidade, com serviços abertos e territorializados, e também com garantia de financiamento específico para a área de saúde mental, que até então não havia (BRASIL, 2002c).

As mulheres participantes da pesquisa referiram-se ao tratamento no CAPS ad. Falaram a respeito da escuta, do acolhimento da equipe interdisciplinar, das oficinas realizadas, da terapia individual e em grupo, da convivência com outros usuários, do tratamento para seus familiares, de como se sentem bem em estar no local de tratamento e como já obtiveram consequências positivas em suas vidas. O que disseram confirma que o CAPS ad funciona efetivamente como local de tratamento, de cuidado e de inserção social, proporcionando atenção integral a fim de alcançar o restabelecimento da saúde das mulheres alcoolistas. Segue-se um relato a esse respeito:

Aqui as pessoas são legais, querem ajudar, mesmo pessoas destruídas que nem eu... Ficar aqui é difícil, mas agente tem ajuda de vocês o tempo todo. Vocês escutam, ajuda agente a pensar, tem palavras de ajuda...Aqui eu converso com outros usuários, aprendo coisas novas nas oficinas, como, tiro aquele cochilo, relaxo...Quero voltar a ser pessoa decente. Que tem casa, trabalho, que fica perto das filhas, dos netos, dos pais. Pessoa normal sabe? Aqui eu acho que consigo essa ajuda é importante... Aprendo muito com as oficinas, a gente faz um monte de coisa legal. Tem coisas que a gente aprende que dá fazer pra vender, pra trabalho. É legal. Ficar com os colegas também a gente cresce com os outros com a história de cada um. Isso é muito bom. Então, aqui eu penso bastante nessa mudança que eu quero. (E1r)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados os serviços estratégicos de saúde mental, por se organizarem em equipes interdisciplinares e complementares, procurando atender às diferentes necessidades das pessoas em seu processo de tratamento e reabilitação. Funcionam como ordenadores da rede de tratamento a transtornos decorrentes do uso e /ou abuso de álcool e outras drogas. Possui papel central, mas deve ser articulado com outros serviços de saúde e de assistência social, com o objetivo de atender as demandas de saúde e incluir socialmente as pessoas (BRASIL, 2001).

Em se tratando da atenção desenvolvida no CAPS ad, a atuação da equipe interdisciplinar foi destacada nas narrativas das participantes da pesquisa como grande indício de adesão ao tratamento. As 26 participantes relataram a ajuda que receberam da equipe do CAPS ad, além de mencionarem a escuta, o acolhimento, a paciência e o relacionamento interpessoal entre usuários e equipe, como pode ser observado nas narrativas abaixo:

Tudo aqui me ajuda, a equipe toda, as meninas da oficina. Já vi que mudei pra melhor. Participo do grupo de conversa do psicólogo e da enfermeira. Aprendo muito com todos aqui. Tá me ajudando bastante. Tô tomando medicação pra controlar a compulsão pela bebida, o médico passou... Faço a conversa com o psicólogo, desabafo, ocupo meu vazio, meus medos. É importante tá aqui, tá me ajudando. (E3r)

Aqui todo mundo me ajuda, tudo ajuda, as conversas, os medicamentos, as oficinas, tudo mesmo... Aqui pra mim foi um achado, aqui eu aprendi valorizar minha vida com ajuda de vocês. Daqui pra frente eu quero valorizar a minha vida e sobreviver. Mas só aqui dentro. Eu gosto de ficar aqui, passar o dia aqui... Eu tenho que agradecer a vocês daqui do CAPS e principalmente aqueles que me acolheram muito bem... tudo me ajuda a permanecer . (E4r)

Estou aqui no tratamento há dois anos. Hoje em dia não bebo mais. Consegui essa vitória aqui dentro...Tive sempre muito a ajuda da equipe daqui, de todo mundo. Quando eu sumia, já iam eles me procurar lá em casa... É sim eles sempre me apoiaram, nas recaídas, nos meus sumiços e abandonos. Eles nunca desistiram de mim. Iam na minha casa quando eu ficava muito tempo sem aparecer...Vir pra cá me ajudou a recuperar a minha vida. É por isso que fico pois sei que com esse apoio que eu tenho aqui vou ficar cada vez melhor. (E22rj)

Infere-se que a atuação da equipe interdisciplinar foi a motivação para as participantes aderirem o tratamento no CAPS ad, sendo a atuação dos seus integrantes percebida por todas como importante contribuição para o tratamento que estavam realizando. Tanto é verdade que em 12 narrativas encontramos menção à atuação da Enfermeira; em 19, à do Psicólogo; em 10, à do Assistente Social; em 12, à do Médico Psiquiatra, e em 9, à dos oficinairos, como se constata nas narrativas abaixo:

Conversar com o psicólogo, com o médico, com você, com a outra enfermeira, me ajuda. Vocês têm paciência, cuidado, vocês tratam da gente igual gente. Isso é bom. (E1r)

A Adriana, a Gislaine, que são as oficinairas, também são pessoas que me escutam e me fazem bem... Mas um motivo pra eu continuar aqui no CAPS. Eu fui bem recebida pelos meus amigos, pelas meninas do CAPS, mas eu tô muito bem. (E4r)

Comecei a interagir com os outros do CAPS com a oficinaira e com a assistente social que participavam com a gente... consigo vir para a terapia individual toda semana com o Jonas, que é meu psicólogo e é ótimo. Vir a primeira vez para cá apesar do meu não querer vir mudou a minha vida. Sei que agora existe outra E13r, uma E13r bem mais forte e por isso tenho e quero que continuar. E vou seguindo, conquistando novos rumos para a minha vida com a ajuda que eu encontro aqui. (E13r)

Estar aqui no CAPS me ajuda, vocês me ajudam, já me ajudou um pouco antes e sei que vai me ajudar agora... (E14r)

É muito difícil conseguir ficar sem beber, sinto necessidade física mesmo. Mas consegui uma vez, retomei a minha vida. Então, vou conseguir de novo. Estou batalhando para isso e estar aqui com vocês no local de tratamento, com a ajuda, apoio e força de vocês é mais fácil conseguir. (E15rj)

A recorrência quase que paritária em relação à atenção da equipe interdisciplinar do CAPS ad, reforça os preceitos da reforma psiquiátrica que modernizou a atenção aos portadores de transtornos psiquiátricos e também aos usuários de álcool e outras drogas. Esta nova forma de atenção preconiza uma assistência acolhedora, interdisciplinar, potencializadora do indivíduo como protagonista, e tem o relacionamento terapêutico como elo forte entre equipe e usuário do tratamento. Em todas as narrativas, as participantes relataram o acolhimento que receberam, o cuidado, a força para continuar, e a valorização delas como sujeitos essenciais de suas histórias, mas deve-se ressaltar que quando mencionavam o profissional psicólogo, não necessariamente era este profissional que estava atuando, fato comum de ocorrer, pois na atenção em saúde mental é preconizada a transversalidade do cuidado, sendo a escuta e o acolhimento uma atribuição de todos os profissionais que atuam no CAPS ad (BRASIL, 2004).



Evidenciamos nas narrativas das participantes da pesquisa a grande contribuição da atuação da equipe interdisciplinar do CAPS ad não apenas como referência de motivação das participantes em aderir o tratamento, mas também como grande incentivadora da postura ativa da mulher alcoolista para a mudança de atitude, reorganização de sua vida e na retomada do papel de protagonista de sua própria história.

### **3.3 3ª Categoria: Contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad a partir das narrativas das mulheres alcoolistas**

O cuidado da enfermeira em saúde mental vem passando por importantes transformações nas últimas décadas, como foi enfatizado e, novas práticas estão sendo assimiladas por essa profissional, na tentativa de aperfeiçoar a assistência integral ao usuário dos serviços de saúde mental em face das novas diretrizes da política nacional do Ministério da Saúde que trata da matéria. Conseqüentemente existe a necessidade de a enfermeira refletir sobre suas ações, pois o processo de trabalho é constituído de conflitos e resistências, necessitando ser repensado no cotidiano em que se constrói e principalmente na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

As ações da enfermeira no CAPS ad incluem o acolhimento, o estabelecimento do vínculo com o usuário, a prática interdisciplinar, a atenção integral e humanização da atenção. Cabe também como atribuição da enfermeira a resolutividade para as demandas dos serviços de saúde e o permanente repensar das práticas assistenciais e das relações estabelecidas na equipe com usuários e diferentes redes de apoio (BRASIL, 2011b).

Em algumas narrativas das mulheres participantes da pesquisa encontramos trechos com referência a profissional enfermeira, e a partir destas narrativas procuramos trazer a contribuição destes relatos para o aprimoramento da prática da enfermeira no CAPS ad.

As mulheres da pesquisa referiram o apoio que receberam da equipe interdisciplinar no tratamento. Em algumas narrativas, foi possível encontrar trechos que faziam referência à profissional enfermeira, e a partir destas narrativas, procuramos destacar a sua contribuição para o aprimoramento da prática no CAPS ad, ressaltando-se o acolhimento, a atenção, o apoio para que não desistissem do tratamento, a segurança que receberam desta profissional, as orientações de saúde e, principalmente, a escuta que ela dedicou a essas usuárias.

A enfermeira contribui para a identificação e a valorização do portador de sofrimento psíquico em sua individualidade, responsabilizando-o por suas atitudes e instruindo-o de maneira correta para que assuma independência, além de exercer atividades voltadas para a inclusão social desse indivíduo (MOREIRA, 2008). Trabalhar em uma equipe interdisciplinar que se destina ao atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, exige da enfermeira um olhar diferenciado da prática acadêmica tradicional, que privilegia a atuação de distintos campos de saberes de forma isolada. No CAPS, é preciso enfatizar, as ações a serem desenvolvidas devem acontecer em conjunto e com o consentimento do usuário e sua família (GUEDES, 2012). Sendo assim, ao atuar de forma interdisciplinar, a enfermeira consegue mudar o foco centrado no indivíduo em seu sentido biológico e de intervenções no corpo, para pensar na alteração do corpo social (BRASIL, 2011b).

O trabalho da enfermeira dentro dos CAPS ad se constitui na reabilitação psicossocial, que inclui a reinserção do sujeito nas atividades diárias, no mundo do trabalho e nos espaços comunitários. Este desafio é assumido cotidianamente nas atividades de cuidado, sociais, de acompanhamento, nas oficinas e grupos, enquanto espaços terapêuticos e de socialização (MAFACCIOLLI, 2006). Para tanto, utiliza-se de estratégias para fazer com que os usuários do serviço usem os recursos que têm em mãos e que os tornarão capazes de elaborar soluções para as suas próprias dificuldades, o que significa dizer que estimula o empoderamento do sujeito.

O autocuidado constitui um dos objetivos da assistência de enfermagem, pois possibilita o estímulo à participação ativa do cliente no próprio tratamento, uma vez que divide com a enfermeira a responsabilidade na implementação da assistência e nos resultados obtidos. O cuidado prestado pela enfermeira foi destacado nas narrativas de vida das mulheres alcoolistas, com ênfase no resgate da valorização da própria vida dessas usuárias, conforme relatado a seguir:

Mas só que a gente tem que correr atrás de melhorar a vida. Você não tem que simplesmente ficar naquele mundinho. Você tem que sobreviver... Mas se estão aqui porque querem mudar o que acham que não está certo. Só o fato de vir significa que a pessoa quer fazer algo diferente. (E4r)

A enfermeira deve assistir a pessoa consumidora de álcool e outras drogas buscando garantir uma assistência integral, holística e contínua, incentivando-a e apoiando-a no sentido de que ela assuma a responsabilidade pela melhora na qualidade de vida, em todos os níveis. Além disso, para exercer a assistência integral, precisa realizar ações específicas para as

mulheres e para os homens, de modo a atender de acordo com as particularidades de cada pessoa e de grupos, originadas da distinção biológica e sociocultural (RODRIGUES, 2012).

Outro fator apontado nas narrativas das participantes da pesquisa foi o acolhimento que receberam da equipe de saúde em seu tratamento, exemplificado no depoimento abaixo:

Mas sempre fui muito acolhida aqui no CAPS todos me ajudam muito... (E12r)

Acolher se relaciona a humanização, escuta qualificada, resolubilidade e responsabilização frente às necessidades em saúde do usuário. O acolhimento se refere a afirmação do princípio de universalidade em um lógica centrada em uma abordagem permeada de solidariedade. Em uma perspectiva diversa o acolhimento é orientado por quatro aspectos. São eles: o acesso em seus aspectos geográficos e organizacionais; a escuta como atitude dos trabalhadores de saúde em suas relações intra-equipe e com a população; a técnica, em seu desdobramento operacional do trabalho em equipe, saberes e práticas e, ainda a reorientação de serviços, enquanto projeto institucional (JARDIM et al., 2009).

A primeira fase do acolhimento da enfermeira no CAPS ad, na maioria das vezes, ocorre no momento da triagem, que é uma atividade desenvolvida também por ela, e se constitui em acolher a pessoa usuária de álcool e outras drogas quando esta chega ao CAPS em busca de tratamento. Este acolhimento consiste em valorizar o conteúdo das falas, para identificar o perfil da pessoa a ser atendida a fim de direcionar o tratamento, que será baseado na problemática apresentada pelo usuário (OLIVEIRA; SILVA, K.; SILVA, J., 2009). É necessário, portanto, que haja uma abordagem interdisciplinar para que a escuta diferenciada facilite a compreensão do usuário de forma integral (BRASIL, 2011b).

É prática comum no CAPS ad a enfermeira estabelecer o primeiro contato com o usuário do serviço. Este contato constitui-se como fundamental, uma vez que significa o momento de construção de vínculos de confiança com o profissional e com o serviço, de modo a possibilitar acolhimento, escuta comprometida e relações interpessoais entre profissionais, usuários e familiares (OLIVEIRA; SILVA, K.; SILVA, J., 2009).

Encontramos nas narrativas referências a este contato realizado pela enfermeira junto às mulheres participantes da pesquisa, como exemplificado abaixo:

Fui acolhida pela enfermeira daqui da época que me ajudou a entender um pouco do tratamento. (E4r)

Ao refletir sobre as relações interpessoais estabelecidas entre a enfermeira e o usuário do CAPS ad, convém dar conta que o paciente é um ser de relações, ser social de direitos e desejos. Um ser que na relação com outros experimenta sentimentos diversos, confia e busca apoio. Parece ser possível afirmar que é nos contatos onde acontecem trocas que se criam possibilidades para a reconstrução do paciente como sujeito ativo - pode falar, circular, participar, fazer escolhas (OLIVEIRA; SILVA, K.; SILVA, J., 2009).

É importante saber cultivar a relação usuário/profissional através de trocas de experiências e de vínculos afetivos. O que implica na capacidade de sensibilizar-se, de partilhar do sofrimento e garantir ao usuário um tratamento de qualidade.

Estes parceiros compartilham saberes, forças concretas da comunidade viabilizando ações que estabelecem vínculos e promovem a cidadania e a autonomia do usuário. O vínculo de confiança e o acolhimento constituem-se, portanto, como elementos necessários para uma interação efetiva, comprometida com o usuário (GUEDES, 2012).

Na atenção desenvolvida no CAPS ad, percebe-se a importância da construção do vínculo entre profissional e usuário do serviço. O usuário é estimulado a desenvolver e construir, junto com a equipe, o seu projeto terapêutico. Neste processo, a enfermeira atua de forma a integrá-lo no tratamento e, muitas vezes, constitui em elo entre ele e a equipe interdisciplinar, pela proximidade durante o tratamento. Essa proximidade com o paciente é importante e deve contribuir para que a enfermagem consiga incluir o doente mental na sociedade, auxiliando-o e apoiando-o, bem como aos seus familiares, assim favorecendo o processo de inclusão (SOUZA, 2012).

Nas narrativas das mulheres alcoolistas, houve referências à escuta desenvolvida pela enfermeira e pela equipe interdisciplinar no CAPS ad. A participante Er1 abordou a importância da escuta que obteve dos profissionais, e também retratou a enfermeira nesse processo.

A participante E4r também retratou sobre a escuta que consegue no CAPS ad.

[...] vou pra lá, que lá eu tenho amigos, pessoas pra me ouvir, tenho pessoas pra me ajudar a não ficar triste. (E4r)

Na enfermagem, a avaliação do paciente sobre o cuidado recebido, tem sido associada com a adesão ao tratamento, bem como com os resultados positivos advindos dele. Na relação de ajuda ao paciente com problemas relacionados às substâncias psicoativas, é importante que o enfermeiro mostre-se disponível para ouvir esse indivíduo, sem julgamentos e condenações, permitindo que ele se sinta à vontade para relatar seus problemas pessoais, com isso

estimulando a confiança no profissional (ELBREDER et al., 2008). Portanto, faz-se necessária a escuta atenta, ativa e participativa. No decorrer do tratamento, o usuário do serviço deve perceber que o que ele traz de conceitos, conhecimentos, vivências e experiências, é importante e valorizado na dinâmica do CAPS ad.

O processo de escuta entre enfermeira e usuário também são elementos essenciais que constituem o vínculo terapêutico. Portanto faz-se necessária a escuta atenta, ativa e participativa. No decorrer do tratamento o usuário do serviço deve perceber que o que ele traz de conceitos, conhecimentos, vivências e experiências são importantes e valorizados dentro da dinâmica do CAPS ad.

A escuta atenta reflete na forma como a enfermeira participa do cuidado à sua clientela. No caso das mulheres participantes da pesquisa, a escuta que receberam no tratamento foi evidenciada como contribuição para que aderissem efetivamente ao tratamento.

Por serem também aqueles que passam a maior parte do tempo junto aos usuários dos serviços de saúde, os enfermeiros têm melhores condições de auxiliar os que apresentam problemas relacionados com a ingestão abusiva de álcool. Para tanto, é fundamental que o resgate da história de consumo de substâncias psicoativas se torne uma rotina nas suas avaliações (ACAUAN et al., 2008).

Escutar, conviver, criar vínculo, ser solidário e criativo, começam a fazer parte da nova maneira de cuidar do doente. A convivência diária, o diálogo e a escuta têm sido importantes no cuidar proporcionado pela enfermagem. Portanto, é imprescindível reconhecer a distinção entre ouvir e escutar, pois ouvir é basicamente um ato fisiológico, enquanto escutar requer uma disposição interna de acolher e buscar alcançar algum registro que viabilize um campo de troca (ALMEIDA FILHO; MORAES; PERES, 2009).

A escuta atenta reflete o trabalho da enfermeira no CAPS ad e configura-se em ferramenta primordial no processo da construção do vínculo com o usuário de saúde mental. Sendo o universo do alcoolismo feminino complexo, que demanda diversas formas de atenção e cuidado, com certeza a prática da escuta favorece e potencializa a mulher alcoolista em seu processo terapêutico.

Outro aspecto abordado pelas participantes da pesquisa em relação à enfermeira no CAPS ad, teve relação com as orientações de saúde realizadas por esta profissional, como exemplificado nas narrativas abaixo:

A única forma que tive pra conseguir dinheiro foi vendendo o corpo, faço programa e depois gasto tudo com bebida... Mas até sobre isso eu consigo falar aqui, a enfermeira conversa comigo pra usar camisinha, ela me dá um monte toda semana.

Ela marcou para fazer preventivo no posto, aqui todo mundo cuida da gente de verdade. (E1r)

As oficinas ensinam coisas úteis pra gente e ao mesmo tempo é um passatempo, uma terapia fazer esses trabalhos. A oficina de saúde da enfermeira e da psicóloga ajuda a gente em tudo e ensina coisas importantes para a nossa vida e da nossa família. (E5r)

A enfermeira me orientou a participar do grupo da terceira idade. Eu hoje faço ginástica, viajo com o grupo e tudo isso também é uma terapia na minha vida... Estou muito melhor, melhor com todos e principalmente cuidando de mim. (E17r)

É necessário que os enfermeiros, em sua assistência, promovam informação, educação em saúde, reflexão e suporte. A educação em saúde é uma estratégia que visa à elaboração de práticas educativas que possam ser empregadas com a intenção não somente de ensinar a população a prevenir as doenças, mas também de promover a saúde a partir da conversão de determinantes sociais que favorecem o adoecimento em geradores de saúde. Ressalta-se que o enfermeiro tem papel fundamental nesta atividade por propiciar o estabelecimento de práticas que visem às ações educativas voltadas para a comunidade (SILVA et al., 2007).

A informação e a educação estratégias essenciais para a implementação da promoção da saúde, porque favorecem a capacitação por meio da educação, sendo primordial para a redução do fenômeno das drogas (ASSIS, 2010).

Os enfermeiros não podem ficar à margem do processo educativo da população, pois a ação educativa é uma das atribuições mais importantes desses profissionais, realizada por meio do incentivo à prevenção de doenças, e não deve ser realizada de forma vertical, pela imposição do conhecimento científico adquirido na universidade, mas sim como uma troca de conhecimento com a população que se pretende ajudar, levando-a a desenvolver uma consciência crítica, a fazê-la pensar a partir de si mesma. Dessa interação do conhecimento da comunidade com o profissional da área da saúde, poderá emergir uma terceira forma de saber eficiente e eficaz, por emergir da reflexão e das experiências individuais e coletivas (SILVA; PADILHA; SANTOS, 2011).

Na saúde mental e especificamente no CAPS ad, a educação em saúde deve ser utilizada como forma de cuidar dos usuários de álcool e outras drogas, considerando que essa população fica propensa a desenvolver alterações da fisiologia do corpo, e até mesmo doenças que decorrem do consumo abusivo de substâncias.

As mulheres participantes da pesquisa demonstraram em suas narrativas que reconhecem a profissional enfermeira como alguém que cuida, que educa, que interage, que escuta, que troca experiências e que potencializa a mulher a ser ativa em seu tratamento e no cuidado com a sua própria vida.

De acordo com a regulamentação dos CAPS ad, os enfermeiros devem fazer parte da equipe mínima de atenção à saúde para o desenvolvimento de ações dirigidas a uma clientela específica. Assim, faz-se necessária a qualificação desses e de outros profissionais da equipe de saúde para que possam proporcionar uma adequada atenção e trabalhar com base no atendimento integral, buscando promover uma aliança terapêutica entre o ambiente acolhedor e a empatia, chegando ao relacionamento interpessoal, assim realizando uma assistência integral e contínua que contribua para o que se espera de melhor no trabalho em equipe (RODRIGUES, 2012).

Em se tratando dos sujeitos da pesquisa, observamos e contextualizamos que as mulheres recebem menos apoio da família ou dos amigos para iniciar um tratamento, se comparadas aos homens, e que as perdas pessoais, sociais e profissionais sofridas mostram-se preditivas para o início do tratamento. Portanto, cabe à equipe e à enfermeira o suporte para esta clientela que enfrenta muitas dificuldades para conseguir chegar ao tratamento.

Por ser uma prática em construção, o percurso do enfermeiro atuante em CAPS ad, não segue um caminho prévio; o caminho é feito ao caminhar. Neste processo, não existe um modelo a seguir; o que existe é a necessidade da construção de ações voltadas para as necessidades do cliente, das quais podem emergir diálogos, conflitos e significados (ALMEIDA FILHO; MORAES; PERES, 2009).

Trabalhar em CAPS ad possibilita à enfermeira atuar sob uma nova ótica, um novo olhar com o fim de repensar atitudes e conceitos, pois o momento atual exige esse repensar, seja em relação à sua prática ou à sua inserção nos novos serviços em saúde mental. Sendo assim, é preciso ter uma perspectiva construtiva, criativa, humanística, crítica e reflexiva. Deve-se dizer *não* à exclusão, e *sim* ao cuidar, à solidariedade, à liberdade, em uma dinâmica interdisciplinar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas de vida das mulheres alcoolistas participantes da pesquisa aqui apresentadas, observadas através de nossa percepção, sensibilidade e interpretação e contextualizadas e justificadas pela literatura consultada, possibilitaram o início de um movimento de reflexão amplo e irrestrito acerca da problemática que envolve o uso abusivo de bebidas alcoólicas pelas mulheres.

Considerando as vivências e experiências das mulheres alcoolistas que participaram desta pesquisa, investigamos, descobrimos e descrevemos os motivos que levaram estas mulheres em particular, a serem motivadas para iniciar e aderir ao tratamento de dependência alcoólica no CAPS ad. Investigamos, descobrimos e analisamos também o prazer em beber relatado pelas participantes, os itinerários terapêuticos percorridos por estas antes da iniciação do tratamento no CAPS ad, as consequências negativas do alcoolismo ocorridas em suas vidas e as contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad a partir das narrativas das mulheres alcoolistas.

A partir das narrativas das participantes da pesquisa descobrimos que um dos motivos que caracteriza a causa do alcoolismo feminino refere-se ao prazer proporcionado pelo uso de bebidas alcoólicas como escape para estas aliviarem o peso de suas vidas.

Ao nos aproximarmos das realidades de vida, através das narrativas, podemos conhecer os efeitos causados pelo alcoolismo, e os resultados produzidos em todas as esferas de vida da mulher alcoolista. As narrativas continham inúmeros relatos de perdas, materiais, sociais, familiares e, até mesmo pessoais.

Ao prosseguirmos com a pesquisa, observamos também que estas mulheres viveram seus conflitos e suas dores sozinhas com raríssimas exceções, até chegarem ao “fim do poço”, quando então decidiram procurar e aceitar ajuda. As mulheres participantes da pesquisa relataram como itinerário terapêutico o caminho percorrido por elas antes de iniciarem o tratamento no CAPS ad. Estes itinerários foram: Hospital Geral; Unidade Básica de Saúde; Pré-natal; Alcoólicos Anônimos (AA); CAPS; CAPS i; Ambulatório de Psiquiatria; Hospital Psiquiátrico e Clínica Especializada de Internação.



Ao iniciarmos a pesquisa partimos de um (ou mais) pressuposto. É inevitável a carga inicial de ideias preconcebidas que empregamos na investigação de um determinado fato, assunto ou fenômeno. E em se tratando da minha experiência pessoal com o alcoolismo feminino observava e ainda observo a grande dificuldade das pessoas na aceitação da dependência alcoólica como patologia, o estigma e o preconceito em relação à mulher alcoolista são significativos. Fato que comprovamos com os resultados da pesquisa.

O contato com as narrativas de vida das mulheres participantes da pesquisa revelou-nos uma realidade até então desconhecida. Envolvendo muito sofrimento, exclusão, solidão, e impotência das mulheres em relação ao quadro de dependência alcoólica. Também nos foi revelada a motivação das mulheres alcoolistas para iniciarem o tratamento no CAPS ad. Esta motivação inicial nos foi relatada como desejo de mudarem a realidade que estavam vivendo; a perda do poder familiar, ou seja, a perda da guarda dos filhos; a solidão que estavam vivendo e também apresentaram como motivação inicial a imposição de terceiros para o tratamento.

A despeito da motivação das mulheres alcoolistas participantes da pesquisa para adesão ao tratamento no CAPS ad, evidenciamos na totalidade das narrativas a permanência no tratamento para conseguir ficar sem uso de bebida alcoólica, como também devido ao apoio que receberam da equipe interdisciplinar.

Também evidenciamos nas narrativas das mulheres alcoolistas participantes da pesquisa que o CAPS ad funciona efetivamente como local de tratamento, de cuidado de inserção social e que proporciona atenção integral no restabelecimento da saúde destas mulheres.

As narrativas de vida das mulheres alcoolistas participantes da pesquisa evidenciaram a percepção destas mulheres em relação à atuação da equipe interdisciplinar do CAPS ad. Todas as 26 participantes da pesquisa relataram sobre a ajuda que receberam da equipe, elas abordaram a escuta, o acolhimento, a paciência, o relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais, o cuidado, a força para continuar e a valorização delas como sujeitos essenciais de suas histórias.

Também nos foi possível evidenciar a grande contribuição da atuação da equipe interdisciplinar do CAPS ad não apenas como referência de motivação destas em aderir o tratamento, mas também como grande incentivadora da postura ativa da mulher alcoolista para a mudança de atitude, reorganização de sua vida e na retomada do papel de protagonista de sua própria história.

Neste sentido, enquanto enfermeiras no cuidado à mulher alcoolista, pensamos ser primordial repensarmos nossa prática com esta clientela que é altamente específica. Precisamos adotar uma prática voltada à concepção holística do cuidar; considerando o indivíduo enquanto mente, corpo e espírito, ou seja, em sua integralidade.

A partir das narrativas das mulheres alcoolistas percebemos como contribuição para a prática da enfermeira no CAPS ad que a enfermeira atual precisa navegar, cada vez mais, em um pensamento aberto, que convide à reflexão, à curiosidade, e não à certeza, procurando explorar as múltiplas possibilidades e a abertura de novas potencialidades. Essa abertura exige criatividade, ousadia e paixão. Devemos aprender a ser, partilhar, comunicar, a ver que o outro, o cliente com transtornos mentais, é outro de nós.

Contudo, a despeito de quaisquer alternativas ou estratégias pensadas e/ou implementadas, antes, durante ou depois desta pesquisa, o que podemos apreender nas narrativas das participantes e nos estudos aos quais nos reportamos para embasar cientificamente esta pesquisa, é que, apesar das diferentes posições filosóficas, religiosas e científicas, ainda não se descobriu uma cura para o alcoolismo que, ao contrário, continua a existir e aumenta de forma progressiva.

O que podemos captar neste mergulho feito no Universo do Alcoolismo Feminino, é que ainda há muito que fazer. Temos que admitir que, se por um lado, os índices de alcoolismo têm aumentado também entre as mulheres, por outro, percebemos que o governo e a sociedade têm se mobilizado na elaboração e implementação de estratégias de combate ao uso abusivo de bebidas alcoólicas. Como também nas novas formas de cuidar de pessoas que apresentam problemas com o uso abusivo de álcool e outras substâncias.

Fica para nós a reflexão de tudo o que ouvimos, percebemos e compreendemos nas narrativas das mulheres alcoolistas é que, somente, quando compreendermos a verdadeira significação do alcoolismo feminino, é que conseguiremos uma atenção eficaz.

## REFERÊNCIAS

ACAUAN, L. A. et al. Alcoolismo: um novo desafio para o enfermeiro. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 566-570, set. 2008.

ALMEIDA FILHO, A. J.; MORAES, A. E. C.; PERES, M. A. A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Rene**, v. 10, n. 2, p. 158-165, abr./jun.2009.

ALVES, P. C. B. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1547-1554, ago. 2006.

ANDRADE, T. M.; FRIEDMAN, S. R. Princípios e práticas de redução de danos: interface e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 28-32.

ASSIS, D. F. F.; CASTRO, N. T. Alcoolismo feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos Contextos**, v. 9, n. 2, p. 358-370, 2010.

AUAD, D. **Feminismo que história é essa?** Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 7. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAUER, J. **O alcoolismo e as mulheres: contexto e psicologia**. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 2003.

BERTAUX, D. L'Approche biographique: as validet  methodologique, ses potentialit s. **Cahies Internationaux de Sociologie**, v. 69, p. 197-225, 1980.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010.

BRASIL. **Decreto n  6117/2007**, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o álcool, dispõe sobre as medidas para redu o do uso indevido de álcool e sua associa o com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. **Decreto n  7.179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2010a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 23 jan. 2012.

BRASIL. **Lei n  8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 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. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Site Presidência da República Federativa do Brasil. 2002a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BRASIL. **Lei nº 10.409**, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 14 jan 2002b. Seção 1:1-3.

BRASIL. **Lei nº 11343/2006**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. **Lei nº 11754/2008**, de 23 de julho de 2008. Acresce, Altera e Revoga Dispositivos da Lei 10.683, de 28 de Maio de 2003, Cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Cria Cargos em Comissão; Revoga Dispositivos das Leis 10.869, de 13 de Maio de 2004, e 11.204, de 5 de Dezembro de 2005; e da Outras Providencias. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. **Lei nº 12.696**, de 25 de julho de 2012. Altera os artigos 132, 134, 135 e 139 da Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre os Conselhos Tutelares. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Deteção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**: módulo 3. 4.ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional Antidrogas. **Inovação e participação. Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas**. Brasília, DF: SENAD, 2006b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 26 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de saúde mental**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 maio 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/2032/301/mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-saude-mental.html>. Acesso em: 23 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. **Portaria nº 121**, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. **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. Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. **Portaria nº 131**, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012d.

BRASIL. **Portaria GM 154/2008**, de 24 de janeiro 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. **Portaria GM 336/2002**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF, 2002c.

BRASIL. **Portaria nº 1190** de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

BRASIL. **Portaria nº 1.612** de 09 de setembro de 2005. Estabelece critérios para habilitação de serviços hospitalares de referência para álcool e outras drogas. Diário Oficial [da] União, 09 set. 2005.

BRASIL. **As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas**: módulo 6. 4.ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011b.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 66 de 13 de julho de 2010**. Disponível: <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_13.07.2010/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_13.07.2010/CON1988.pdf)>. Acesso em: 04 set. 2013.

CARREIRA, D.; AJAMIL, M.; MOREIRA, T. **A liderança feminina no século 21: mudando o mundo**. São Paulo: Cortez, 2001 apud AUAD, D. **Feminismo que história é essa?** Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Org.). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 13-24.

DELGADO, P. G. Drogas: desafios da saúde pública. In: ACSELRAD, G. **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 63-69.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ELBREDER, M. F. et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 9-15, jan. 2008.

GAZETA DO POVO. **Denúncias reacendem debate sobre internação compulsória**. Curitiba, 28 ago. 2012. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1290970&tit=Denuncia-reacende-debate-sobre-internacao-compulsoria-de-usuarios-de-drogas>> Acesso em: 24 nov. 2013.

GLAT, R. **Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental**. Rio de Janeiro: Agir, 1989. 224p.

GUEDES, F. Rastreamento e abordagem terapêutica de doentes com problemas relacionados ao álcool. In: ALARCON, S. **Álcool e outras drogas: diálogos de um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 151-170.

JARDIM, V. M. R. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 241-248, abr./jun. 2009.

KESSLER, F. ; VON DIEMEN, L.; PECHANESKY, F. Bases neurobiológicas da dependência química. In: KAPZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. (Org.). **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003. p. 299-309.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LIMA, J. M. B. **Álcool e gravidez - síndrome alcoólica fetal - saf: tabaco e outras drogas**. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica, 2008.

MAFACCIOLLI, R. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: uso e modos de intervenção terapêutica**. 2006. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, L. H. O. et al. A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. **Inclusão Social**, v. 3, n. 1, p. 35-42, out. 2007/mar. 2008.

MURARO, R. M.; BOFF, L. **Feminino e masculino**: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

NASIO, J. D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

NERY, I. S.; TYRRELL, M. A. R. **O aborto provocado e a questão de gênero**: mulheres em evidência e a evidência das mulheres para as bases da assistência de enfermagem. Teresina: UFPI, 2002.

OLIVEIRA, F. B.; SILVA, K. M. D.; SILVA, J. C. C. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Gaúch. Enferm.**, v. 30, n. 4, p. 692-699, dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID 10** (Classificação Internacional de Doenças 10 revisão). 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. atual e ampl. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005.

RODRIGUES, A. S. et al. Integralidade e o fenômeno das drogas: um desafio para enfermeira(o)s. **Rev. baiana enferm.**, v. 26, n. 1, p. 455-462, jan./abr. 2012

SANTOS, R. S. **Ser mãe de uma criança especial**: do sonho à realidade. 1995. 279 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

SCOTT, J. W. O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**, v. 13, n. 1, p. 11-30, 2005.

SILVA, I. et al. Abuso de álcool e baixo peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 864-869, 2011.

SILVA, S. E. D. **Alcoólatra sim; bêbado não**: representações sociais de alcoolistas abstinidos sobre o alcoolismo. 2003. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, S. E. D. et al. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 699-609, dez. 2007.

SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I. C. S.; SANTOS, L. M. S. A enfermagem estimulando o autocuidado de adolescentes a partir das representações sociais desses sobre as bebidas alcoólicas. **Enferm. foco**, v. 2, n. 3, p. 160-163, 2011.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SOUZA, I. M. A. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 89-124.

SOUZA, J. et al. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 729-738, dez. 2012.

SOUZA, J. G. **A História de vida de mulheres alcoolistas... revelando a “insustentável vulnerabilidade do ser”**: um estudo aplicado à prática profissional de enfermagem na saúde da mulher. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 119-126, 2003.

YALOM, M. **A história da esposa**: da virgem Maria a Madonna: o papel da mulher casada dos tempos bíblicos até hoje. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.



## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa **intitulada “A prática da Enfermeira no CAPS ad: Narrativas de Vida de Mulheres Alcoolistas”**, de responsabilidade da pesquisadora Daniele Oliveira Aguiar, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosângela da Silva Santos e que tem como objetivos: conhecer os motivos que levam a mulher alcoolista a iniciar e aderir ao tratamento no CAPS ad; descrever o itinerário terapêutico percorrido pela mulher alcoolista; identificar os fatores que favorecem e/ou dificultam a adesão da mulher alcoolista ao tratamento e discutir a atuação da equipe interdisciplinar na percepção da mulher alcoolista. Sua seleção ocorreu por estar em tratamento para a dependência alcoólica no CAPS ad. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação à assistência recebida por você.

A pesquisa terá a duração de 10 meses e será realizada no período de Novembro de 2012 a Junho de 2013. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento ou em qualquer fase do estudo o seu nome será divulgado. Os dados coletados serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados serão divulgados em reuniões, eventos e em artigos científicos.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação à sua assistência.

Sua participação nesta pesquisa consiste em responder as perguntas de uma entrevista. As gravações serão destruídas após 5 anos do término da pesquisa. Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira. Não há riscos relacionados à sua participação.

Os benefícios relacionados à sua participação estarão correlacionados com a contribuição de geração de conhecimento sobre o cuidado em enfermagem à mulher alcoolista.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, e-mail e o endereço **institucional** do pesquisador principal e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Local, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_\_\_  
Nome Assinatura da cliente

- Pesquisadora: Daniele Oliveira Aguiar – Mestranda da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Tel.: (21)33261913; e-mail: danieleaguiar2310@yahoo.com.br
- Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Silva Santos. Contato: Bvd. 28 de Setembro, 157/ Sala 702, Vila Isabel. Cep: 20551-030. Rio de Janeiro - RJ. e-mail: rosangelaufrj@gmail.com.
- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova; Tel.: 25032024 / 25032026.

**APÊNDICE B** - Formulário de Identificação das Participantes

idade:

escolaridade:

religião:

raça/cor:

estado civil:

Mora com o companheiro:

naturalidade:

profissão:

atividade laboral:

filhos: qts:

gesta: para: abortos:

renda familiar:

tempo de tratamento no CAPS:

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo realizado. Fui comunicada que a minha participação depende da minha aceitação e caso desista, eu não terei o atendimento prejudicado. Com a minha devida permissão a conversa será gravada para que os pesquisadores possam, mais tarde, lembrar-se de tudo o que foi dito. Fui comunicada que o que eu disser, será digitado pelos pesquisadores que utilizarão em eventos e artigos científicos preservando o meu anonimato. As gravações serão guardadas por 5 anos, sendo após este período, destruídas, conforme determinam as Normas de pesquisa. Ao final do estudo os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados para que outros profissionais de saúde possam melhorar o atendimento às mulheres alcoolistas em sua totalidade.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da Pesquisadora**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da cliente**

- Pesquisadora: Daniele Oliveira Aguiar – Mestranda da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Tel.: (21) 33261913 ; e-mail: danieleaguiar2310@yahoo.com.br
- Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Silva Santos. Contato: Bvd. 28 de Setembro, 157/ Sala 702, Vila Isabel. Cep: 20551-030. Rio de Janeiro - RJ. e-mail: rosangelaufrj@gmail.com.
- Comitê De Ética Em Pesquisa Da Secretaria Municipal De Saúde Do Rio De Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455 Sala 701 – Cidade Nova; Tel.: 25032024 / 25032026.

## ANEXO - Protocolo de Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 343A/2012

Rio de Janeiro, 19 de dezembro de 2012.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:


<p><b>Coordenadora:</b></p> <p>Salesia Felipe de Oliveira</p> <p><b>Vice-Coordenadores:</b></p> <p>Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p><b>Membros:</b></p> <p>Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburger Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p><b>Secretária Executiva:</b></p> <p>Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p><b>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 155/12.</b></p> <p><b>TÍTULO:</b> A prática da enfermeira no CAPS ad: narrativas de vida de mulheres alcoolistas.</p> <p><b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> Rosângela da Silva Santos.</p> <p><b>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:</b> CAPS ad Mané Garrincha e CAPS ad Resende</p> <p><b>DATA DA APRECIÇÃO:</b> 19/12/12.</p> <p><b>PARECER:</b> APROVADO.</p>
---	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
 Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro  
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590  
 E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) - Site: [www.saude.rio.rj.gov.br/cep](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cep)

FWA nº: 00010761  
 IRB nº: 00005577